

# Våld mot vårdpersonal

Namn: David Nummela och Mikael Wendlin

Examensarbete för (YH)-examen inom social- och hälsovård  
Utbildning: Sjukskötare (YH)  
Ort och årtal: Vasa 2020

## EXAMENSARBETE

Författare: Mikael Wendlin, David Nummela

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Rika Levy-Malmberg

Titel: Våld mot vårdpersonal

---

Datum Sidantal 48 Bilagor 1

---

### Abstrakt

Vårt examensarbete handlar om våld mot sjukvårdspersonal. Ämnet har vi valt för att det är ett intressant ämne som tangerar sjukskötarens vardag och utmaningar som kan uppkomma. Tyvärr har våldet mot sjukvårdspersonal ökat de senaste åren. Enligt Carlsson (2003) förekommer hot och våld i alla delar av vården. Särskilt utsatta områden är akut, ambulans, primärvård, psykiatri, missbruksvård, äldrevård samt socialvård. Vilken typ av hot och våld som uppstår mellan aktiviteter kan variera, men många av de saker som utgör grundläggande problem är vanliga

Syfte med detta examensarbete är att genom en systematisk litteraturstudie: Syftet med en systematisk litteraturstudie är att få en överblick över vilken tidigare forskning som redan utförts inom ämnet, att man helt enkelt tar tidigare publicerad information om ämnet och använder det som undersökningsområde och ställer frågor till litteraturen istället för en person (Rosen 2012) forska i, skapa förståelse och ny kunskap inom detta område, för vad det är att utsättas och konfronteras av våld i arbetslivet som sjukskötare och vad man kan göra för att minimera risken för att utsättas för våld och vad man kan göra för att deskalera situationen på bästa möjliga sätt

---

Språk: Svenska Nyckelord: Våld, hot, socialt liv, sjukvårdspersonal

---

## **Bachelor's Thesis**

Author: Mikael Wendlin, David Nummela

Degree Programme: Nurse, Vaasa

Supervisor(s): Rika Levy-Malmberg

Titel: Violence towards nurses

---

Date Pages 48 Appendices 1

---

### **Abstract**

Our thesis is about violence against healthcare professionals. We have chosen the topic because it is an interesting topic that touches on the everyday life of nurse's and challenges that may arise. Unfortunately, violence against healthcare professionals has increased in recent years. According to Carlsson (2003), threats and violence occur in all parts of healthcare sector. Particularly vulnerable areas are emergency, ambulance, primary care, psychiatry, substance abuse care, care for the elderly, as well as social care. The types of threats and violence that occur between activities can vary, but many of the things that become fundamental problems are common.

The purpose of this thesis is to carry out a systematic literature study: The purpose of a systematic literature study is to get an overview of what previous research has been done in the subject, to simply take previously published information on the subject and use it as a research area and ask questions. the literature instead of one person (Rosen 2012) research, create understanding and new knowledge in this area, about what it is like to be exposed to and confronted by violence in working life as a nurse and what can be done to minimize risks of being exposed to violence and what one can do to deescalate situations in the best possible way.

---

Språk: English Nyckelord: Violence, threats, social life, nursing personal

---

## Innehållsförteckning

1. Inledning.....	4
2. Bakgrund.....	5
2.1. Samhället och våld.....	6
2.1.1. Våldets många ansikten.....	7
2.1.2. Aggression vs. Våld.....	8
2.1.3. Orsaker till våld och aggressivt beteende.....	9
2.2. Våld på arbetsplatsen.....	10
2.3. Riskfaktorer för våld på arbetsplatsen.....	11
2.4. Vad betyder hot och våld inom vården.....	12
2.4.1. Värdegrund och vårdklimat.....	13
2.4.2. Identifiera patienter med våldsamt beteende.....	14
2.4.3. Riskmedvetenhet och medvetenhet.....	15
2.4.4. Vård av patienter med hotbild.....	17
2.4.5. Anmälningar och dokumentation.....	21
3. Syfte.....	22
3.1. Frågeställning.....	22
4. Teoretisk utgångspunkt.....	23
4.1. De tio karativa faktorerna.....	23
5. Metod.....	26
5.1. Urval.....	26
5.2. Litteraturstudie.....	26
5.3. Kvalitativ innehållsanalys.....	37
5.4. Etiska överväganden.....	37
6. Resultat.....	38
6.1. Fysiska konsekvenser.....	39
6.2. Psykiska konsekvenser.....	40
6.3. Ekonomiska konsekvenser.....	41
6.4. Våldets inverkan på det sociala livet.....	42
7. Diskussion.....	43
8. Källor.....	44
9. Bilagor.....	45

## 1. Inledning

Våld inom sjukvården är ett väldigt vanligt fenomen som fortsätter att öka runtom i världen. Då det gäller arbetsrelaterade hot och våldssituationer så hör sjukvårdspersonal till den mest utsatta yrkeskategorin. Enligt Irwin, 2006; Jackson, Clare & Mannix, 2002; O'Connell, Young, Brooks, Hutchings & Lofthouse, 2000 kan sjukvårdspersonal ställa större krav på sig själv, sina medarbetare och på sin arbetsgivare då det gäller förebyggande arbete som rör arbetsmiljön då man har denna kunskap. Denna kunskap ökar vikten av att rapportera hot och våldshändelser på arbetet. Som avsikt med detta arbete har vi att undersöka våldet mot sjukvårdspersonal. Det är även viktigt att personalen som jobbar inom sjukvården är medveten om riskerna som finns att utsättas för våld.

Enligt Byrån för Statistiska Studier (2017) förekommer sextio procent av våld på arbetsplatser inom vårdmiljöer och personer som jobbar inom hälso- och sjukvårdssektorn har sexton gånger högre chans att utsättas för våld på sin arbetsplats. Sjukskötare och annan vårdpersonal som till exempel underskötare har en tre gånger högre probabilitet att uppleva våld på grund av närkontakt med patienterna. Internationella rådet för sjukskötare rapporterade också att sjukskötare har högre benägenhet att utsättas för våld. Enligt Anderson et.al. argumenterar att våld i vårdmiljöer är en hälsorisk som inte enbart påverkar vårdgivare utan också vårdtagaren, våldet kan påverka koncentrationen och vårdkvaliteten, vilket ökar de antal fel som sjukskötaren gör och känslomässiga reaktioner kan förekomma, uppsägningar och även allvarliga skador.

Det absolut vanligaste våldet som sjukskötare utsätts för är det verbala våldet. Enligt Chapman och Styles (2016) I upplever åttiotvå till nittiosex procent av sjukskötare verbalt våld på sina arbetsplatser, det kan förstås även drabbas av andra former av våld till exempel trakasserier, övergrepp och huliganism. Den faktiska frekvensen av våld mot vårdpersonal

inom vårdinrättningar är ännu ganska oklar på grund av att studier ofta fokuserar på sjukskötares attityder mot patienten och inte patientens beteende mot vårdpersonalen. Eftersom de flesta artiklar enbart har tagit upp patientens rättigheter har de under de senaste åren gjorts många studier i hur patienten beter sig mot sjukskötare.

## **2. Bakgrund**

Enligt Carlsson, 2003 förekommer hot och våld i alla delar av vården. Särskilt utsatta områden är akut, ambulans, primärvård, psykiatri, missbruksvård, äldrevård och demens samt socialvård. Vilken typ av hot och våld som uppstår mellan aktiviteter kan variera, men många av de saker som utgör grundläggande problem är vanliga. Sjukvården återspeglar vårt samhälle. På senare år har vården av brottslingar blivit allt vanligare inom ambulanser, sjukhusvård och primärvård. Här finns ett problem som kräver tydliga säkerhetsrutiner och handlingsplaner. De senaste åren har hot och till och med våld från släktingar blivit mer och mer uppenbara, särskilt då man ger vård åt brottslingar.

Carlsson, 2003 påpekar också att hot och våld uttrycks på olika sätt och det finns olika orsaker beroende på plats och situation. Därför är det svårt att påpeka alla potentiella risksituationer och tydliga risker. Men hot och våld får aldrig accepteras och nolltolerans är det som gäller. För att upprätthålla nolltolerans krävs utbildning, dokumenterade och kommunicerade säkerhetsrutiner och förebyggande åtgärder.

Därför måste arbetsgivare och säkerhetsrepresentanter genomföra en riskchecklista för hot och våld minst en gång om året och vid tekniska förändringar i organisationen, personalen eller byggnaderna. Riskerna måste bedömas och en handlingsplan måste utvecklas för att hantera dem. Riskchecklistan kan med fördel kombineras med säkerhetsinspektioner. Alla anställda måste också vara medvetna om farliga situationer på arbetsplatsen och ha läst instruktionerna om hur man agerar i hot och våldsamma situationer. Enligt studier utförda av Arbetsmiljöverket i 2011 har den snabba tillväxten sedan början av 1990-talet stannat på

en hög nivå. Det är dock en stor skillnad mellan svenskarnas forskning om vanliga hot och våldsgärningar inom hälso- och sjukvården. I olika studier svarade förekomsten av hot och våld för 10–60 procent av de sjuksköterskor som var hotade eller utsatta för våld under det senaste året. Hot och våld inom vården ger psykiska, fysiska och ekonomiska konsekvenser för offren, arbetsplatsen och samhället. Både vårdmottagare och anställda kan vara oroliga för våld under vården. Det är både ett allvarligt hälsovårdsproblem och ett arbetsmiljöproblem.

## **2.1 Samhället och våld**

Våld är något som förekommer i vårt samhälle på daglig basis i flera olika former och olika grad, det finns det kanske för ögat mest visuella fysiska våldet, men det finns också en hel del andra uttryck för våld som verbalt, sexuellt eller psykiskt våld, som inte ter sig att synas lika klart som det fysiska våldet. Definitionen av våld enligt världshälsoorganisationen är våld en handling eller hot om fysiskt våld mot en annan medmänniska som kan leda till döden eller annars orsaka en fysisk eller psykisk skada, till exempel störningar i utvecklingen eller att andra grundläggande behov inte tillfredsställs (WHO 2005).

Våldsförövarna är oftast män och speciellt unga män hamnar oftast i trubbel med varandra och lagen. I en studie som genomfördes av Brottsförebyggande rådet i 2011, hade 8,9 procent av unga männen som deltog i studien mellan 16–24 år under det senaste året blivit utsatta för våld i form av sparkar eller slag så att det blivit fysiskt skadade, för kvinnor i samma åldersgrupp låg procenten endast på 4,8. De unga männen är i större risk att vara utövare av våld men också att falla som offer för våld, även här är det alkoholen som ställer till en hel del problem och i största andelen av våldsbrotten i Finland så är alkoholen inblandad.

Våld på offentliga platser är väldigt sällsynt i Finland men däremot sker våldet ofta på privata platser som den egna bostaden, och förövaren är ofta någon i som offret känner från tidigare till exempel någon i offrets vänkrets vilket skapar en hel del andra problem för offret som

tvivel att lita på någon i framtiden. Det är just det våld som sker i nära relationer som sällan anmäls till polisen och därför blir statistiken inte hundra procent tillförlitlig, och ett lindrigt våldsdåd anmäls också mycket sällan. (Brottsförebyggande rådet 2011)

Våld är något som inte enbart påverkar individen på ett hälsomässigt plan utan också socialt och ekonomiskt. Dessa skador kan vara lika förödande och påverkar inte bara individen utan om man ser på helheten påverkar dessa konsekvenser också samhället. Våld är något man självklart försöker förebygga men som tidigare sagt sker de mesta av våldet i nära relationer och dessa fall anmäls sällan vilket skapar ett stort mörkertal i statistiken, men med hjälp av nationella avtal och program eftersträvar man att göra situationen bättre och förebygga våldet speciellt mot kvinnor till exempel har Institutet för hälsa och välfärd genomfört och koordinerat ett program som skall minska det alltför ofta förekommande våldet mot kvinnor i Finland (THL 2010-2015).

