

”Känner du dig trygg på din arbetsplats?”

– En empirisk studie om ambulanspersonalens upplevelser av våld och hot

Jessica Småfisk

Malin Söderback

Sara Svahlskulla

Examensarbete för hälsovårdar- och sjukskötarexamen

Utbildningsprogrammet för vård

Vasa 2014



EXAMENSARBETE

Författare: Jessica Småfisk, Sara Svahlskulla, Malin Söderback

Utbildning och ort: Sjukskötare och Hälsovårdare, Vasa

Handledare: Lisen Kullas-Nyman

Titel: "Känner du dig trygg på din arbetsplats?" – En empirisk studie om ambulanspersonalens upplevelser av våld och hot

Datum: december 2014

Sidor: 40

Bilagor: 2

Abstrakt

Detta examensarbete är en kvalitativ studie vars syfte är att beskriva ambulanspersonalens upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer samt upplevelser av trygghet i sitt arbete. Detta undersöks för att få kunskap om situationen gällande arbetsrelaterat våld i ambulanser vid Österbottens Räddningsverk.

Undersökningen genomfördes med semi-strukturerad intervju, vilka analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Valet av deltagare har gjorts genom att välja ut personer som man vet har erfarenhet av ämnet. 12 personer deltog i studien.

Resultaten i studien visar bl.a. att temat våld och hot på något sätt berör alla som arbetar i ambulansen. De flesta av de intervjuade upplever att de oftast är trygga i sitt arbete. Trots detta finns flera faktorer som påverkar deras upplevda trygghet negativt. Man nämner bl.a. bristande kommunikation från nödcentral och polis, brist på skolning och begränsade polisresurser som sådana faktorer. De intervjuade har fått ge förslag på vad de önskar för skolning gällande våldsamma och hotfulla situationer. Bland förslagen nämndes självförsvar, hur man tar sig ur en hotfull situation, hur man bemöter hotfulla personer samt vad man bör vara uppmärksam på för att undvika en sådan situation. De intervjuade nämnde också att debriefing sällan ordnas efter att någon i personalen blivit utsatt för våld eller hot. Något som upplevdes som viktigt för bearbetningen av traumatiska händelser var att få samtala om dem med arbetspartnern och andra kolleger.

Slutsatser som kan dras utifrån denna studie är att våld och hot är vanligt förekommande i ambulanserna vid Österbottens räddningsverk och att det är viktigt för ambulanspersonalen att de känner sig förberedda ifall de skulle råka i en hotfull eller våldsam situation.

Språk: Svenska

Nyckelord: Arbetssäkerhet, våld, hot, första vård

OPINNÄYTETYÖ

Tekijä: Jessica Småfisk, Sara Svahlskulla, Malin Söderback
Koulutus ja paikkakunta: Sairaanhoidaja ja Terveystenhoitaja, Vaasa
Ohjaajat: Lisen Kullas-Nyman

Nimike: "Onko sinulla turvallinen olo työpaikallasi?" - Empiirinen tutkimus
ambulanssihenkilökunnan elämyksistä väkivallasta ja uhkauksista.

Päivämäärä: Joulukuu 2014 Sivumäärä: 40 Liitteet: 2

Tiivistelmä

Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus. Tutkimuksen tarkoitus on kuvailla ambulanssihenkilökunnan kokemuksia väkivaltaisista ja uhkaavista tilanteista sekä turvallisuuden olosta heidän työssään. Teemme tutkimuksen saadaksemme tietoa tämänhetkisestä tilanteesta koskien väkivaltaa ja uhkauksia ambulansseissa Pohjanmaan Pelastuslaitoksessa.

Tutkimus tehtiin seimi-rakenteellisten haastattelujen avulla joita analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Tutkimukseen valittiin osallistujia joilla oli kokemusta aiheesta. Tutkimukseen osallistui 12 ihmistä.

Tutkimuksen tuloksessa näkyy muun muassa että väkivaltaisuus ja uhkailu on aihe joka jollakin tavalla koskee kaikkia ambulanssin työntekijöitä. Enemmistö osallistujista kokee itsensä useimmiten turvallisiksi työssään. Kuitenkin on tekijöitä jotka vaikuttavat turvallisuuden tunteeseen negatiivisesti. Näihin tekijöihin kuuluvat poliisiresurssien puute, hätäkeskuksesta ja poliisilta tulevan kommunikaation puute sekä koulutuksen puute. Osallistujat pyydettiin antamaan esimerkkejä mitä koulutus voisi sisältää. He mainitsivat itsepuolustusta, kuinka uhkaavasta tilanteesta pääsee pois, millä tavalla uhkaavaa ihmistä kohdataan sekä mihin kannattaa kiinnittää huomiota jotta välttyisi sellaisista tilanteista. Osallistujat mainitsivat myös että tukikeskusteluja harvoin järjestetään väkivalta- tai uhkatilanteiden jälkeen. He kuitenkin kokivat että työparin ja muiden kollegojen kanssa keskusteleminen oli hyvin tärkeää traumaattisten tapahtumien käsittelyssä.

Tutkimuksen perusteella tullaan johtopäätökseen että väkivaltaa ja uhkauksia ilmenee ambulansseissa Pohjanmaan Pelastuslaitoksessa ja että henkilökunnalle on tärkeää olla valmistautunut sellaisiin tilanteisiin.

Kieli: Ruotsi

Avainsanat: Työturvallisuus, väkivalta, uhkaus, ensihoito

BACHELOR'S THESIS

Author: Jessica Småfisk, Sara Svahlskulla, Malin Söderback

Education and place: Nurse and Public Health Nurse, Vaasa

Supervisors: Lisen Kullas-Nyman

Title: "Do you feel safe at work?" An empirical study about the ambulance staff's experiences of violence and threats.

Date: December 2014 Number of pages: 40

Appendices: 2

Summary

This bachelor's thesis is a qualitative study. The aim of the study is to describe the experiences of work related violence and safety at work among ambulance staff. The meaning with this examination is to get knowledge about work related violence in ambulances at Österbottens Räddningsverk.

Semi-structured interviews were used in this study and qualitative content analysis was used to analyze the material. We chose participants who we knew had experience about the subject to the study. 12 people participated in the study.