### **2.1.1 Våldets många ansikten**

Även om våld ibland behandlas skilt från aggression - så anses våld vara en del av aggression. speciellt av kriminologer, statsvetare, politiska beslutsfattare, allmänheten och de flesta socialpsykologer. Specifikt är den vanligaste vetenskapliga definition av våld en extrem form av aggression som orsakar fysisk skada t.ex. allvarlig skada eller död. (Anderson & Bushman, 2002; Bushman & Huesmann, 2010; Huesmann & Taylor, 2006). Liksom som aggression behöver ett beteende inte orsaka fysisk skada för att klassas som våld. Om någon försöker döda någon med kniv men misslyckas så räknas det fortfarande som en våldshandling. Aggressiva och våldsamma beteenden har olika allvarlighetsgrad och kan ta sig i uttryck i olika former där till exempel en knuff klassas som en mild handling av våld och ett mordattentat klassas som en grov handling av våld. Alla våldshandlingar räknas som en instans av aggression, dock anses inte alla aggressionshandlingar som instanser av våld. Till exempel skulle ett barn som skuffar



bort ett annat barn från sin favoritleksak övervägas vara aggressiv men inte våldsam. En extrem handling, som mordattentat, skulle dock betraktas som både aggressiv och våldsam (med våld som den mer deskriptiva termen). Under de senaste åren har en del icke-fysiska former av aggression fått stämpeln "våld" när konsekvenserna är allvarliga. Till exempel uppmärksammas vissa typer eller mönster av verbal aggression ibland som "emotionellt våld", vanligtvis när de handlar om våld inom familjen, där målet är att medvetet orsaka en allvarlig skada åt personen med emotionella eller sociala konsekvenser. Ändå forskar man oftast om våld i samband med extrema fysiska handlingar. I USA klassificerar Federal Bureau of Investigation (2017) mord, våldtäkt, grovt övergrepp och rån som våldsbrott, där definitionen av varje enskilt brott är i samtycke med den social-psykologiska definitionen av våld. Men även här är finns det en viss tvetydighet. Relevant forskning kan ibland betraktas som politiskt kontroversiell, en del studier av våldtäkt har visat att den huvudsakliga avsikten med en del våldtäktsmän inte är att skada offret utan snarare att få sexuell njutning. Detta betyder naturligtvis inte att den uppkomna skadan på offret skall nedvärderas eller att brottet ska anses vara mindre allvarligt. Fokus på avsikten av handlingen är viktig om man vill förstå detta avskyvärda beteende för att planera ingripanden som minskar dess förekomst. På samma sätt har de flesta rån som sitt huvudsakliga mål att uppnå kapital eller andra värdefulla resurser och den skada som rånaren orsakar för offret är tillfällig. Återigen, är det vetenskapliga målet att förstå den kriminella handlingen av rån vilket kräver en fullständig förståelse för de olika motiv som ligger till grund för dem och teorier av aggression och våld är utformade för att göra just detta. (Anderson & Bushman, 2002; Bushman & Huesmann, 2010; Huesmann & Taylor, 2006)

### 2.1.2 Aggression vs. våld

Även om den vetenskapliga definitionen av aggression har förändrats något genom åren, har de definitioner som används av forskare som forskar i aggression varit överens om att stödja en enda definition. I socialpsykologi definieras aggression oftast som ett beteende som är avsett att skada en annan person (Bushman & Huesmann, 2010; DeWall, Anderson, & Bushman, 2012). Denna skada kan ta många former såsom fysisk skada, skadade känslor eller skadade sociala relationer (för att bara nämna några). Även om definitioner varierar något, har mycket liknande definitioner använts av många framstående aggressionsforskare (Anderson & Bushman, 2002; Baron & Richardson, 1994; Berkowitz, 1993; Geen, 2001; Krahe, 2013).

Till exempel, för att bättre skilja mellan vissa underordnade typer av aggression, definierade Anderson och Bushman, (2002) mer specifikt mänsklig aggression som "varje beteende riktat mot en annan individ som utförs med den närmaste (omedelbara) avsikten att orsaka skada". Dessutom måste gärningsmannen tro att beteendet kommer att skada målet och att målet är motiverat att undvika beteendet. Båda definitionerna som tillhandahålls ovan innehåller flera viktiga egenskaper som hjälper till att skilja aggression från andra fenomen. För det första är aggression ett observerbart beteende - inte en tanke eller känsla. För det andra måste handlingen vara avsiktlig och genomföras med målet att skada en annan. Det betyder att oavsiktlig skada inte räknas som aggression. Fokus på avsikt uppväger också resultaten av beteendet i fråga (dvs. om skada verkligen har inträffat). Detta innebär att scenarier där en person skadar en annan för deras fördel (till exempel en läkare som amputerar en patients ben för att rädda livet men därmed orsakar smärta) inte betraktas som aggression. Omvänt, scenarier där individer försöker skada en annan men inte gör det (till exempel en person skjuter för att döda någon men missar) betraktas som aggression.

För det tredje involverar aggression människor, vilket innebär att skada av livlösa föremål (t.ex. att sparka en vägg, krossa tallrikar eller slå en knytnäve på ett bord) inte anses aggression om det inte utförs i avsikt att skada en annan person (t.ex. däck på din fiendes bil). Slutligen måste mottagaren av skadan motiveras för att undvika den skadan. Detta tillstånd utesluter fenomen som masochism (dvs härleda njutning, ofta sexuellt, från smärta), självmord och assisterat självmord från aggressionens rike. Detta betyder inte att några av dessa senare former av beteende är helt orelaterade till aggression. Faktum är att vissa av samma psykologiska processer sannolikt fungerar. Ändå har forskning under många decennier visat att den mer specifika definitionen av "aggression" som används av socialpsykologer har visat sig vara extremt användbar för att utveckla och testa aggressionsteorier av hög kvalitet, och visat att de olika typerna av beteenden som uppfyller denna specifika definition är mycket lika i etiologi och underliggande processer. (Anderson och Bushman 2002)

### **2.1.3 Orsaker till våld och aggressivt beteende**

Enligt Visscher (2011) kan patienter som har drabbats av en hjärnskada senare i livet, alltså inte haft en hjärnskada vid födseln, och kan många gånger ha en benägenhet att vara aggressiva och ha problem att kontrollera sina aggressiva impulser. Människor som lider av schizofreni, demens eller utvecklingsstörning hör ofta till de personer som uppvisar mest våld mot vårdpersonal. Orsaken till detta kan vara att dessa personer har en funktionsnedsättning, kan ha svårigheter med att kommunicera eller allmänt dåligt uppförande på grund av sjukdomens förlopp. Dessa personer skapar en enorm stress för vårdpersonalen både från ett psykiskt och fysiskt perspektiv. Aggressivitet och våld har ofta en bakomliggande faktor till exempel skada eller sjukdom som förklarar ovan. Enligt Weizmann-Henelius (1997), finns de både biologiska-, miljö- och situationsfaktorer

som påverkar aggressioner men även faktorer som droger och psykiska sjukdomar påverkar hur aggressiv en person kan bli.

## **2.2 Våld på arbetsplatsen**

Våld på arbetsplatsen är ett fenomen som är mycket vanligt speciellt bland sjukskötare och trenden verkar bara gå uppåt (Warren 2011). Att skapa sig en helhetsbild och uppta allmän kunskap om våld på arbetsplatsen kan vara invecklat på grund av kulturella och regionala skillnader samt skillnader på hur man definierar våld och hur man skall rapportera om saken. Men det finns ändå konsensus om en del händelser vilket innefattar dessa fem punkter.

Fysiskt våld som uppstår på arbetsplatsen till exempel slag, sparkar eller sticksår. Verbalt missbruk som ord eller ett aggressivt tonläge. Hot om våld i olika former. Psykologiskt våld som leder till en rädsla att negativa följder. Sexuella trakasserier eller mobbning till exempel att med vilja trycka ned eller förnedra en person kontinuerligt (Boyle och Wallis 2016).

Personerna som kan orsaka våldet kan vara patienterna, familjemedlemmar, kolleger eller ledare (Spector 2014). Mänskliga och miljöfaktorer är också viktiga fenomen som kan bidra till förekomsten av våld (Luck 2008). Våld på arbetsplatsen kan även skapa dispyter och spänningar i patient relationen mellan patient och läkare vilket i sin tur påverkar patienten på ett negativt sätt och kan sänka vårdkvaliteten (Lin 2015). Våldet kan även påverka arbetsmiljön på ett negativt sätt och få personalen att byta arbete eller så påverkar det personalens prestanda och motivation vilket reflekterar sig negativt på patienterna (Jiao 2015). Dessutom kan arbetsrelaterat våld bli väldigt kostsamt eftersom det är lätt att hota med att ta saken till rätten på grund av de felbehandlingar som uppstått vilket påverkar

sjukhusets ekonomi på ett negativt sätt och kan leda till att nya innovationer och forskning inte blir av (Hesketh 2012).

Gerberich med flera (2004) rapporterade allvarligt verbalt och fysiskt våld i deras studie. Dessa grymheter distribuerades i OEM (original equipment manufacturer) – företag som tillverkar något som ett annat företag säljer under eget varumärke) i juni, men då sa de flesta inblandade och andra hälsoexperter att resultatet relaterade till utredningen inte var nya. Även om många inom hälso- och sjukvårdssektorn tror att våld på arbetsplatsen ökar, saknar det låga antalet rapporteringar bevis för att stödja dessa krav. Gerberich med flera (2004), rapporterade en 15% andel fysiska attacker mot sjuksköterskor, vilket stöder andra studier, som också visar på en låg frekvens. Jämfört med fysiska övergrepp dokumenteras också icke-fysiskt våld mindre, trots att forskning som Gerberich med kollegor konstaterade att de negativa konsekvenserna av detta våld även är betydande. När är hälso- och sjukvårdspersonal frågades varför de inte rapporterade förekommande våld, uppgav de att händelsen inte var relaterad till personskada eller förlust av arbete, rapporteringen är tidskrävande, rapporteringen saknar stöd för övervakning, samt att rapporten inte gör någon skillnad. Det mest otroliga är att den medicinska personalen normaliserade våldet som en del av vardagen. I studien rapporterade 44% av medicinska personalen inte förekommande våld på grund av det är bara "en del av jobbet". En annan oroande detalj är att undersökningen visar att endast 27% av vårdgivarna ser våld som en negativ inverkan på sin arbetsmiljö. Även om 13% av människorna har upplevt fysiska incidenter och 38% av människorna upplevde verbala hot under föregående år. Dessa resultat tyder på att våld inte anses vara allvarligt förrän allvarliga konsekvenser uppstår.

### **2.3 Riskfaktorer för våld på arbetsplatsen**

Det finns många olika faktorer och orsaker som kan bidra till att det uppstår våld på arbetsplatsen. Situations och miljömässiga faktorer kan spela en stor roll till exempel på akut- eller intensivvårdsavdelningar, med långa väntetider och konstanta avbrott, osäkerhet med patientbehandlingar och tunga arbetsbelastningar (Gallagher 2014).

Även organisatoriska faktorer spelar stor roll som ineffektivt lagarbete, orättvis behandling från organisationen, brist på aggressionshanterings utbildning och misstro mellan kolleger kan orsaka spänningar och utlösa våldsamma situationer (Park 2015).

Även de psykosociala faktorerna spelar stor roll till exempel att vara yngre och oerfaren, tidigare erfarenhet av våld och bristande kommunikationsförmågor eller en viss medvetenhet hur man skall tolka och handla under aggressiva situationer (Nau 2007).

Något som även är väldigt viktigt är de individuella faktorerna som kan vara väldigt varierande beroende på karaktär och personlighetstyp, som ett empatiskt förhållningssätt vilket betyder att sjukskötaren försöker förstå patientens önskemål, lidande och oro. Det har visat sig att desto högre empati sjukskötaren uppvisar desto högre välbefinnande känner patienten, och påverkar också samarbetet mellan kollegerna och bättre behandlingstillsyn i positiv riktning (Hojat 2015).

Enligt Arbetsmiljöverkets riktlinjer för våld och hot i arbetsmiljön (AFS 1993: 2) ska arbete i områden där våld och hot är i fara undersökas. Det sägs att det är viktigt att handlingsplanen som härrör från denna undersökning ska innehålla följande:

Organisatoriska förändringar, säkerhetsförfaranden, teknisk support, renovering av lokaler, information och utbildning, åtgärder efter uppstådd skada.

#### **2.4. Vad betyder hot och våld inom vården?**

Olika yrken och arbetare kan ha olika syn på vad som är ett verkligt hot och våld. Arbetsmiljöverkets föreskrifter ger en bred definition där hot och våld kan vara "allt från mord till trakasserier" (AFS 1993: 2). En av de många som försöker definiera termen är Arnetz (2001), som beskriver hälso- och vård hot som verbala (eller skriftliga) hot om fysiskt våld eller vandalism. Arbetsmiljöverkets översikt av kunskap inom detta område beskriver begreppet våld inom hälsa och vård som avsiktligt eller uppenbarligen avsiktligt aggressivt beteende som orsakar psykisk eller fysisk skada för andra. Andra svenska författare anser att våld måste baseras på offrets upplevelse av hot och våld så att vi kan förstå och hjälpa dem som har upplevt våld. Situationer som verkar vara mycket milda kan ha en betydande inverkan på kontakterna.

Arnetz (2001), påpekar att själva avdelningen där patienten vårdas utgör området för vårdpersonal. Vårdpersonalen måste kunna tillhandahålla vård, skydd och komfort samtidigt. Eftersom vårdpersonalen måste kunna utföra sitt arbete bra och säkert. Otillräcklig interaktion mellan vårdgivare och vårdmottagare kan leda till dålig kommunikation och medföra hot och till och med risk för våld.

Litteraturgranskning utförd av Carlsson (2003), visar hot och våld:

Våldet kan vara riktat mot vårdgivare såväl som vårdmottagare och släktingar. Händer vanligtvis plötsligt. Sker ofta under påverkan av intensiv ångest och mentala symtom. Kan vara relaterad till någon form av tvång, till exempel under medicinering eller när fysiska begränsningar har upprättats. Fysiska symtom kan också vara orsaken, såsom hypoglykemi, kärlekskramp och kronisk smärta. Kan även förekomma under påverkan av alkohol eller andra droger, vilket utgör en annan riskfaktor. Det kan även uppstå bland släktingar som beter sig aggressivt och hotfullt. De flesta hot och våldssituationer som uppstår inom sjukvården är när man jobbar nära personen ifråga till exempel: När man hjälper patienten med hygien,

hjälp till med påklädning, vid utgivning av läkemedel, lägger om sår, förflyttning och lyft av patienten.

Detta är främst uttryck för känslor som uppkommer i situationer med ökad fysisk kontakt, integritetspåfrestande situationer och kontakt mellan patient och vårdare där smärta och/eller rädsla kan leda till utåtagerande från vårdtagare. I det här fallet kan vårdgivaren betraktas som provocerande av vårdgivaren genom sitt agerande och våldsamt beteende kan förekomma. Hot och våld bland vårdmottagare är ett mycket begränsat forskningsområde. Det är emellertid känt att detta är ett problem i vissa omvårdnadsaktiviteter och behöver uppmärksammas. (Carlsson,2003)

För att stödja riskbedömningen tillhandahöll svenska Arbetsmiljöverket riskanalys, exempel på riskbedömning och föreslagna åtgärder för hot och våld på arbetsplatsen. De faktorer som de måste lösa är att arbeta på natten eller kvällen, arbeta ensam, brist på kunskap och erfarenhet inom det professionella området, och brist på kunskap om behandling och konflikter och stressbrist, för mycket arbetsbelastning. När man är mentalt stressad på jobbet måste de anställda regelbundet få särskilt stöd och vägledning. När arbetet medför stor risk för våld, hot eller annan hög psykologisk stress, kan arbetet kanske inte utföras så att man jobbar ensam utan att man jobbar med en arbetskollega. (Arbetsmiljöverket 2011)

#### **2.4.1 Värdegrund och vårdklimat**

Enligt Mason och Chandley (1999), måste varje arbetsplats arbeta mot en gemensam uppsättning av värden som styr hur vårdgivare ska göra och vad de ska göra när de träffar patienter och anhöriga. Det bör också vara en vanlig guide för hur du som anställd ska behandla dina kollegor och hur du behandlar dem. Genom aktivt värdebaserat arbete känner alla till spelreglerna och kan lättare hantera människor i känslomässiga eller krissituationer



och hantera svårigheter den är utformad för att minska förekomsten av våld. Olika faktorer som enhetens utformning, personalens kunskap och attityd, vårdmottagarnas behov och funktionella nivå och organisering av arbete och ledning är väsentliga för utvecklingen av vårdmiljön. Mason och Chandley (1999), påpekar att en avslappnad vårdmiljö är mycket viktig för vårdgivarna, samt att betrakta enhetstiden som positiv tid, och en atmosfär där vårdpersonalens behov kommer på andra plats baserat på olika begränsningar kan betraktas som dominerande och ovänliga. En lyssnande vårdgivare som försöker etablera vård utifrån vårdmottagarens nivå och förmåga kan ge ett viktigt bidrag till en positiv vårdmiljö genom sitt arbetssätt.

Mason och Chandley (1999), säger att jämfört med snabb, osammanhängande och spänd kommunikation är det mer sannolikt att tydlig, lugn och sanningsenlig information främjar positiv kommunikation och interaktion. En bekväm miljö och en varm vårdmiljö (där vårdgivare skapar lugna förhållanden och tar hänsyn till varje vårdmottagares behov) är avgörande för ansträngningar för att främja interaktion mellan vårdgivare och vårdmottagare.

#### **2.4.2 Identifiera patienter med risk för våldsamt beteende**

Enligt Tilly (2014) är det viktigt att vara uppmärksam på riskfaktorer och att göra riskbedömningar. Detta arbete bör ske i samverkan mellan vårdare och arbetsledning. Betydelsen av enskilda riskfaktorer kan variera från fall till fall beroende på situation. Dokumenterade riskfaktorer är historik med Våld, underlägsenhet, påverka instabilitet, det vill säga fluktuationer från normalt humör till depression, Stimulering eller ångest. Mental sjukdom. Demens, särskilt frontal demens och Alzheimers sjukdom. Hjärnskada. Genialt funktionshinder. Läkemedelsexponering.

Det är viktigt att vårdaren uppfattar varningstecknen. Exempel på tidiga tecken är: Koncentrationssvårigheter, personen känner oro eller ångest, personen blir självupptagen, personen upplevs som arrogant.

Efter detta blir personen: Insiktslös, impulsiv, framfusig, kräver mer och mer uppmärksamhet, är högljudd, börjar använda svordomar, förolämpa andra samt använda nedsättande könsord. När personen börjar använda armgester eller man märker att personens kroppsspråk på annat sätt börjar blir mer aggressivt, kan detta beteende eskalera och blir mer fysiskt.

Då ambulansen får ett larm om en intoxikerad patient är informationen ofta bristfällig. Då man kommer fram till patienten är det därför viktigt att snabbt få information om vad patienten tagit för substanser och i vilket tillstånd patienten är. Även viktigt att veta om patienten kan vara hotfull eller uppträder på ett aggressivt sätt (AV,2006). Då man transporterar en intoxikerad patient finns alltid risk för hot och våld. Dessa uppdrag har blivit desto vanligare de senaste åren. Särskilt om patienten intagit GHB-preparat är patienten oberäknelig och patientenstillstånd kan skifta från att vara medvetslös till att bli aggressiv. Om patienten av någon anledning blir aggressiv under transporten så är det fysiska avståndet litet på grund av att utrymmet i ambulansen är begränsat. Det är därför bra att kontrollera att patienten inte har några vapen på sig (Gunnarsson & Lindh,2010). En annan risksituation kan uppstå då patienten inte beviljas något som hen vill ha eller patienten kräver något som hen inte får. Dessa händelser kan få patienten att känna sig maktlös och utsatt vilket gör patienten aggressiv mot ambulanspersonalen. Även på akuten kan liknande situationer uppstå mot sjukvårdspersonalen. Patienten kan uppleva det som frustrerande att vårdpersonalen befinner sig i en maktposition, vilket kan leda till en våldssituation för att skärpa personalen och få sin vilja igenom. Då en sådan situation uppstår kan man försöka diskutera lugnt med

patienten och kanske delvis gå patienten till mötes för att inte situationen skall eskalera. I vissa situationer spelar samspelet mellan sjukvårdspersonal en betydande roll.

### **2.4.3 Riskmedvetenhet och medvetenhet**

Vårdgivare skall vara medvetna om de tecken som kan indikera aggressivt beteende och riskerna med att utlösa eller förvärra sådant beteende genom sitt eget beteende. I förebyggande arbete och allt omvårdnadsarbete är medkänsla viktigt för att kunna sympatisera i situationer där kommunikationen är svår, och förstå sambandet mellan vårdgivarens egna beteende och vårdmottagarens svar. Enligt Sandström och Durewell (2007), är det som vårdgivare viktigt hur vi ser påståenden från vårdmottagare, såsom våldsamt beteende, vilket är mycket viktigt för hur vi formar våra attityder till personen. Om våld bara betraktas som en ond handling kommer det att förändra vårt sätt att möta människor och vårt sätt att uppträda i interaktion. Tvärtom, om våld betraktas som ett sätt för vårdmottagare att kommunicera med miljön, kan detta göra det möjligt för oss att reflektera mer över vad som händer och hitta vårdåtgärder som kan främja positiv interaktion, stärka identitet, minska sjukdomskänslor och förbättra vårdkvaliteten. Även medicinska åtgärder som smärtbehandling kan minska risken för aggression.

Sandström och Durewell (2007) påpekar också att emotionellt uttryck måste tillåtas även i omvårdnad. När ansiktsuttryck har en negativ inverkan på människor och miljön bör vårdgivare ingripa för att minska konsekvenserna av beteendet. Vårdgivaren kan sedan stimulera till exempel förändringar i att uttrycka frustration och aggression. Stöd och vägledning när du kommunicerar och interagerar med vårdmottagare kan minimera risken för skada för vårdmottagare och hitta alternativa sätt att hantera svåra omvårdnadssituationer.