The results of the study show that the work related violence is a subject that somehow affects the whole ambulance staff. Mostly the participants feel safe at work. Despite that there are factors that affect the feeling of safety in a negative way. These factors are lack of police resources, lack of communication with police and the emergency service center and also lack of education. The participants were asked to give examples of what such education could contain. They wanted it to contain self-defense, how to get out of a threatening situation and how to prevent such situations. The participants also bring up that debriefing is not always an alternative after incidents containing violence or threat. Discussing traumatizing incidents with colleagues was experienced as an important tool to handle such incidents.

Conclusions that are made from this study are that work related violence and threats are common in ambulances at Österbottens Räddningsverk and that it is important for the feeling of safety among the ambulance staff to be prepared of such incidents that contain violence and threat.

Language: Swedish

Key words: work safety, violence, threat, emergency care

Innehållsförteckning

1.	Introduktion	1
2.	Syfte och problemformulering.....	2
3.	Bakgrund	3
3.1.	Första vård	3
3.2.	Våld och hot.....	4
3.3.	Riskfaktorer	6
3.4.	Arbetssäkerhet	8
3.4.1.	Skolning.....	9
3.5.	Konsekvenser hos våldsoffer	10
4.	Teoretiska utgångspunkter.....	12
4.1.	Vårdande och icke-vårdande enligt Halldorsdottir	12
4.1.1.	Life destroying mode.....	12
4.1.2.	Life restraining mode.....	13
4.1.3.	Life neutral mode.....	13
4.1.4.	Life sustaining mode	13
4.1.5.	Life giving mode	14
4.2.	Trygghet och otrygghet.....	14
5.	Tidigare forskning	16
5.1.	Våldets och hotens karaktär och effekter på vården	16
5.2.	Konsekvenser för vården efter en våldsam eller hotfull händelse	18
5.3.	Vårdarnas sätt att hantera och förutse våldsamma och hotfulla situationer	18
5.4.	Sammanfattning	21
6.	Metodbeskrivning.....	21
6.1.	Urval	22
6.2.	Datainsamling	23
6.3.	Dataanalys.....	23

6.4.	Etisk diskussion	24
6.4.1.	Principen om forskningspersonernas självbestämmanderätt.....	25
6.4.2.	Principen om undvikande av skador.....	25
6.4.3.	Principen om personlig integritet och dataskydd	25
6.4.4.	Etisk prövning	26
7.	Resultatredovisning	26
7.1.	Upplevelser av arbetssäkerheten.....	27
7.2.	Kommunikation	29
7.3.	Upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer	30
7.4.	Skolning	31
8.	Tolkning av resultatet	32
8.1.	Upplevelser av arbetssäkerhet och kommunikation	32
8.2.	Upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer	34
8.3.	Skolning	35
9.	Kritisk granskning	36
9.1.	Kvaliteter hos framställningen i sin helhet	36
9.2.	Kvaliteter hos resultatet	38
9.3.	Validitetskriterier	38
10.	Diskussion	39

Källförteckning

Bilagor

1. Introduktion

Arbetssäkerhet är ett brett begrepp som omfattar allt i från användningen av smittskydd till knivsäkra skyddsvästar. Vi har därför valt att sätta tyngdpunkt vid området våld och hot inom första vården. Det är ett ständigt ökande problem och en aktuell fråga som berör all vårdpersonal. Exempelvis i april 2013 knivhögs en första vårdare i Nystad och fick allvarliga skador när en patient gick till attack. I samma artikel beskrivs flera andra fall av våld mot första vårdare under årets gång. (Turvallisuus uutiset 2013). I en artikel gjord av finska Yle kan vi läsa om att våldsamma och hotfulla situationer har ökat under de senaste åren i Österbotten. I artikeln beskrivs att missbruk av droger och alkohol, psykisk sjukdom och demens sjukdomar ofta är orsaken till varför människor blir hotfulla eller våldsamma. (Yle 2012)

I Finland kan nära ögat situationer anmälas i HaiPro-systemet, detta för att man skall kunna förbättra både patient- och arbetssäkerheten (HaiPro, 2013). Studier visar att sjukskötare på akutmottagningar, ambulans och andra arbetsplatser tenderar att inte rapportera fall av våld och hot som de blivit utsatta för på grund av att de tror att det är en oundviklig del av arbetet. Detta i sin tur leder till att det är svårt att få en realistisk uppfattning av omfattningen av just våld och hot på arbetsplatser. (Taylor & Rew 2010, s. 1082; Suserud, Blomqvist & Johansson, 2002, s. 132; Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling, 1993:2; Arnetz 2001, s. 15). Vid Österbottens räddningsverk använder man sig av ett flertal olika blanketter för att rapportera och uppfölja våld och hot som skett i arbetet. Bl.a. en gemensam blankett för alla Finlands räddningsverk som består av alternativ att kryssa i samt möjlighet att själv beskriva vad som hänt. I blanketten kan man också anmäla situationens karaktär exempelvis som man blivit utsatt för känslomässigt och verbalt våld eller olika grader av fysiskt våld.

Hälso- och sjukvårdsarbete räknas till högrisk yrken när man pratar om arbetsrelaterat våld (Arbetshälsoinstitutet 2010; Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling 1993:2). Faktorer som höjer risken för att bli utsatt våld i arbetet är bl.a. vårdservice, lagring av mediciner, arbete med få medarbetare, arbete sent på natten eller tidigt på morgonen, arbete i områden med få andra affärsverksamheter eller bostäder samt arbete i områden med hög brottsfrekvens. (Arbetshälsoinstitutet 2010). Flera av de nämnda faktorerna återfinns inom det pre-hospitala yrket. Men trots att det uppenbarligen innebär en stor risk för våld och hot

inom första vården finns det inte mycket litteratur och forskning gjord specifikt för denna yrkesgrupp, än mindre litteratur och forskning skriven i Norden. Dessa faktorer gör ämnet för examensarbetet desto viktigare att studera vidare inom. Stor del av den litteratur som finns är skriven utgående ifrån akutmottagningar och inom psykiatri, medan det på flera ställen står skrivet att personal inom första vården hör till den största riskgruppen för att bli utsatta för våld och hot i sitt arbete.