Enligt Menckel (2000) har människor som har svårt att kontrollera impulser, paranoia eller försämrade kognitiva förmågor kan leda till att ha svårigheter i att upprätthålla nära relationer med interpersonella relationer och / eller kan lätt missförstå situationer när någon närmar sig dem. Alla människor har begränsningar i utgångspunkten för sitt personliga territorium och känner det på ett medvetet eller omedvetet sätt. Det betyder att som vårdgivare är det viktigt att förstå gränserna för mottagare av personlig vård och undvika situationer som kan anses provocerande eller tvångsmässiga. I litteraturen finns det en term "vårdgivarstil", som kan sägas täcka dessa aspekter, men den inkluderar också vårdgivarens kunskap och attityd, liksom hans / hennes beteende i vårdgivar-situationen. Riktlinjer för arbetskläder måste följas, som också inkluderar rutinmässiga procedurer för att upprätthålla hygienkrav. Men kom ihåg att exempelvis sax, slipade pennor, snoddar, lätt kan tas ur bröstfickan och användas som vapen i hotande situationer.

Enligt Rössner Weike (2015), om personliga kläder används kan det vara nödvändigt att diskutera i arbetsgruppen om vissa typer av kläder och smycken kan vara riskfaktorer, såsom halsdukar, piercingar och halsband. Kläder och färg på kläderna kan vara den "inducerande faktorn" för aggression. Mason och Chandley (1999), visade till exempel att sådana åtgärder kan minska våldet bland personer med demens. Carlsson (2003), beskrev vikten av kläder för den miljö där behandlingen utförs. Dessa kläder beskriver de anställdas attityd. När vårdgivare slutar använda speciella arbetskläder och istället bär fritidskläder minskar våldet bland vårdtagarna. I en annan studie så emellertid personer som fick vård att när anställda bär speciella arbetskläder blir denna känsla säkrare så att de lätt kan se vem den anställda är.

Enligt Menckel (2000), på vårdinrättningar där hot och våld är frekventa bör det finnas överfallslarm. Det finns olika typer av larmanordningar och den anordningen som passar

bäst till den aktuella vårdinrättningen bör installeras. Exempel på larmanordningar är: En anordning som man kan använda är en fast alarmknapp vid ex. en expedition eller ingång, det så kallade tvåfingerslarmet, som går till någon form av larmcentral. Bärbara personliga larm som på en skärm visar vilket larm som utlösts. Det kan både vara internt larm och gå till larmcentral. Bärbart personligt larm för positionering, används för att visa den plats där larmet utlösts. Det kan vara ett internt larm eller så kan larmet skickas vidare till en larmcentral. Ett bärbart positioneringsanfallslarm med GPS, som visar platsen där larmet utlöstes, men som inte specifikt visar vilket rum i huset. Används ofta utomhus- och vid hembesök. Larmet skickas vidare till en larmcentral, larmcentralen bekräftar larmet och aktiverar mikrofonen på larmet, och sedan kan du höra vad som händer. Detta larmsystem används bland annat på ambulansen där det finns inbyggt i den bärbara kommunikationsradion (VIRVE) som ambulanspersonalen bär med sig hela tiden. Om en person har utlöst ett larm, bör man alltid följa de lokala rutinerna när det gäller hot och våld, var noga med att ringa 112, fråga polisen och berätta för dem vad som har hänt. Larmet bör testas regelbundet och det skall finnas rutiner för batteribyte. Om det finns ett larm som personalen kan använda, bör detta utfärdas till all personal. Personalen måste känna till larmsystemet och rutinerna när ett larm inträffar. Det är även bra att med jämna mellanrum gå igenom hur larmsystemet fungerar genom skolning för personalen.

#### **2.4.4 Vård av patienter med hotbild**

Menckel (2000), säger att riktlinjerna och rutinåtgärderna måste upprepas och revideras regelbundet som en del av informationen för nyanställda och studerande. Det är viktigt att hela gruppen av anställda måste följa riktlinjer och rutiner för att undvika att riskera sin egen eller sina kollegors säkerhet.

När hot och våld kan förväntas är det viktigt att man jobbar parvis, på detta sätt undviker man risken för att enskilda vårdgivare hamnar i en missgynnad position. Även om två vårdgivare kan anses provocerande kan det vara vettigt. Att ”tänka i förväg” (som att prata med en kollega innan man agerar) kan vara en strategi för att minimera risken för hot och våld. Enligt Carlsson (2003), kan detta användas för att etablera kontakt med patienten såväl som för muntliga argument, till exempel relaterade till läkemedelsintag, man kan också avlägsna föremål som ex. Möbler eller andra saker som personen kan använda som tillhygge. Särskilt hembesök bör riskbedömas. Följande saker bör ses som vägledande: Personen bör kontaktas per telefon före hembesök, ta reda på om personen har några andra besökare samtidigt. Låt dina kollegor veta var du är och hur länge du planerar att stanna kvar hos personen, var noga med att ha med en mobiltelefon. Ta inte bort skorna, använd skoskydd, sätt dig själv i rummet så att du har fri reträttväg. Försök att ha en konversation och ha hela tiden ögonkontakt med patienten, håll avstånd från patienten tills du har koll på personens situation och humör.

I alla aktiviteter kan patienter som har drabbats av någon form av våldsbrott omhändertas. I vissa fall utgör det fortfarande ett hot mot patienten under hela eller en del av vårdperioden. Enligt Rössner Weike (2015), medför detta risker för patienter som har upplevt våld såväl som andra patienter, vårdgivare, släktingar och andra besökare. Patienter kan vara potentiella hot på grund av olika orsaker, till exempel gängkonflikter, våld mellan mänskliga rättigheter och anseenderelaterat våld, men detta gäller även om människor med ett brett medieintresse vårdas i vårdinrättningar. Släktingar eller nära släktingar kan också hota nyckelpersonal i form av verbala hot och förolämpningar. Ibland kan hotet sublimeras, till exempel att kommentera familjen och familjens status. Om patienter misstänker att hotet om våld kan fortsätta att spridas till medicinska institutioner, är detta polisens uppgift att skydda patienter och medicinska institutioner.

Enligt Rössner Weike (2015), skall man innan patienten anländer informera personalen att patienten tas in på sjukhuset för att ge tid att förbereda sig, särskilt mentalt. Ur ett säkerhetsperspektiv är handover / avstämning med handover-avdelningen viktigt. Avdelningen skall göra upp en plan i god tid före personen anländer.

Som hjälp presenteras här en checklista som har som syfte att underlätta planeringen av säkerheten: Ska avdelningen vara låst? Har åtkomstkontroll och åtkomstbegränsningar införts? Behöver du ytterligare övervakning som vakter? Placeras patienten i det lämpligaste vådrummet? Har patienten fått information om eventuell sekretess? Är någon släkting utsedd för kommunikation (om möjligt, vem)? Är vådrummet säkert så att möblerna inte kan användas som tillhyggen? Vet personalen hur överfallslarmet fungerar? Kommer den mottagande vårdavdelningen att meddelas om patienten byter vårdpersonal? Är en rutin för kontakt med polisen etablerad och kommunicerad?

Enligt Richter och Whittington (2006), även om förebyggande åtgärder är tillfredsställande, kan ibland hotfulla situationer inte undvikas. Eftersom detta är en nödsituation så orsakar det stort tryck på alla närstående parter, så det är mycket viktigt att utveckla en välutvecklad handlingsplan. När en hotande situation uppstår bör en eller två personer försöka lugna ner personen och avleda deras uppmärksamhet. Den övriga personalen måste vara i bakgrunden. Om det finns för många människor i närheten kan den här personen uppleva det som en provokation.

Enligt Rössner Weike (2015), kan konfliktsituationer uppstå samt ilska och frustration bero på din uniform, din professionella roll och vad du representerar, det är sällan som aggressiviteten riktas mot dig som person. Vår dagliga form eller personliga egenskaper kan

dock påverka graden av tolerans och vår tolkning och styrning av provocerande beteende. När personen bestämmer ordets kraft kan du ta ansvar för din roll istället för att försvara dig själv eller missförstå den andra, men kontrollera din egen tolkning och reaktion. Vad som sägs i ett förhållande är vanligtvis ett uttryck för frustration och speglar sällan en persons verkliga värde eller avsikter.

Enligt Rössner Weike (2015), är det svårt att ha en riktig konversation med personen i konflikter med psykisk sjukdom, missbruk eller demensbehandling. Försök därför att bli av med konflikter så snart som möjligt och håll miljön lugn. Man kan hålla ett lugnt samtal med personen du diskuterar med samtidigt som du håller avstånd till den personen. Man borde dra sig tillbaka en stund och vänta lugnt. Om möjligt bör personalen bytas ut snabbt.

Om man upptäcker att en konflikt håller på att uppstå eller om vårdpersonal tror att man kan lösa konflikten man befinner sig i, kan man enligt Rosenberg och Marshall (2017) använda LRF-metoden för att hantera denna situation. LRF står för lugn, lyssnande, respekt, förståelse och förfrågan. Den bygger på en lågemotionell attityd, medan grunden baseras på en trevlig attityd. Att tala i en vänlig ton, förbli öppen, eller upprätthålla vänlig ögonkontakt.

Lugn: Trots situationens tryck, försök håll dig lugn. Det gamla ordspråket "ta ett djupt andetag och räkna till tio" eller tänk på ett positivt ord det kan påverka din hjärna så att man inte får panik. Försök att koppla av, tänka på ditt kroppsspråk, om man kan hålla sig lugn så lyssnar personen bättre. (Rosenberg och Marshall 2017)

Lyssna: Ge den andra människan utrymme att tala och förklara. Visa verkligt intresse för att ta reda på vad problemet verkligen är, om man är ointresserad kommer det att ytterligare



förvärra situationen. Att låta den andra personen tala fritt betyder inte att du tappar konflikten, men du främjar dialogen genom att svara på frågor och ställa retoriska frågor. (Rosenberg och Marshall 2017)

Respektera: Vårdpersonalen vet inte vad som finns i personens "bagage". Tidigare negativa erfarenheter inom sjukvården kan orsaka konflikter. Oavsett om personen är en person som får vård eller är en nära släkting kan ångest, rädsla, smärta, eller känslor vara svårt att förmedla utan istället ta sig uttryck i exempelvis en aggressiv handling. Så länge det inte är hot eller förolämpningar, respektera vad som sägs. (Rosenberg och Marshall 2017)

Förstå: Förmågan att förstå andras situation med empati är inte densamma som sympati som uttrycker personens positiva känslor för andra. Enligt Rosenbergs axiom, kan man genom att ta in andras åsikter och tänkande, " det finns ett otillfredsställt behov bakom varje aggression", även om personen faktiskt har fel, ge bekräftelse. (Rosenberg och Marshall 2017).

Fråga: Jag förstår att din fråga är ...? Genom att ta upp öppna uppföljningsfrågor och sammanfatta vad som har sagts visar man att man har förstått, lyssnat och reflekterat förståelsen av den mänskliga verkligheten. (Rosenberg och Marshall 2017)

Om situationen blir ohållbar skall man enligt Rosenberg och Marshall (2017), utföra alla de uppgifter som krävs för att förstå situationen i enlighet med rutinerna för hot och våld som man blivit lärd. Förutom att larma bör man göra följande saker: Ge personen tillräckligt med utrymme. Vänd inte ryggen till. Se till att du har en reträttväg. Gå inte för nära en person som betar sig hotfullt. Tänk på avståndet till personen så du inte kommer för nära. Var uppmärksam på ditt eget kroppsspråk. Undvik att göra hastiga rörelser dessa kan uppfattas hotfulla av personen. Sträva efter att visa upp ett lugnt, auktoriserat men avslappnat

kroppsspråk. När du gör ett hembesök, vänligen lämna huset omedelbart, kontakta ledningen och larma polisen om situationen är hotfull.