Den här studien är ett beställnings arbete av Österbottens Räddningsverk inom området för första vård service. I studien har vi valt att koncentrera oss på Första vårdare med YH examen och sjukskötare med vårdnivå-tilläggsutbildning. Vi har den stora förmånen att vara tre studerande som är intresserade av tre olika ämnesområden inom social- och hälsovård. Trion består av en sjukskötarstuderande med stort intresse för första vården som även har en kort arbetserfarenhet av det pre-hospitala arbetsfältet. Till gruppen hör också en sjukskötarstuderande som intresserar sig för psykiatri, då främst drog- och alkohol missbruksområdet samt en hälsovårdar studerande med brinnande intresse för företags hälsovård. Redan i det här skedet planeras att hälsovårdar studeranden ska skriva ett utvecklings arbete utifrån den här studien. Idén för utvecklings arbetet är att kartlägga förebyggande åtgärder för att förbättra och utveckla arbetssäkerheten inom första vården vid Österbottens Räddningsverk.

2. Syfte och problemformulering

Syftet med denna studie är att beskriva ambulanspersonalens upplevelser av arbetssäkerheten med tanke på våld och hot i arbetsmiljön. Vi vill undersöka detta eftersom både fysiskt och psykiskt våld idag är en stor del av samhället och ambulanssjukvårdarna löper en stor risk för att utsättas för både våld och hot när de jobbar i denna miljö. Vi vill få kunskap om hur hotfulla och våldsamma situationer upplevs för att kunna förebygga farliga situationer och trygga en säker arbetsmiljö.

Frågeställningarna är följande:

1. Hur upplevs arbetssäkerheten i ambulansen?
2. Hur upplever ambulanssjukvårdarna farliga situationer?

3. Bakgrund

För att förståelsen av studien ska vara riktig har vi valt att beskriva närmare centrala begrepp som används i studien. Vi definierar vad första vård i Finland innebär, beskriver begreppen våld och hot i vård kontext samt vilka riskfaktorer det finns både hos andra människor och hos första vård personal. Vi beskriver närmare vad den finländska lagstiftningen säger om arbetssäkerheten och vilka möjliga konsekvenser som våld och hot kan leda till för första vård personal.

3.1. Första vård

Synonymer: ambulanssjukvård, pre-hospital akutsjukvård, pre-hospitalt omhändertagande

Första vård är pre-hospital vård av den akut insjuknade patienten dvs. vård utanför sjukhuset. Det omfattar ambulanstransport samt patientförflyttning mellan olika vårdinrättningar om patientens tillstånd kräver kontinuerlig övervakning och vård. (Finlex 340/2011 §1). Tidigare ställdes inte lika höga krav på personalens kompetens, men med utvecklingen av sjukvården har också kompetenskraven höjts inom det pre-hospitala området. Det har alltså konstaterats att första vården utgör en viktig första länk i vårdkedjan och går i riktning mot en mer och mer avancerad akutsjukvård utanför sjukhusets väggar. (Suserud 2005, s. 269).

Finlands ambulanser har två olika servicenivåer, dessa är basnivå och vårdnivå. I en ambulans på vårdnivå måste det finnas minst en person som avlagt examen för första vårdare på yrkeshögskolenivå eller en legitimerad sjukskötare som har tilläggsutbildning inriktad på prehospital akutsjukvård på vårdnivå som omfattar minst 30 studiepoäng i samarbete med en yrkeshögskola. Samt minst en person som är yrkesutbildad inom hälso- och sjukvården eller har avlagt räddningsmannaexamen eller motsvarande tidigare utbildning. (Finlex 340/2011 §8). Legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso-och sjukvården är bl.a. sjukskötare, barnmorskor, hälsovårdare (Finlex 564/1994 §4). Yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning är bl.a. närvårdare samt primärskötare, medikalvaktmästare - ambulansförare trots att dessa utbildningar inte längre finns (Finlex 564/1994 §1). På basnivå kan sjukskötare utan tilläggsutbildning, närvårdare med inriktning på prehospital akutvård samt närvårdare utan inriktning på prehospital akutvård, medikalvaktmästare eller personer med dylika utbildningar arbeta.

3.2. Våld och hot

Vad som räknas till våld och hot är, enligt Arbetarskyddsstyrelsen (1993:2), alltifrån mord till trakasserier. Det är alltså ett väldigt brett begrepp. Man antar att antalet fall av våld och hot är mycket fler än vad som anmäls (Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling, 1993:2; Arnetz, J., 2001, s. 15). Arbetshälsoinstitutet (2010) definierar våld och hot som gärningar allt från verbala hot till fysiskt våld.

Våld och hot mot sjukvårdspersonal har ökat under den senaste tiden. De som enligt NEXT studien har störst risk för att bli utsatta för våld och hot är bl.a. akutvårds personal, manliga sjukskötare, unga sjukskötare och lägre utbildade inom vården. Andra faktorer som höjer risken för att utsättas för våld och hot är också kvaliteten av arbetsgemenskapen, rapporteringen vid skiftbyte och om arbetsbördan är fysiskt tung. Vanligast är det att patienten själv eller anhöriga blir våldsamma eller hotfulla mot personalen. (Estryn-Behar, Van der Heijden, Camerion, Fry, Le Nezet, Conway & Hassleborn 2008, s.107-113). I den vetenskapliga artikeln *Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care*, som är baserad på ambulanspersonal i Sverige, beskrivs dock att kön, arbetserfarenhet eller grad av utbildning inte skulle ha någon betydelse för risken att bli utsatt för våld eller hot i arbetet. Oftast är det patienten själv som utsätter personalen för våld eller hot, mer sällan är det anhöriga eller andra personer. (Petzäll, Tällberg, Lundin & Suserud 2010, s. 7).

I artikeln framkommer också att 66 % av tillfrågad ambulanspersonal har någon gång eller upprepade gånger upplevt hot i sitt arbete. Vanligast är det med hot om våld. Hot med någon form av vapen hade 27 % av de tillfrågade varit med om, men i artikeln framkommer också att respondenterna aldrig varit med om att ett vapen avfyrats eller att någon i personalen blivit knivhuggen. Det är sällan de som hotar faktiskt har för avsikt att skada. 42 % av de tillfrågade hade någon gång utsatts för direkt fysiskt våld, då i form av knuffar och slag eller att patienten greppat tag om ambulanssjukvårdaren, däribland nämndes strypgrepp. (Petzäll m.fl. 2010, s. 8-9). Även andra studier stöder påståendet om att hot om våld är vanligast förekommande. Den form av våld som tycks förekomma mest är verbalt våld i form av svordomar, verbala aggressioner, trakasserier, men också fysiskt våld (Pich m.fl. 2010; Estryn-Behar m.fl. 2008).

Våldsamma situationer som uppstår föregås nästan alltid av någon form av konflikt. Det vill säga att man på något sätt kommunicerat före den våldsamma situationen uppstått. Det kan också vara så att en gärningsman varit eller är i konflikt med någon annan, men för att få utlopp för sina aggressioner ger denne sig på en oskyldig individ. (Sandström 2007, s.

44). Vanligaste orsaken till att patienter i första vården blir aggressiva beskrivs vara påverkan av alkohol eller av droger, att det tagit lång tid för ambulansen att komma, upplevelse av att patientens illamående och symtom ignoreras av ambulanspersonalen eller att patienten har någon form av psykisk sjukdom. (Petzäll m.fl. 2010, s. 9).

Orsaken till att människor tar till våld är olika. Det kan vara viktigt att förstå orsaken till aggressivt beteende för att man på rätt sätt ska kunna avvärja våld och hot. Exempelvis kan rädsla vara en orsak till aggressivitet och tuffhet. Ett paranoiskt konfliktmönster. Sandström (2007) skriver också att det finns en psykologisk lag som säger att desto tuffare, desto räddare. De mest våldsbenägna kan också vara kroniskt tuffa och detta beteende bottnar ofta i traumatiska minnen av fysiskt våld och utsatthet. Förtryck är en annan form av våld som oftast är orsakad av en reaktion på vanmakt. Detta är ett sadistiskt konfliktmönster som man så gott som alltid finner i mäns våld mot kvinnor som har sin grund i att mannen biologiskt sett är starkare. Aggression kan också vara ett sätt för att få som man vill. (Sandström 2007, s. 49-64). Våldssituationer kan uppstå också pga. att patienten känner sig kränkt. Kränkningar mot en själv som människa sägs vara svårast att hantera och kan ibland utlösa våld. Ett vanligt sätt att kränka någon är exempelvis genom att tilltala någon som "lille vän" eller "lilla gumman" eller också att möta patienten med ett nollställt ansikte som ger denne upplevelsen av att inte betyda någonting för vårdaren. Om man dessutom nonchalerar och är arrogant gör man upplevelsen av kränkningen total. För att skydda sig mot vidare förnedring och kränkning kan patienten börja uppträda stöddigt och slutar visa känslor för att slippa att bli trampad på. (Sandström 2007, s. 57-57; Suserud & Svensson 2009, s. 50-51).

Det går att skilja mellan psykiskt våld och fysiskt våld. Psykiskt våld innebär hot som är ett resultat av en konflikt. Hot kan uppfattas olika av olika personer, det är alltså upp till personen som hotas att bedöma om denne upplever att hon eller han utsatts för hot. (Sandström 2007, s 66). För att man i Finland ska kunna dömas till olaga hot säger lagen följande:

"Den som lyfter vapen mot någon eller på något annat sätt hotar någon med brott under sådana omständigheter att den hotade har grundad anledning att frukta för att hans egen eller någon annans personliga säkerhet eller egendom är i allvarlig fara skall, om strängare straff för gärningen inte stadgas på något annat ställe i lag, för olaga hot dömas till böter eller fängelse i högst två år." (Finlex 1995/578).

Att hota någon till livet eller att hota att förstöra någons egendom betecknas alltså som brott mot friheten i Finland. (Finlex 1995/578, kap 25 §7). När man blir offer för hot kan man känna sig akut utsatt, uppleva en känsla av att inte kunna skydda sin egendom, sig själv eller sina barn. Människor kan också hota andra för att få som man vill. Exempelvis kan anställda vid en akutmottagning bli offer för missbrukare som vill åt mediciner, kanyler eller sprutor. (Sandström 2007, s. 63-66).

3.3. Riskfaktorer

Det pre-hospitala arbetet i sig utsätter personalen för risker. Enligt en europeisk rapport, gjord av Malgorzata (2010), ökar risken för att utsättas för våld och hot i arbeten där man ger vård, i arbete med mental sjukdom, arbete med berusade och potentiellt våldsamma personer, arbete på en mobil arbetsplats, arbete med få medarbetare/ensam arbete, nattarbete eller tidiga morgnar. Att behöva neka personer deras begäran, att behöva göra invändningar i andra människors åsikter och även att jobba i områden med hög kriminalitet har konstaterats vara faktorer som ökar risken för att utsättas för våld i arbetet. (Estry-Behar m.fl. 2008).

De som är mest benägna att ta till våld är kriminella eller missbrukande män. Orsaken till detta kan till viss del tillskrivas det manliga könshormonet testosteron samt att män har ca 40 % mer muskelmassa än kvinnor, samt den traditionella synen på den manliga könsrollen. Den sistnämnda orsaken håller dock på att lösas upp vilket har gjort att kvinnovåld i sin tur blivit mer framträdande. Anabola steroider som är syntetiskt testosteron används för att öka muskelmassan och förbättra idrottsprestationer, men som ofta missbrukas av kriminella och våldsbenägna människor. Steroiderna gör att människor blir bl.a. mer känslomässigt instabila, fientliga och ökar irritabiliteten. (Sandström 2007, s. 10-14, 24).

De flesta allvarliga våldsbrotten begås av människor som lider av en personlighetsstörning såsom paranoid personlighetsstörning, borderline-personlighetsstörning, psykopati och beteendestörningar hos ungdomar. Psykotiska personer har bara en 5-10 % högre risk att bli våldsbenägna än friska människor. Men risken ökar om en psykotisk person plötsligt avslutar sin medicinering. Psykotiska personer kan också få paranoidea skov vilket gör att de känner sig förföljda och utsatta. Exempel på psykotisk diagnos är schizofreni. Dessa personer har svårt för att förstå symboliska ordalag och ironi eftersom de kan tolka detta

ordagrant. Personer som lider av ADHD har ofta svårigheter att kontrollera sin impulsivitet. Det blir svårt för dessa personer att tänka först och handla efteråt, vilket ofta leder till utåtagerande våld. (Sandström 2007, s. 15-20).

Demens sjukdomar, ex Alzheimers som är den vanligaste, drabbar främst äldre men så unga som 30-åringar kan även drabbas. Anledningen till att personer med minnessjukdom tar till våld är pga. att närminnet försämras. Exempelvis kan en dement person glömma bort att hon eller han bor på ålderdomshem och i värsta fall tro att hon eller han blivit bortförd mot sin vilja och kan därför ta till våld. (Sandström 2007, s. 36-37).