Enligt Carlsson (2003), ligger ansvaret för uppföljningsåtgärder är alltid arbetsgivarens ansvar. I händelse av kris måste säkerhetsregler och beredskapsplaner vara effektiva och de drabbade måste få en bra krishantering. Att sammankalla alla som är inblandade i diskussionen efter att en kris har inträffat är mycket viktigt för personalens förmåga att hantera händelsen och anses vara ett bra stöd. Vid alla sådana händelser och svåra situationer finns det alltid någonting nytt att lära sig. Efter hot mot liv och hälsa kan det behövas organiserade gruppmöten för att stabilisera situationen och förhindra ihållande negativa känslor och främja återhämtning. Sådana möten bör följa en specifik modell och leds av en eller två experter. Om vårdmottagaren eller en släkting är utsatt för våld är det också viktigt att behandla detta på ett respektfullt sätt, rapportera fallet och utveckla ledningsstrategier. Lyssna aktivt, försök inte lösa eller hitta en lösning direkt, bekräfta upplevelsen och känslor. Hjälプ offret att uttrycka det som känns svårt för hen, ge den vård och uppmärksamhet en person behöver. Informera om vilka ytterligare hjälpmöjligheter det finns. (Carlsson 2003)

#### **2.4.5 Anmälningar och dokumentation**

Enligt Arbetsmiljöverket (2011), ansvarar arbetsgivaren för att hot, våld och policydokument finns på arbetsplatsen. I policydokumentet skall det komma fram vem i organisationen som har ansvaret för rapporteringen och den regelbundna riskbedömningen. När de anställda har utsatts för våld måste de alltid enligt lämnas in enarbetsskaderapport. Arbetsgivaren eller den som är ansvarig ansvarar för att bedöma våldet och hoten i arbetsmiljön och har som uppgift att rapportera tillarbetsmiljöinspektören (AFS 1993: 2).

Rapporten måste innehålla personuppgifter om offret, en beskrivning av händelsen, vilka åtgärder som har vidtagits som svar på händelsen och vem som deltog i rapporten. I händelse av hot och våld måste händelsen eller avvikelserna rapporteras till handledaren. En händelse avser alla negativa händelser som orsakar eller kan orsaka dålig hälsa eller olyckor. Rapportering av hot och våldsamma incidenter är en del av systemets arbetsmiljö, så även om operationschefen eller arbetsgivaren har ett formellt ansvar är alla ansvariga. Det rekommenderas att händelsen registreras så detaljerat som möjligt direkt därefter. Om man rapporterar till polisen efter en lång tid eller rapporterar yrkesskador tenderar obehagliga upplevelser att undertryckas och viktiga detaljer och känslor kan gå förlorade (Arbetsmiljöverket 2011).

Om patienten skadas eller riskerar allvarlig skada, ska man alltid rapportera till operationschefen eller arbetsgivaren, som är skyldig att se till att utredningen genomförs och vid behov rapportera till den person som utsetts till ansvarig för utredningen i detta fall National Health and Welfare Commission (SOSFS 2005: 28), Lex Maria (Socialstyrelse i Sverige).

Incidentrapportering eller avvikelshantering måste följas upp lokalt på arbetsplatsen för att kunna förhindra att liknande incidenter uppstår igen. Enligt Arbetsmiljöverket ska arbetsgivare rapportera allvarliga olyckor och arbetsskador till Arbetsmiljöverket och Socialförsäkringsverket. För detta finns ett registreringsformulär, en länk finns under referenserna. Denna regel gäller i många fall våld på arbetsplatsen. Rutinmässiga förfaranden bör också innebära att våld och allvarliga hot rapporteras till polisen, Försäkringskassan och till huvudskyddsombudet (Arbetsmiljöverket, 2011).

Riktlinjer och rutinmässiga förfaranden måste fortsättningsvis följas upp, eftersom konsekventa handlingar ger anställda och personliga vårdgivare en trygghet.

Enligt Arbetsmiljöverket (2011), måste organisationen upprätthålla nolltolerans mot våld, hot och allvarliga kränkningar, oavsett om offret är vårdmottagare eller vårdgivare. Därför bör varje incident rapporteras till polisen. Offrets erfarenhet avgör den efterföljande hanteringen av händelsen. När sjukvårdspersonal utsätts för våld eller hot har personalen ett speciellt ansvar att kommunicera med annan personal eller släktingar genom eventuella polisrapporter. Detta gäller även våldssituationer som uppkommer vid hembesök.

### **3 Syfte**

Syftet med denna studie är att genom en systematisk litteraturstudie skapa mera kunskap och ny förståelse om hur det är att utsättas för och konfronteras av våld i arbetslivet som sjuksköterska, för att minimera risken för att utsättas av våld och dess eskaleringssituation.

#### **3.1 Frågeställning**

Frågeställningar i studien kommer att vara:

1. Vilka är de vanligaste uttrycken av våld som en sjukskötare utsätts för?
2. Hur kan sjukskötaren deskalera en våldsamt situation på bästa möjliga sätt?

### **4. Teoretisk utgångspunkt**

Watson skapade teorin om omvårdnad mellan 1975 och 1979 utifrån sin personliga syn på omvårdnad. Hennes hopp var att teorin skulle hjälpa till att särskilja omvårdnadsvetenskap från den medicinska vetenskapen och skapa en separat och viktig enhet för omvårdnad. Hennes arbete påverkades av hennes undervisningserfarenhet och skapades som ett sätt att

hitta gemensam mening bland sjuksköterskor över hela världen. Watsons teori publicerades först 1988.

Sjuksköterycket har förändrats en hel del eftersom vetenskapen och medicinen har anpassats för att tillgodose de växande behoven hos vår växande befolkning. Det har blivit ett alltmer färdighetsbaserat yrke. Det är dock viktigt att komma ihåg rötterna om omvårdnad, som är baserade på vård- och helande principer. Watsons teori är som en ritning för sjukskötare om mänsklig omvårdnad och utgår från att återställa konsten att vårda och förbättra vården för patienterna och sig själva. De viktigaste faktorerna i denna teori är de tio karativa faktorerna, det transpersonliga vård förhållandet och det omtänksamma tillfället.

(Jean Watson: *Biography and Nursing Theory of Caring*: 2003–2020)

#### **4.1 De tio karativa faktorerna**

Ordet "caritas" kommer från ett grekiskt ord som betyder "att vårda". Karativa faktorerna fungerar som en vägledning för kärnan i omvårdningspraxis och består av följande tio delar:

1. Omfamna altruistiska värden och öva kärleksfull vänlighet med sig själv och andra
2. Inspirera till tro, hopp och hedra andra
3. Lita på sig själv och andra genom att vårda individuella övertygelser, uppmuntra personlig tillväxt och praxis
4. Erbjud en hjälpande hand, bygga upp tillit, omvårdande patientförhållande
5. Förlåta och acceptera positiva och negativa känslor, att autentiskt lyssna på andras berättelser
6. Fördjupa vetenskapliga problemlösningsmetoder för att ta hand om beslutsfattande
7. Balansundervisning och lärande för att ta itu med individuella behov, beredskap och inlärningsstilar
8. Skapa en helande miljö för det fysiska jaget som respekterar den mänskliga värdigheten
9. Utgå från de grundläggande fysiska, känslomässiga och andliga mänskliga behoven
10. Andliga krafter.

(Watson J. 1993 s. 34-50), (Watson J. 1988 s.20-44 )

Dessa omvårdnadsfaktorer förutsätter att man har kunskap och klinisk kompetens. Dessa faktorer är hela tiden aktuella i vårdprocessen mellan patienten och vårdaren. Dessa tio omvårdnadsfaktorer skall ge patienten en känsla av harmoni och upplevelse av god vård. Denna teori talar om en transpersonell relation. Transpersonell relation är betydelsen mellan patientens och vårdarens mänskliga samvaro och räknas som speciell. Hela denna process börjar då patient och vårdare träffas. För att deras transpersonella relation skall utvecklas alltså mellan patient och vårdare så anger denna teori fem förutsättningar. Det är från vårdarens perspektiv som denna teori utgår ifrån. Följande saker främjar en transpersonell relation.

1. Främjande av mänsklig värdighet från sjukskötarens sida
2. Bekräftelse av patienten
3. Förmåga och beaktande av patientens känslor och inre tillstånd
4. Sjukskötarens förmåga att känna samhörighet och empati för patienten
5. Vara ärlig mot det egna jaget och bekräfta den inre utveckling som sker

(Watson, 1993 s. 34-50; Watson, 1988 s.20-44; Rooke, 1995 s.50-62)

Det är viktigt för patienten att känna vårdarens tillit. I och med det så kan patienten uppleva hopp och förtroende till vårdaren. Det är även viktigt att vårdaren förstår vilken livssituation patienten befinner sig i. Vårdaren bör inte kräva nånting av patienten. Vårdaren måste lyssna och förstå hur patienten tänker. Patientens kroppshållning, ansiktsuttryck säger ganska mycket om vad patienten känner, och detta är det viktigt att vårdaren kan tolka. Det gäller alltså för vårdaren att genomskåda dessa. Existentiella frågor aktualiseras ofta hos patienten vid sjukdom. Beroende på vilka frågor som patienten har i relation till liv och död påverkar detta omvårdnaden, behandling och vård.

De existentiella frågorna innebär att sjukskötarens måste ha en kompetens att kunna tampas med dessa frågor för att skapa en god relation till patienten och Watson menar ätt det är en konst att kunna skapa en relation mellan olika människor. Denna konst innebär att genom att en person observerar en annan människas känslor och andra intryck så kan också denna person känna samma känsla vilket gör det lättare att förstå, sätta sig in i en annan persons situation och vara empatisk. Om man betraktar omsorgen som en skild gren inom humanvetenskapen går den att integrera till exempel till etiken och estetiken mellan två

personer som har ett omsorgsfullt möte och därmed följer omvårdnadsprocessens principer (Watson, 1993 s. 34-50; Watson, 1988 s.20-44 ).

För att kunna utveckla dessa egenskaper och skapa en relation mellan vårdare och patient är det väldigt viktigt att sjukskötaren känner till sina styrkor. För att en sjukskötare skall kunna utnyttja Watsons teori måste individen vara medveten om sig själv för att kunna använda sig själv i en relation. Sjukskötaren måste också se människan som en helhet som består av kropp, ande och själ (Watson, 1993 s. 34-50; Watson, 1988 s.20-44; Rooke, 1995 s.50-62).

## **5. Metod**

Vi har valt att göra en systematisk kvalitativ litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie innebär att man på ett systematiskt sätt samlar information, söker litteratur och att kritiskt granska artiklar samt att man diskuterar resultatet och gör en sammanställning av den litteratur som använts.