Droger, alkohol och mediciner, dvs. livsstilsfaktorer, är en annan faktor som ökar risken för att en människa ska bli våldsbenägen. Alkohol anses vara den mest våldsframkallande drogen, det är också det vanligaste rusmedlet. På akutmottagningar är alkohol ofta ett stort problem. Det är viktigt att anställda på akutmottagningar regelbundet går igenom rutinerna vid våldssituationer, har möjlighet att tillkalla hjälp och får regelbunden utbildning i hur man skyddar sig själv. (Sandström 2007, s. 21-22). Enligt Petzäll m.fl. (2010, s.11) uppger över hälften av den ambulanspersonal som deltagit i studien att alkohol eller droger är den vanligaste bidragande orsaken till att patienter, anhöriga eller andra personer blir våldsamma eller hotfulla. Likaså framkommer det i en systematisk review artikel att intoxikerade eller mentalt sjuka är mer våldsbenägna än andra (Taylor & Rew 2010, s. 1079).

Anledningen till att narkotika missbrukare tar till våld är bl.a. att hanteringen av drogerna i sig är våldsamt, men det är också ett sätt finansiera missbruket. För att kunna betala för drogerna halkar brukarna ofta in på en kriminell bana eller prostituerar sig. Narkotika missbrukare lider inte heller sällan av personlighetsstörningar. Narkotikaruset i sig är inte alltid våldsgenererande, det är oftast under avtändningsfasen som de paranoida, psykiska processerna sätter igång och det är då risken för våldsbenägenhet blir som störst. Under själva ruset kan faktiskt narkotikamissbrukaren bli mindre våldsbenägen. Dock har man kunnat påvisa att överdoser av kokain gör människor mer våldsamma. (Sandström 2007, s. 23).

Benzodiazepiner, hör till gruppen narkotikaklassade läkemedel, som kan framkalla våldsamt beteende. Rohypnol är kanske den mest kända av de narkotikaklassade läkemedelen som används i samband med kriminalitet. Rohypnol tar bort känslan av empati och rädsla. Man kallar ibland drogen för torpeddrog, eftersom det underlättar för personer som i utbyte mot betalning misshandlar eller mördar andra människor. Också

andra benzodiazepiner har konstaterats kunna framkalla våldsamt beteende. Särskilt i kombination med alkohol. (Sandström 2007, s. 25-26).

3.4. Arbetssäkerhet

Arbetssäkerheten ansvarar både arbetsgivare och arbetstagare för. Enligt arbetarskyddslagen (2002/738) har arbetsgivaren bl.a. skyldighet att utarbeta en verksamhetsplan för att trygga arbetssäkerheten samt också utreda och bedöma riskerna med arbetet. Arbetstagaren ska ha tillgång till ändamålsenlig och personlig skyddsutrustning om olycksfall eller sjukdom inte kan uteslutas genom åtgärder som omfattar arbetsförhållandena eller arbetet i sig. Om arbetet medför risk för våld ska arbetet och arbetsförhållandena i mån av möjlighet ordnas så att risken för våld och hotfulla situationer går att undvika. Det måste finnas möjlighet att tillkalla hjälp samt på arbetsplatsen ska finnas sådana skyddsanordningar så att arbetstagaren kan förhindra eller begränsa våld. Det är också önskvärt att det finns färdiga rutiner för hur man ska hantera hotfulla situationer samt hur man ska handla när en sådan situation uppstår. Arbetsgivaren är också skyldig att erbjuda undervisning och handledning till arbetstagarna. (Finlex 2002/738).

För att trygga arbetssäkerheten har också arbetstagaren ett stort ansvar. Arbetstagaren måste iaktta de direktiv som arbetsgivaren meddelar och även iaktta den ordning och försiktighet som arbetet kräver för att upprätthålla säkerheten. Som arbetstagare är man också skyldig att utan dröjsmål anmäla fel och brister till arbetsgivaren. Arbetstagaren är också skyldig att omsorgsfullt använda och sköta sin skyddsutrustning. Som arbetstagare har man alltid rätt att vägra utföra arbete om arbetet medför allvarlig fara mot arbetstagaren eller annans liv eller hälsa. (Finlex 2002/738).

Enligt den finska mentalvårdslagen (1116/1990 §31) har första vårdare rätt att begära handräckning av polis under uppdrag där en person transporteras till hälsovårds central för undersökning, om personen är våldsam eller av någon annan orsak behöver ledsagare under transporten. I anvisningarna från social-och hälsovårdsministeriet, SHM (2011, s. 23) gällande servicenivå för den pre-hospitala akutsjukvården framkommer även att polismyndigheter kan begära en höjd beredskap av första vården vid situationer som är speciellt krävande för polisen exempelvis belägring, gisslan tagande och bombhot. Om

handräckningsuppdraget orsakar avvikande risk från den normala arbetssäkerheten eller kräver speciell utbildning får inte personal från första vårdnaden förordas dit.

Vid Österbottens Räddningsverk finns i varje ambulans två stycken skyddsvästar som enligt direktiv skall användas vid följande uttryckningskoder: 031 skottlossning, 032 knivhuggning, 033 spark/slag, 785 mental störning samt vid uppdrag gällande personer som från tidigare är kända som farliga. Skyddsvästarna skall också användas vid uppenbar risk för våld och när man personligen upplever det nödvändigt för att trygga arbetssäkerheten. Vid uppdragskoderna 031 och 032 måste man alltid veta att polis finns på platsen före man går fram till patienten. Studerande bör inte delta under dessa typer av larm, dels för att det inte finns tillräckligt med skyddsvästar. (Smedlund 2013).

3.4.1. Skolning

Arbetsgivaren är, som tidigare skrivits, skyldig att hålla fortbildningar och undervisning åt sin personal angående våld och hot i arbetet. På grund av bristen på litteratur angående skolning om våld och hotfulla situationer för sjukskötare på ambulans har vi valt att utöka vår litterära sökning till skolning angående hantering av våld och hotfulla situationer i allmänhet inom vården.