### **5.2. Urval**

Syftet var att hitta arbeten som tog upp hur frekvent sjukskötare utsätts för våld och hur sjukskötaren kan undvika och hantera dessa situationer. Vi har valt att använda eller avgränsa vår sökning med sökorden "violence towards nurses", "violence against nurses" och "våld mot sjukskötare", för att få det bästa resultatet. Data hämtades genom att göra en litteratursökning från databaserna Google Scholar, PubMed och Cinahl. Dessa var valda för att få ett så brett spektrum av artiklar som möjligt speciellt artiklar som tangerade vårt ämne om våld mot vårdpersonal. Vi valde att använda båda databaserna för att inte gå miste om eventuell viktig information och relevanta artiklar. I databaserna finns ämneslistor som specificerar sökning vilket gör det lättare att hitta artiklar som man är ute efter. För att försäkra oss om att artiklarna var relevanta och utförda enligt den vetenskapliga metoden användes peer-reviewed funktionen i Cinahl och PubMed eller kollade på hur många gånger någon har citerat studien (se Bilaga 1). När vi använde de sökord vi valt fick vi endast 88 träffar och materialet var för det mesta från andra delar av världen än Skandinavien, många studier var från Asien eller Mellanöstern, så de borde göras fler studier inom detta område för att kartlägga situationen i Finland. Tabellen innehåller sju olika artiklar från varierande länder, men syftet följer samma röda tråd och tangerar även vårt ämne, metoderna kunde variera i de olika studierna och resultatet kunde även se väldigt annorlunda ut beroende på i vilket land studien var utförd.

## **5.2 Kvalitativ Litteraturstudie**

Syftet med en systematisk litteraturstudie är att få en överblick över vilken tidigare forskning som redan utförts inom ämnet, att man helt enkelt tar tidigare publicerad information om ämnet och använder det som undersökningsområde och ställer frågor till litteraturen i stället för en person (Rosen 2012). Översikten av arbetet skall vara systematiskt med tydliga kvalitetskriterier, samtidigt som vissa principer skall följas för att undvika att till exempel slumpen eller andra faktorer påverkar resultatet i studien. Rosén (2012), beskrev inkludering och uteslutningskriterier som en viktig del av systematisk litteraturforskning. Tidigare användbara studier screenades i två steg. Först utförs en grov screening, där författaren endast väljer studier genom att läsa sammanfattningar av artiklar som verkar vara relevanta när de kombineras med nyckelord i databasen. Utför sedan urvalsprocessen baserat på artikelns fullständiga text och välj sedan den artikel som författaren tror kan uppfylla syftet.

## **5.3 Kvalitativ innehållsanalys**

Handlar om att förstå och analysera mening uttryck som textanalys, målet med denna metod är att analysera texters innehåll, avsikter eller maktstrukturer. Detta görs genom att läsa, tolka och kategorisera innehållet i texterna. Denna metod bygger på en humanvetenskaplig vetenskapsfilosofisk tradition men även på en empirisk och kritisk tradition. Metoden går ut på att subjektivt och holistiskt tolka textens delar, helhet och dess kontext. Även fast metoden bygger på subjektiv tolkning tillämpas ändå vissa regler för kodningen av texten. Metoden tar i beaktande både latent och manifesterat innehåll. (Forsberg & Wengström, 2008).

## **5.4 Etiska överväganden**

När man gör en systematisk litteraturstudie så skall man ta etiska principer i beaktande. Det finns en etisk kommitté som har bestämt vissa riktlinjer, godkänt dem och det är dessa riktlinjer man skall följa. Alla artiklar som ingår i litteraturstudien skall redovisas och alla resultat skall presenteras, både de som stödjer och inte stödjer forskarens hypotes (Forsberg



& Wengström, 2008). Varje forskningsstudie är utformad för att svara på en specifik fråga. Svaret bör vara tillräckligt viktigt för att rättfärdiga att be människor att acceptera någon risk eller besvär för andra. Med andra ord, svar på forskningsfrågan bör bidra till vetenskaplig förståelse av hälsa eller förbättra våra sätt att förebygga, behandla eller ta hand om personer med en given sjukdom för att motivera att utsätta deltagarna för risken och bördan av forskning. En studie bör utformas på ett sätt som får ett förståeligt svar på den viktiga forskningsfrågan. Detta inkluderar att överväga om frågan är svarbar, om forskningsmetoderna är giltiga och genomförbara, och om studien är utformad med accepterade principer, tydliga metoder och tillförlitliga metoder. Ogiltig forskning är oetisk eftersom den är slöseri med resurser och utsätter människor för risk för inget ändamål

Individer bör behandlas med respekt från den tidpunkt då de kontaktas för eventuellt deltagande - även om de vägrar delta i en studie - under hela sitt deltagande och efter att deras deltagande avslutats. Detta inkluderar: respektera deras integritet och hålla sin privata information konfidentiell, respekterar deras rätt att ändra sig, att besluta att forskningen inte matchar deras intressen och att dra tillbaka utan påföljd, informera dem om ny information som kan komma fram under forskningen, vilket kan förändra deras bedömning av riskerna och fördelarna med att delta, övervaka deras välbefinnande och, om de upplever biverkningar, oväntade effekter eller förändringar i klinisk status, säkerställa lämplig behandling och vid behov avlägsnas från studien, informera dem om vad man lärde sig av forskningen.

## **6. Resultat**

Jatic med flera (2019) visade att totalt 558 av 983 hälso- och sjukvårdspersonal anställda i primärvården var inblandade i denna undersökning. Den totala förekomsten av arbetsplatsvåld var 90,3%, med 498 (89,2%) utsatta för verbalt våld och 417 (74,7%) exponerade för indirekt fysiskt våld. Totalt nio studier gick in i metaanalysen.

Shahebi med flera (2019) visade att den totala urvalsstorleken var 1257 och alla var från akutvården, med en medelålder på  $32,21 \pm 2,01$  år. Förekomsten av fysiskt, verbalt och kulturellt våld på arbetsplatsen bland akutvårds personal var 36,39%. Sharipova med flera (2008) visade att var fjärde vårdgivare utsattes för våld 2005.

Behdin md flera (2018) identifierade totalt 3309 artiklar innan dubletter avlägsnades. Den genomsnittliga CASP-poängen var 8,14 ( $\pm 1,29$ ) av en totalpoäng på 10. Faktorer på

arbetsplatsen grupperades in i två kategorier av våld på arbetsplatsen: typ II (patient / klient) och typ III (arbetare/arbetare)

Hallet med flera (2016) baserades på analysen där den resulterande teoretiska definitionen av avskalning inom hälso- och sjukvården är en samlingsbeteckning för en rad sammanvävda personallevererade komponenter som innefattar kommunikation, självreglering, bedömning, åtgärder och säkerhetsunderhåll som syftar till att minska patientens aggression.

Johann och Martinez (2016) visade ett betydande bevis för våld på arbetsplatser i kliniska omvårdnadsmiljöer. Våld på arbetsplatsen kan påverka sjuksköterskornas fysiska och psykiska välbefinnande avsevärt. Implementering av evidensbaserade insatser kan hjälpa till att minska incidenterna av våld på arbetsplatsen. ( Dilman, 2015; Lanza et al. 2009; Hill et al. 2015).

Leigh med flera (2014) visade att fysisk aggression visade sig vara vanligast inom mental hälsa, vårdhem och akutmottagningar medan verbal aggression vanligtvis upplevdes av allmänna sjuksköterskor. Sjuksköterskor som utsatts för verbalt eller fysiskt missbruk upplevde ofta en negativ psykologisk påverkan efter incidenten.

Som vi kan konstatera har alla studier presenterade i denna studie kommit fram till samma resultat. Våldet bland sjukvårdspersonal har stadigt ökat under de senaste åren, så nu borde det vara dags att ta tag i saken och ta fram nationella strategier för att försöka bryta trenden, så att sjukvårdspersonalen kan känna sig trygg i sitt arbete.

i analysfasen kommer vi till fyra teman: fysiska konsekvenser, psykiska konsekvenser, ekonomiska konsekvenser av våld och Våldets inverkan på det sociala livet.

## **6.1 Fysiska konsekvenser**

Olika yrkesgrupper och personer har skilda uppfattningar och gränser för vad de betraktar som hot och våld på arbetsplatsen. Om en anställd inom vård- och omsorgsområdet blir utsatt för hot eller våld på sin arbetsplats är det individuellt om, hur och när hen reagerar (Sandström, 1996). Många reagerar med stressymptom såsom osäkerhet, sömnstörningar och rädsla. Andra kan reagera med ilska och tillrättavisa den aggressive vårdtagaren eller genom att försöka avleda hens tankegångar. Speciellt inom geriatrisk vård, äldre vård samt psykiatri, är det inte ovanligt att vårdpersonal kan utsättas för slag nyp samt bitas av till exempel personer med demens eller andra kognitiva funktionsnedsättningar, och då särskilt när man är i fysisk kontakt och personlig omvårdnad som innebär att man invaderar patientens personliga utrymme. När det gäller den faktiska förekomsten av hot och våld inom vården är mörkertalet troligen stort samt är det betydande när det gäller hälsa och

välbefinnande. Enligt forskning och praktisk erfarenhet finns det en tendens och möjlig tradition att rapportera hot och våld endast när anställda lider större kroppsskada orsakad av vad som hände och / eller tvingas att åka eller stanna hem på grund av uppstådd skada.

I en studie av kommunanställda som drabbats av våld på arbetsplatsen (Menckel & Viitasara, 2000), uppgav 18% av de som deltog i studien att de fick lätt fysisk skada, medan 0,2% av deltagarna i studien uppgav sig fått allvarliga fysiska skador av händelsen. Det betyder att allvarliga personskador endast förekom i sällsynta fall, det har bevisats i stor utsträckning att endast manliga personliga assistenter och sjukvårdspersonal berördes. Forskning utförd av (Menckel & Viitasara 2000) visade även att personer som arbetade inom den sociala omsorgen inte upplevt hot eller våld som orsakat fysisk skada, men 3 procent av dem har däremot varit sjukskrivna på grund av en incident av hot och våld på arbetsplatsen.

Närvårdare och vårdpersonal är de yrkesgrupper som är mest utsatta för våld av patienter, klienter och vårdgivare, det är också mer benägna för att utsättas för klösningar och nypningar än andra . Av vårdgivare, manliga personliga assistenter och sjuksköterskor hade 40 procent av dem utsatts för sparkar eller knuffar av vårdtagare. En sällsynt men allvarligare form av våld och hot är där vapen eller stickföremål använts, vilket 27% av de manliga personliga assistenterna uppgav sig haft erfarenhet av (Menckel & Viitasara, 2000). I våldssituationer eller i annan hotande miljö inom den psykiatrisk vården, exponeras mentalvårdspersonal ofta för vårdgivarens ilska, vilka vanligtvis är yngre och starkare än andra patientgrupper (AFA Insurance, 2011).

*“Våld på jobbet har blivit ett alarmerande problem över hela världen. Problemets verkliga storlek är okänd på grund av underrapporteringen.”*

*“Våld och hot drabbar människor i arbetet oftare än i något annat sammanhang. Omvårdnad om psykiskt sjuka och utvecklingsstörda är det arbete där våld och aggressioner är allra vanligast. Också de som arbetar med annan vård eller omsorg, till exempel med äldre eller fysiskt handikappade, är betydligt mer utsatta för våld och hot än den genomsnittlige arbetstagaren.”*

## **6.2 Psykiska konsekvenser**

När det gäller hot och våld är mörkertalet stort vilket leder till negativa psykologiska effekter för vårdpersonalen. Brist på officiell statistik av hot och våld är ett fenomen som uppstått eftersom våldshandlingar som inte uppger allvarliga fysiska konsekvenser sällan rapporteras. Oftast är det sjuksköterskor som rapporterar om hot och våld på arbetsplatsen

(Fottrell, 1980; Holden, 1985; Love & Hunter, 1996). Rädslan för att utsättas för hot eller våld i denna yrkesgrupp är en stor källa till stress (Leary & Brown, 1995). Forskning utförd av Ryan & Poster, (1989) att de känslomässiga reaktionerna hos personal som blivit hotad eller utsatt för våld är främst förvåning, aggression och avsky mot den berörda patienten. Den interna förekomsten av exponering för vårdgivare kan också inträffa, vilket kan förklaras på följande sätt: Hen anser sig vara orsaken till händelsen (Ryan & Poster, 1989). Vårdgivare beskriver även känslor av maktlöshet och rädsla efter att ha drabbats av hot och / eller våld (Åström et al., 2004). Forskning utförd av Åström och hans kollegor visade att en tredjedel av den medicinska personalen som drabbas av hot och våld under yrkesutövningen har upplevt aggression, en fjärdedel av våldsdrabbade kände föga sympati mot de som åsamkat våldet. I situationer med hot eller våld har vårdgivare upplevt känslor av rädsla och maktlöshet.