I en rapport gjord av Arbetsmiljöverket i Sverige dras slutsatsen att det finns ett behov av skolning i området. Det finns brister i personalens kunskaper angående hur man ska göra för att förebygga att våldsamma och hotfulla situationer uppstår. Där påpekas också vikten av att nyanställda, studerande och vikarier får utbildning eftersom de tillhör den grupp som är mest utsatta för våld och hot i vårdarbete. Personlig handledning är också viktigt att komma ihåg efter en våldsam eller hotfull händelse, eftersom dessa händelser oftast diskuteras som informella samtal mellan kollegor. Handledning kan hållas av avdelningsskötare eller psykolog, och man kan exempelvis själv reflektera över sitt agerande vid en potentiellt farlig situation. (Hallberg, 2011 s.35-39)

Å andra sidan menar Hills (2008 s. 28) att sambandet mellan att ha genomgått skolning i hur man hanterar våldsamma situationer och förekomsten av våld i arbetet inte har något eller bara ett väldigt svagt samband med varandra. Studien var gjord i Australien på ett allmänt sjukhus. Istället menar Hills (2008 s. 28) att en kombination av tillräcklighet och effektivitet i organisationen tillsammans med att personalen får utbildning skulle vara det effektivaste sättet att minska och hantera våldsamma personer i vården.

3.5. Konsekvenser hos våldsoffer

Första vårdare är också sjukskötare, inte minst människor, och torde inte vara mer annorlunda än andra människor som arbetar inom sjukvården. Därför har vi valt att se över hur sjukskötare i allmänhet mår efter att ha blivit utsatta för våld och hot. Valet är också medvetet eftersom det finns ett begränsat utbud av litteratur gällande konsekvenser och reaktioner för första vårdare som blivit utsatta för våld och hot.

Hurudana konsekvenser som våld och hot ger upphov till är förstås mycket individuella och är beroende av hur allvarlig situationen varit. Det finns stora individuella skillnader i hur man hanterar våldsamma eller hotfulla händelser. Vissa personer hamnar i chocktillstånd direkt medan andra kan få en sådan reaktion efter timmar, dygn eller t.o.m. år. Det viktiga är att man får stöd och hjälp efter en våldsam eller hotfull situation för att bearbeta traumat. (Leijon & Svensson 2008, s. 3; Eriksson 2013).

Fysiska skador är enkla att koppla till våld, medan de psykiska reaktionerna kan vara mer diffusa. De vanligaste fysiska skador som sjukskötare fått av våld på arbetsplatsen beskrivs vara bl.a. blåmärken, ont i ryggen, frakturer, smärtor, mindre blödningar och svullnader. Detta till följd av knuffar, slag, sparkar eller andra former av våld. (Chapman, Perry, Styles & Combs 2009a, s. 1258; Petzäll m.fl. 2010, s. 9). Men man kan reagera på många olika sätt och alla reaktioner är normala och individuella. Man kan reagera fysiskt genom att uppleva sömnproblem, få problem med magen, uppleva yrsel och huvudvärk mm. Också känslomässiga reaktioner är vanliga. Dessa kan vara bl.a. känsla av skam, skuld, ångest, ilska, förlust av kontroll, hjälplöshet och rädsla. Relationer till andra kan förändras som reaktion på en svår händelse, exempelvis kan man förlora tilliten till andra människor, eller känna främlingskap gentemot arbetskamrater, familj och vänner. Intellectuella reaktioner kan upplevas genom minnesproblem, förvirring, koncentrationssvårigheter eller att händelsen spelas upp i ens huvud som en så kallad flash back. Även beteendet kan förändras, man kan i värsta fall få problem med droger, börja isolera sig eller bli oförmögen att utföra saker man tidigare kunnat. (Eriksson 2013).

Det är inte ovanligt att sjukvårdspersonal upplever ångest efter att ha blivit utsatt för en våldsam händelse. En amerikansk studie visar också att upp till 17 % av de som deltog i studien visar symptom på post traumatiskt stress syndrom, PTSD. PTSD ger symptom som svårigheter att tänka klart, distraherande känslor, att man drar sig för att träffa patienter, frånvaro och förändringar i arbetet. Studien visar också att sjukskötare med PTSD har svårare för att kunna ge stöd samt att kunna kommunicera med patienter och anhöriga. Det

framkom också att sjukskötarna upplevde svårigheter med att hålla kognitivt och känslomässigt fokus efter ett våldsam möte. Detta ledde till att sjukskötarna kunde reagera genom att snabbt bli arga, irriterade eller ångestfulla, vilket i sin tur påverkade vården till patienterna. (Gates, Gillespie & Succop 2011, s. 63). Andra symtom på PTSD är att man blir alltför rädd i hotfulla situationer eller tvärtom, att man blir för våghalsad. Båda dessa reaktioner visar tecken på ett obearbetat trauma. Normalt sätt ska människan bli tillräckligt rädd för att kunna känna igen när en hotfull situation uppstår. Onormalt beteende, och tecken på PTSD, är att man blir handlingsförlamad och inte agerar rationellt, eller att våghalsade går in i en våldsam situation och utsätter sig själva för stora risker. (Sandström 2007, s. 100-101).

För den våldsamme patientens del betyder det att han riskerar att inte få samma goda vård som andra patienter. Sjukskötare som blivit utsatta för våld tenderar att känna motvilja att vårda och undviker våldsamma patienter samt patienter som från tidigare är kända för att vara våldsamma. För övriga patienter kan det leda till avbrott i vården då våldsamma patienter tar upp så mycket tid av personalen. (Chapman m.fl. 2009a, s. 1258). Även ambulanspersonal i Sverige beskriver att relationen mellan patient och vårdare förändras vid möten med våldsamma eller hotfulla personer. Ökad försiktighet och misstänksamhet gentemot patienten beskrivs vara största förändringen. Man börjar också dra sig för att göra de undersökningar man kanske normalt skulle göra och man försöker hålla en viss distans till patienten. (Suserud m.fl. 2002, s. 131).

I en studie gjord med svensk ambulanspersonal framkommer att hot om våld är mycket vanligt, 91 % av de tillfrågade har någon gång blivit hotade om våld. Detta upplevdes av majoriteten som obehagligt eller mycket obehagligt. En fjärdedel av de tillfrågade har blivit mordhotade. Drygt hälften av dessa upplevde detta som mycket obehagligt. (Petzäll, m.fl. 2010, s. 8). Det anses även vara lättare att acceptera hot om personen som hotar är en dement äldre person medan det är mer obehagligt om det är en ung narkotikapåverkad person som blir hotfull (Suserud, Blomqvist & Johansson 2002, s. 130-131). För organisationen i sig kan våld och hot leda till att drabbade människor inte kan arbeta enligt bästa förmåga. Det kan också leda till ökad sjukfrånvaro, sämre arbetsmotivation i arbetsgruppen, svårare att rekrytera ny personal osv. (Leijon & Svensson 2008, s. 3).