Menckel och Viitasara (2000) fann i en studie att av de som upplevt våld på arbetsplatsen kände 42 procent av ilska, 39 procent av människorna känner sig arg, 36 procent känner sig ledsna och 35 procent känner sig deprimerade. Känslor av ilska och irritation är vanliga i alla yrken, medan administratörer och kvinnliga personliga assistenter är mer ledsna än andra. Manliga personliga assistenter och sjuksköterskeassistenter är vanligtvis frustrerade. Besvikelse är vanligast bland manliga personliga assistenter och administrativ personal, medan handledare och kvinnliga personliga assistenter känner sig kränkta av hot och incidenter av våld.

Vid traumatiska händelserna reagerade personen omedelbart med reaktioner som hjärtklappningar, svettningar och illamående. Flera rapporter om hot och våld på jobbet säger att de känner sig förlamade andra svarade med ilska och motattack. Anställda som bevittnat våld känner ofta att de har blivit mer skrämda av händelsen än offret. Hot och våld kan även framkalla känslor av svåra tidigare upplevelser, som att bli rånad eller misshandlad. Hos vissa människor kan händelsen orsaka social fobi och skapa en oro för att återvända till jobbet. Ångest kan uppstå efter våld och kan ta uttryck i psykosomatiska manifestationer, såsom huvudvärk eller magbesvär (Rinnan & Sylwan, 2000). Hur vårdgivaren reagerade under/efter hotet eller våldet på arbetsplatsen är mycket individuellt och beror bland annat på miljö och händelseförloppet, hur beredd personen var för att en våldssituation ska ske, och om personen har haft en liknande situation tidigare. Vetskapen om att risken för hot och våld på jobbet existerar innebär även en psykologisk press för de anställda (ASF, 1993).

*“Flest anmälda arbetsskador av våld eller hot i förhållande till antalet sysselsatta finns inom omsorg för psykiskt utvecklingsstörda, som har över 100 fall per år per 10 000 förvärvsarbetande under 1997–1998 För både kvinnor och män.”*

*“Psykiatrisk vård är sannolikt en uttalad riskverksamhet när det gäller våld och hot, men kan dessvärre inte särredovisas i statistiken. Man kan dock konstatera att yrkesgruppen ”skötare och vårdare” har en ännu högre frekvens arbetsskador av våld eller hot än de som arbetar med omsorg för psykiskt utvecklingsstörda.”*

### **6.3 Ekonomiska konsekvenser av våld**

Efter hot och våld på arbetsplatsen kan det anställda drabbas hårt av de ekonomiska konsekvenserna. Negativa konsekvenserna är att vårdgivarens motivation fortsättningsvis skall finnas och att klara av att utföra arbetet på en högklassig nivå, så att inge vårdkvalitén sjunker. Sedan uppstår även stress, sömnproblem och ångest som en reaktion av de hotande händelserna. När våld förekommer på arbetsplatsen ökar också risken för sjukfrånvaro. På lång sikt innebär ökningen av sjukdagar i kombination med försämrad vårdkvalitet ekonomiska konsekvenser. Hälso- och sjukvårdspersonal som har upplevt hot och våld på arbetsplatsen överväger många gånger att lämna arbetet på grund av de psykologiska faktorerna som rädsla och oro. Naturligtvis är dessa förluster av kvalificerade, erfaren medicinsk personal ett av de största problemen inom vården, eftersom kompetenta anställda är nödvändiga för att tillhandahålla vård av hög kvalitet (Jackson et al., 2002). När det gäller återkommande fall av hot och våld mot anställda kan detta även påverka rekrytering av personal. Sammantaget kan man säga att hot och våld inom hälso- och omvårdnadsarbetsplatser minskar arbetstillfredsställelsen, den ekonomiska och omvårdnads kvaliteten.

*“I ett klimat med sjunkande vårdpersonal där våld och fientlighet är en del av de flesta sjuksköterskornas vardagsliv är det dags att nämna våld som en viktig faktor för rekrytering och kvarhållande av registrerade sjuksköterskor i hälso- och sjukvårdssystemet.”*

*“Dessutom kan det finnas en direkt koppling mellan episoder av våld och aggression mot sjuksköterskor och sjukfrånvaro, utbrändhet och dålig rekrytering och retention.”*

### **6.4 Våldets inverkan på det sociala livet**

Hassankhani, et al. (2017) och Wong, Pisch (2011), Combellick, Wispelwey, Squires, Gang (2017) samt Pisch (2011) har alla kommit till samma slutsats att då sjukskötare inte mådde bra själsligt, på grund av våldet som det tampas med varje dag, påverkade även de medmänniskor som fanns i deras omgivning. Det påverkade patientkontakten, samt kontakten till det närstående och påverkade även sjukskötarens familjeförhållande negativt. Sjukskötare som upplevde och utsattes för våld på arbetstid tog med sig stressen till hemmet från arbetsplatsen.

Detta gjorde så att de var upprörda när de kom hem från jobbet.

*“I didn’t treat my family right. I went home aggravated because of facing violence. I argued with my husband and kids. I dumped my distress on them.”* (Hassankhani et al., 2017).

Det var dock endast inte sjukskötarens sinnesstämning som påverkades av den våldsamma miljön utan även familjen drabbades i det långa loppet. Sjukskötare var även räddat att sprida vidare bakterier och virus i hemmet (Wong et al., 2017).

*“I’ve done everything that i was supposed to do, but yet i still get spit on. It hit directly in the eye, this person. I looked up the history and it said, Hepatitis C. Then you’re taking that home to your husband or your family (...)”* (Wong et al., 2017).

Ytterligare en faktor som påverkade sjukskötarens mående, gällande de privata relationerna, var när de utsattes för hot eller en hotfull situation. Dessa hot kunde komma från patienterna själva eller från deras anhöriga och hoten kunde bestå av att skada eller göra illa sjukskötarens nära och kära (Pich et al. 2011). *“Last week had a gentleman wish a heart attack on my father ... why would you do that to somebody?”* (Pich et al., 2011).

Hot och andra verbala kränkningar kunde sätta djupa spår som tog lång tid att läka samt påverka arbetstrivseln i en negativ aspekt, vissa sår läkte snabbare än andra (Wong et al., 2017; Pich et al., 2011).

## 7. Diskussion

I denna del kommer vi att diskutera resultaten först och sedan metoden, vi har i denna studie försökt lyfta fram sjukskötarens upplevelse av våld på arbetsplatsen och hur sjuksköterskan påverkas av våldet och konsekvenserna av detta. I bakgrunden valde vi att definiera ordet våld och aggression så att läsaren bättre får en uppfattning om ordens sanna definition samt att läsaren får en inblick i sjukskötarens vardag och en utökad kunskap om ämnet. Under skrivprocessen fick vi lära oss en mängd nya intressanta fakta som vi tidigare inte lagt märke till. Vi anser att syftet och frågeställningen var klara och tydliga i vår studie.

Vi tror att Det fysiska våldet mot sjukvårdspersonal har ökat de senaste åren, detta kan bevitnas i massmedians rubricering, orsak varför det fysiska våldet har ökat är bland annat psykisk ohälsa och att drogernas förekomst och missbruk har ökat. Även fast dessa fyra teman kan ses som skilda kategorier tangerar de alla varandra på ett eller annat sätt eftersom fysiskt våld påverkar den psykiska hälsan och man kan drabbas av en depression, vilket kan leda till att man förlorar sitt arbete vilket i sin tur påverkar de sociala livet och familjen. Fysiskt våld skapar ofta stress, sömnsvårigheter, en rädsla för personalen och deras säkerhet därför är det viktigt med klara linjer hur man skall agera i sådan situation.

Vi valde att göra en kvalitativ studie pga. att vi ville hitta och ta upp den mest relevanta informationen kring våld mot vårdpersonal. Vi kunde även ha avgränsat vår sökning samt använt andra sökord och synonymer för att få ett bredare sökresultat.

Enligt oss har våldet mot sjukvårdspersonal ökat pga. att människorna i dagens samhälle mår sämre och till det finns det många orsaker. Enligt oss har våldet mot sjukvårdspersonal ökat pga. att människorna i dagens samhälle mår sämre och till det finns det många orsaker. Om man hittar mycket material är det bra att göra en litteraturstudie. I vårt fall var det inte så enkelt därför att det var mycket få studier gjorda i Finland, däremot hittade vi en del material från Danmark.

Fördelarna med en kvalitativ studie är att utforska attityder och beteenden djupare eftersom det är mer på en personlig nivå och kan gräva i detalj för att få en bättre förståelse för deras åsikter och handlingar för att generera eller granska en hypotes mer detaljerat. Uppmuntrar till diskussion eftersom det är mer öppet i stället för att strikt följa en fast uppsättning frågor. På detta sätt ger det forskningen ett visst sammanhang snarare än bara siffror. Flexibilitet, där intervjuaren kan undersöka och kan ställa några frågor kring ämnet, de tycker är relevanta eller inte hade tänkt på tidigare under diskussionerna och kan till och med ändra inställningen.

Nackdelarna med en kvalitativ studie är att provstorleken kan vara ett problem om du tar en åsikt från 5 personer av 300 av dina kunder eller prenumeranter som en generalisering. Bias i urvalet, vilket betyder att personerna du väljer att delta i den kvalitativa forskningen alla kan ha en viss åsikt om ämnet snarare än en grupp människor med blandade åsikter, vilket är mer värdefullt, särskilt om de diskuterar med motsatta åsikter under fokusgrupper. Brist på integritet, om du täcker känsliga ämnen kanske personer som deltar inte är bekväma med att dela sina tankar och åsikter om ämnet med andra. Oavsett om du använder en skicklig moderator eller inte. Det är av avgörande betydelse; Moderator är skicklig och erfaren i att hantera gruppens samtal och är tillräckligt kunnig om ämnet för att ställa relevanta frågor som kanske inte har tänkt på.