4. Teoretiska utgångspunkter

De teoretiska utgångspunkterna i denna studie är Halldorsdottirs teori om vårdande och icke-vårdande som handlar om att bemöta en annan människa samt Segerstens begrepp trygghet och otrygghet. Dessa faktorer har stor betydelse för både vårdare och patienter i en hotfull situation och det är viktigt att vårdare vet hur man skall bemöta en hotfull patient för att beteendet inte skall förvärras.

4.1. Vårdande och icke-vårdande enligt Halldorsdottir

Enligt Halldorsdottir finns det fem grundläggande sätt att bemöta en annan människa. Dessa är life-destroying (biocidic) mode, life-restraining (biostatic) mode, life-neutral (biopassive) mode, life-sustaining (bioactive) mode och life-giving (biogenic) mode. Dessa fem sätt utgör alltså den vårdande och den icke-vårdande dimensionen då det gäller att bemöta en annan människa. (Gaut & Leininger 1991,s. 39).

4.1.1. Life destroying mode

Life-destroying (biocidic) mode är det mest omänskliga sättet att bemöta en annan människa och representeras genom våld i alla dess former exempelvis genom att såra, skada eller fördärva en annan människa. Det här bemötande sättet opersonifierar, förstör livsglädje och ökar sårbarheten hos den andra människan. Detta sätt kan användas som ett maktmedel för att sätta någon i beroende ställning, genom dominans och tillintetgörande av den andra personen. Ett sådant bemötande av en annan människa leder ofta till att den nedtryckta personens beteende förvärras. (Gaut & Leininger 1991,s. 39). Exempelvis en hotfull person blir aggressivare. Detta bemötande överför negativ energi och mörker till den andra. Enligt Roach (1984) finns det ingen gräns för hur destruktiv och brutal en människa kan vara. (Gaut & Leininger 1991,s. 39).

Att bli utsatt för detta bemötande från en person i maktställning kan man som patient utveckla känslor av maktlöshet, känsla av förlust, känsla av att bli förråd av någon man litat på. Människor som utsätts för ett biocidic bemötande beskriver ofta känslor av identitets förlust och främlingskap. (Gaut & Leininger 1991,s. 40).

4.1.2. Life restraining mode

Life-restraining (biostatic) mode är ett bemötande sätt där vårdaren är likgiltig och okänslig gentemot patienten. Det skapar förtvivlan och oro. Patienten upplever att vårdaren inte bryr sig och ignorerar patientens självbestämmande rätt. Vårdaren kan ha ett ovänligt beteende, verka dömande, skuldsättande och arg gentemot patienten. Vårdaren behandlar patienten som en börda och ger intrycket av att livet skulle vara lättare utan patienten. Patienten undviker att be om hjälp eftersom patienten upplever att han stör vårdaren när han ber om hjälp. (Gaut & Leininger 1991,s. 41-42).

4.1.3. Life neutral mode

Life-neutral (biopassive) mode är ett bemötande sätt där vårdaren inte påverkar patienten varken positivt eller negativt. I detta sätt att bemöta upplevs brist på respons och intresse för patienten. Här är vårdaren inte destruktiv eller negativ, utan istället saknas känslomässig kontakt. Det skapas ingen personlig kontakt mellan vårdare och patient och därför kan patienten känna sig ensam. Detta beteende från vårdaren påverkar inte direkt patientens person negativt, men inte heller positivt. Många upplever detta apatiska beteende från vårdaren som icke-vårdande. (Gaut & Leininger 1991,s. 42)

Man beskriver en vårdare med ett life-neutral bemötande sätt som en apatisk vårdare som inte kan bedöma patientens specifika behov. Denna vårdare går enligt rutin och sköter sina arbetsuppgifter men ser inte individen som vårdas. Ofta beskrivs vårdaren som okänslig, trött, missnöjd med sitt jobb eller saknar någon viktig egenskap för vårdaryrket, som t.ex. vänlig röst. Avsaknaden av relation mellan patient och vårdare kan bero på vårdarens ovilja eller oförmåga att skapa en kontakt. (Gaut & Leininger 1991,s. 43)

4.1.4. Life sustaining mode

Life-sustaining (bioactive) mode är ett bemötande sätt som innebär godhet, omtanke, vänlighet och ett godhjärtat beteende. Det handlar om att hålla löften och respektera den andra människan., lindra lidande och skydda livet. Att trösta och stötta är viktigt i detta bemötande sätt. Vårdaren uppmuntrar patienten och stärker redan existerande energi hos patienten. Life-sustaining bemötande innebär att vårdaren är skicklig och har kunskap, är engagerad i att ge personlig vård, samt respekterar patientens integritet och värdighet. (Gaut & Leininger 1991, 43-44)

Enligt Halldorsdottir (1990) innebär professionellt vårdande medkänsla, kompetens och omsorg för patienten, full uppmärksamhet till patienten och glatt humör. (Gaut & Leininger 1991, 43-44). Patienter som upplevt denna typ av bemötande känner förtroende för sin vårdare vilket underlättar uppbyggandet av en god relation mellan patient och vårdare. Detta utgör grunden för öppenhet och positiv energi. (Gaut & Leininger 1991,s. 44)

4.1.5. Life giving mode

Life-giving (biogenic) mode är bemötandesättet som beskrivs som det mest mänskliga sättet att möta en annan människa och handlar om kärlek, generositet, barmhärtighet och medkänsla. Relationen mellan patient och vårdare karaktäriseras av öppenhet och mottaglighet samt respekt och medkänsla. Detta bemötande sätt betonar välbefinnande och mänsklig värdighet. (Gaut & Leininger 1991,s. 44).

Vårdande och gott bemötande ökar patientens välbefinnande och tillfrisknandet sker snabbare. Patienten upplever sig vara en accepterad person i vården. Vårdandet och det goda bemötandet skapar positiv energi, styrka, tillit, glädje, hopp, lugn och inspiration. (Gaut & Leininger 1991,s. 46).