## 9. Källor

- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*.
- Anderson L, Fitzgerald M, Luck L. En integrativ litteraturöversikt av interventioner för att minska våldet mot akutsjuksköterskor (2003).
- Arbetsmiljöverket Kunskapsöversikt: hot och våld inom vård och omsorg (2011)
- Arbetsmiljöverket. Våld och hot inom vården (2006)
- AFS: Kungörelse med föreskrifter om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön (1993)
- Arnetz J. Våld i vårdarbete (2001)
- Baron, R. A., & Richardson, D. R. (1994). Human aggression.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*.
- Boyle, M.J., Wallis, J. (2016). Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector.
- Bushman, B. J., & Huesmann, L. R. (2010). Aggression. In S. T. Fiske, D. T. Gilbert, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of Social Psychology*.
- Camerino D., Estry-Béhar M., Conway PM., van der Heijden BIJM. & Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study (2008).
- Carlsson G. Det våldsamma mötets fenomenologi: om hot och våld i psykiatrisk vård (2003)
- Chapman R, Styles I. En epidemi av övergrepp och våld: sjuksköterska i frontlinjen. *Accid Emerg Nurs*. (2006).
- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2012). Aggression. In H. Tennen, J. Suls, & I. B. Weiner.
- Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2016). Att göra systematiska litteraturstudier

- Fottrell E. A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals (1980)
- Gallagher, R., Fry, M., Chenoweth, L., Gallagher, P., Stein-Parbury, J., (2014). Emergency department nurses' perceptions and experiences of providing care for older people.
- S G Gerberich, T R Church, P M McGovern, H E Hansen, N M Nachreiner, M S Geisser, A D Ryan, S J Mongin, G D Watt (2004) An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: the Minnesota Nurses' Study
- Geen, R. G. (2001). Human aggression.
- Gunnarsson L. & Lindh N. Hot och våld i prehospitala vårdssituationer vid intoxikation med GHB-preparat (2010)
- Hesketh, T., Wu, D., Mao, L., Ma, N., (2012). Violence against doctors in China.
- Hojat, M., Vergare, M., Isenberg, G., Cohen, M., Spandorfer, J., (2015). Underlying construct of empathy, optimism, and burnout in medical students.
- Holden R.J. Aggression against nurses (1985)
- Huesmann, L. R., & Taylor, L. D. (2006). The role of the mass media in violent behavior.
- Jackson D., Clare J. & Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace – a factor in recruitment and retention (2002)
- Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., Kang, Z., Liang, L., Wu, Q., Hao, Y., (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: a cross-sectional survey.
- Krahé, B. (2013). The social psychology of aggression (2nd ed.). New York, NY: Psychology Press.
- Leary J. & Brown D. Findings for the Claybury study for ward based psychiatric nurses. Stress and coping in mental health nursing (1995)
- Lin, W.Q., Wu, J., Yuan, L.X., Zhang, S.C., Jing, M.J., Zhang, H.S., Luo, J.L., Lei, Y.X., Wang, P.X., (2015). Workplace violence and job performance among community healthcare workers in china: the mediator role of quality of life.
- Love C. & Hunter M. Violence in public sector psychiatric hospitals. Benchmarking nursing staff injuring rates (1996)
- Luck, L., Jackson, D., Usher, K., (2008). Innocent or culpable? Meanings that emergency department nurses ascribe to individual acts of violence.
- Mason T, Chandley M. Managing violence and aggression: a manual for nurses and health care workers (1999).
- Menckel E. Hot och våld i vård och omsorg: fakta, forskning och förebyggande arbete (2000)
- Meckel E. & Viitasara E. Utsatt för våld och hot i vård och omsorg (2000)

- Nau, J., Dassen, T., Halfens, R., Needham, I., (2007). Nursing students' experiences in managing patient aggression.
- Park, M., Cho, S.H., Hong, H.J., (2015). Prevalence and perpetrators of workplace violence by nursing unit and the relationship between violence and the perceived work environment.
- Richter D, Whittington R. Violence in mental health settings: causes, consequences, management (2006)
- Rinnan T. & Sylwan U. Hot och våld i vård och omsorg (2000)
- Rosenberg, Marshall B. Nonviolent Communication; ett språk för livet (2017)
- Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I: M. Henricson (Red.), Vetenskaplig teori och metod
- Ryan JA. & Poster EC. The assaulted nurse: short term and long term responses (1989)
- Rössner Weike V. Nästan slagen - att bemöta aggressivitet i arbetslivet (2015)
- Sandström S, Durewall K. Hot & våld i vård, omsorg och socialt arbete (2007)
- Sandström S. Våld & Hot i människovårdande yrken (1996)
- Spector, P.E., Zhou, Z.E., Che, X.X., (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: a quantitative review.
- Tilly A. Förebygg hot och våld på jobbet (2014).
- Visscher, A., van Meijel, B., Stolker, J., Wiersma, J. & Nijman, H., (2011). Aggressive behaviour of inpatients with acquired brain injury.
- Warren, B., (2011). Workplace violence in hospitals: safe havens no more. J. Healthc. Prot. Manage. Staff's experience of \_\_\_\_\_ and the management of violent incidents in elderly care (2004)
- Weizmann-Henelius, G., (1997). Väkivaltaisen ihmisen kohtaaminen.
- Åström S., Karlsson S., Sandvide A., Bucht G., Eisemann M., Norberg A. & Saveman BI.

## 8. Bilagor

Bilaga 1: Arbetsplatsvåld riktat mot vårdpersonal i åtta olika EU-länder där sample B representerar situationen ett år senare (Camerino et al., 2008)

<b>Land</b>	<b>Sample A (antal)</b>	<b>Procent (%)</b>	<b>Sample B (antal)</b>	<b>Procent (%)</b>
<b>Belgien</b>	4143	12,1%	948	23,3%
<b>Tyskland</b>	3508	10,3%	972	28,0%
<b>Finland</b>	3658	11,3%	762	19,8%
<b>Frankrike</b>	5365	15,7%	2071	39,1%
<b>Italien</b>	5541	16,2%	1059	19,9%
<b>Polen</b>	4354	12,8%	810	19,2%
<b>Slovakien</b>	3361	9,9%	542	17,0%
<b>Nederländerna</b>	3976	11,7%	411	10,4%

**Bilaga 2: Studier som användes i resultatet**

Författare	Titel	Syfte	Metod	Resultat
Zaim Jatic, Hasiba Erkocevic, Natasa Trifunovic, Elvedin T atarevic, Amela Keco, Lutvo Sporisevic och Elvira Hasanovic (2019)	Frequency and forms of workplace violence in primary healthcare	Beskriva förekomsten av våld på arbetsplatserna bland primärvårdspersonalen i Bosnien och Hercegovina och bestämma möjliga demografiska och arbetsrelaterade kopplingar	En tvärsnittsstudie genomfördes mellan mars och maj 2017. Provet bestod av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Utvalda frågor samlades in i ett frågeformulär med 42 frågor uppdelade i 7 ämnesblock. Beskrivande statistik användes för att beskriva provet. Binär logistisk regressionsanalys användes	Totalt 558 av 983 hälso- och sjukvårdspersonal anställda i primärvården var inblandade i denna undersökning. Den totala förekomsten av arbetsplatsvåld var 90,3%, uppdelad i 498 (89,2%) utsatta för verbalt våld och 417 (74,7%) utsatta för fysiskt våld.

		för att testa sambandet mellan förekomsten av våld och oberoende variabler (kön, ålder, arbetslivserfarenhet och kontor).	
--	--	---	--

<p>Ali Sahebi, Katayoun Jahangiri, Sanaz Sohrabizadeh, Mohammad Golitaleb (2019)</p>	<p>Prevalence of Workplace Violence Types against Personnel of Emergency Medical Services in Iran: A Systematic Review Meta-Analysis</p>	<p>Syftet med denna studie var att fastställa förekomsten av våld på arbetsplatsen och dess olika typer bland iransk akuttvårds personal.</p>	<p>Denna studie genomfördes baserat på PRISMA-riktlinjer för systematisk granskning och metaanalys.</p>	<p>Totalt nio studier gick in i metaanalysen. Den totala urvalsstorleken var 1257 och alla var från akutvården, med en medelålder på 32,21 ± 2,01 år. Förekomsten av fysiskt, verbalt och kulturellt våld på arbetsplatsen bland akuttvårds personal var 36,39%.</p>
<p>Muboral Sharipova, Vilhelm Borg, Annie Høgh (2008)</p>	<p>Prevalence, seriousness and reporting of work-related violence in the Danish elderly care</p>	<p>Undersökningen presenterar</p>	<p>En enkätundersökning bland</p>	<p>Resultatet visar att var fjärde vårdgivar</p>



		förekomst, förövare, allvar (allvarliga skador, sjukfrånvaro och typ av våld) av arbetsrelaterat fysiskt våld gentemot vårdpersonal i den svenska äldreomsorgen och i frekvensstudien n attvar rapporter a incidente rna till säkerhetsorganisationen.	personal vid äldreomsorgsinstitutioner i 36 svenska kommuner (n = 9949) genomfördes 2005 med en svarsfrekvens på 78%. Majoriteten av deltagarna i studien var kvinnor (96%).	de utsattes för våld 2005.
Kia-Nowrouzi Behdin, Rachelle I sidro Emily	Antecedent factors in different types of workplace violence against nurses: A systematic review	Syftet med denna systematiska	Systematiska litteraturstudie	Studien identifierade totalt 3309

<p>Chai, Koyo Usuba, Amy Chen 2018</p>		<p>ska studie är att identifiera faktorer i olika typer av våld på arbetsplatsen mot sjuksköterskor och förstå dess inverkan i syfte att främja och säkra arbetsförhållanden inom hälso- och sjukvården.</p>		<p>artiklar innan dubletter avlägsnades. Den genomsnittliga CASP-poängen var 8,14 (<math>\pm</math> 1,29) av en totalpoäng på 10. Faktorer på arbetsplatsen grupperades in i två kategorier av våld på arbetsplatsen: typ II (patient / klient) och typ III (arbetare/ arbetare)</p>
<p>Nutmeg Hallett, Geoffrey Dickens 2016</p>	<p>De-escalation of aggressive behaviour in healthcare settings: Concept analysis</p>	<p>Att klargöra begreppet avskalning</p>	<p>Konceptanalys styrd av Rodgers</p>	<p>Baserat på analysen är den</p>

		<p>ng av evolution våld och hära aggressio n som beskrivs i vårdlitter aturen.</p>	<p>resulteran de teoretiska definition en av avskalin g inom hälso- och sjukvårde n är en samlin gsbeteckn ing för en rad sammanv ävda personall evererade kompone nter som innefattar kommuni kation, självregle ring, bedömnin g, åtgärder och säkerhets underhåll som syftar till att minska</p>
--	--	--	---

				patientens aggressio n.
Angel Johann, Solorzano Martinez (2016)	Managing workplace violence with evidence- based interventions: A literature review	Att komma fram och minimera risken av arbetsplat svåld mo t sjuksköta re.	Systemat isk litteratur studie	Det finns betydand e bevis för våld på arbetsplat ser i kliniska omvårdna dsmiljöer. Våld på arbetsplat sen kan påverka sjuksköte rskornas fysiska och psykiska välbefinn ande avsevärt. Implemen tering av evidensba serade insatser kan hjälpa till att minska incidenter

				na av våld på arbetsplat sen, vilket demonstr erats av Dilma n (2015), Lanza et al. (2009) och Hill et al. (2015).	
Karen-Leigh Karen Ousey, Philip Warelow, Steve Lui (2014)	Edward, Nursing and the workplace: a systematic review	aggression in	Syftet med denna systemati ska granskni ng var att undersök a yrkesång est relaterad till faktisk aggressio n på arbetsplat sen för sjuusköte rskor.	Database r (MEDLI NE, CINAHL och Psyc INFO) användes , vilket resultera de i 1543 titlar och abstrakte r. Efter borttagni ng av dubblatte och icke- relevanta titlar	Fysisk aggressio n visade sig vara vanligast inom mental hälsa, vårdhem och akutmotta gningar medan verbal aggressio n vanligtvis upplevdes av allmänna sjuusköte

			lästes 137 artiklar fullständi gt.	rskor. Sjuksköte rskor som utsatts för verbalt eller fysiskt missbruk upplevde ofta en negativ psykologi sk påverkan efter incidente n.
--	--	--	--	---