4.2. Trygghet och otrygghet

Trygghet kan upplevas och kännas på olika sätt av olika individer. Känslor som kopplas ihop med trygghet kan enligt Segersten vara känsla av inre välbefinnande, känsla av tilltro till det egna jaget, känsla av tilltro till den allmänna tillvaron, samt känsla av att inte vara utsatt för hot eller fara. (Segersten 1994,s. 19)

Enligt Segersten kan begreppet trygghet indelas i två typer. Dessa är grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Grundtrygghet kopplas ofta ihop med begrepp som egenvärde, identitet och jagstyrka. Grundtryggheten grundläggs tidigt i barndomen och har stor betydelse för hur individen kan hantera sitt vuxna liv. Denna trygghet kan byggas på, formas och förstärkas i det vuxna livet. (Segersten 1994,s. 22-23)

Den situationsrelaterade tryggheten kan kopplas till den situation som individen befinner sig i samt hur hon upplever och tolkar den. Den kan även kopplas till de faktiska förhållanden som existerar och kallas också för yttre trygghet. Faktorer som bidrar till den

situationsrelaterade tryggheten är alla de komponenter som ger den enskilde individen optimal livskvalitet. Det handlar alltså inte om specifika resurser, utan resurser som är individberoende. Dessa resurser kan vara t.ex. god ekonomi, bostad, sociala relationer och fritidssysselsättningar. Segersten menar alltså att en bättre livskvalitet hos individen medför en bättre förutsättning för situationsrelaterad trygghet. Hon menar också att resurserna inte alltid är nog utan människan måste även känna sig säker på att de finns och kan ge livskvalitet. Människan måste alltså vara förvissad om sina resurser. (Segersten 1994,s. 24-25)

Människans känsla av trygghet skapas av grundtryggheten, som är relaterad till identiteten, samt de yttre förhållandena tillsammans. Segersten menar att begreppet trygghet innebär en försäkran om optimal livskvalitet hos individen, vilket bygger på individens resurser och att hon är förvissad om dem. Människan behöver känna att hon kan kontrollera sina resurser. Detta tillsammans med grundtryggheten skapar en känsla av trygghet hos individen. Denna känsla av trygghet kan störas av förlust av resurser eller förlust av kontroll över resurserna. Detta kan skapa otrygghet hos individen. Förlust av trygghetskänslan innebär ett hot för individen och måste upphävas. Detta kan antingen ske genom att eliminera hotet och återfå kontrollen över resurserna så att trygghetskänslan återställs. Eller genom att acceptera hotet som ett faktiskt förhållande. Då måste individen anpassa sig och söka ny trygghet. (Segersten 1994,s. 29-31)

5. Tidigare forskning

Respondenterna har gjort sin sökning efter artiklar i databaserna Ebsco, Cinahl, highwire press och Cochrane. Sökord som använts vid sökning i databaserna är bl.a. *violence, threat, emergency care, pre-hospital care, occupational safety, workplace violence, ambulance, verbal insults*. Sökorden användes i olika kombinationer. Sökningarna har begränsats till artiklar publicerade mellan år 2002 och 2014. Dessutom gjordes en elektronisk sökning i tidsskrifterna Scandinavian journal of caring sciences och Journal of clinical nursing.

5.1. Våldets och hotens karaktär och effekter på vården

Suserud, Blomquist och Johansson (2002) har gjort en studie i Sverige om hur ambulanspersonalen uppfattar, utsätts och influeras av hot och våld i deras dagliga arbete. Det visade sig att de flesta, 80,3 %, av de som svarade på undersökningen har upplevt någon form av våld eller hot när de utfört sitt arbete och en stor del av dem som svarade på undersökningen var oroliga över förekomsten av våld och ansåg det vara ett allmänt problem inom ambulansservicen. Den mest förekommande typen av våld, 78 %, inom ambulansservicen var verbala hot såsom hot om hämnd mot nära släktingar och hot om våld. Näst vanligast, 67 %, var fysiskt våld såsom att bli sparkad på benen, dragen i håret, slagen med en näve eller handflata, nypen i armen, sparkad och slagen på övre delen av kroppen samt bli tagen med strypgrepp. Den typ av våld som används minst, 17 %, var vapenbaserat hot, vilket kan innebära hot med pistol samt hot med olika sorters objekt såsom järnrör, knivar osv.

Även i studien som Hahn, Müller, Needham, Dassen, Kok och Halfens (2010) gjort i Schweiz ser man liknande resultat som ovan. I deras studie hade hela 95 % varit med om patient- och besökarvåld under sin karriär. Under det senaste året hade 71,8% upplevt verbalt våld och 41,9 % fysiskt våld, medan hot hade upplevts av 27,1%. Våldsamt beteende förekom oftare av patienter än av besökare. Det förekom också en viss skillnad mellan olika avdelningar på sjukhuset där BB och förlossningsavdelningen, samt poliklinikerna hade lägst frekvens av patient- och besökarvåld, medan våld var mest upplevt av sjukskötare som jobbade på ställen som intensiv, rehabiliteringsavdelningar och akuten.

När det gäller verbala hot mot sjukskötare anser även Pich, Hazelton, Sundin och Kable (2010) att det är så vanligt att man kan beskriva det som ett globalt fenomen. Verbala hot

eller kränkningar mot sjukskötarna kan ses i olika former och genom olika beteenden. De vanligaste är svordomar, skrikande, sarkasm, åtlöje inför andra och hot om att skada personen själv, dess familj eller egendom. Ofta hör verbala kränkningar eller hot ihop med fysiskt våld och kan utgöra en varningssignal för vad som kan ske. Det förekommer också på sjukhus att man tar till vapen som saxar, bårar, nålar m.m. eftersom de oftast är lätt tillgängliga.

I Chapman, Perry, Styles och Combs (2009a) studie vill man identifiera vilka konsekvenser arbetsplatsrelaterat våld har för sjukskötare. Många av de som upplevt arbetsplatsrelaterat våld ansåg att det hör till vardagen och är en del av deras jobb. En del av sjukskötarna accepterade våldet och de var väl medvetna om att det kommer att upprepa sig igen men de ansåg att man förväntas klara av det och kunna hantera våldet, det ingår i jobbet. Trots att man förväntas kunna hantera våldet ger det ändå en hel del fysiska och emotionella konsekvenser. Sjukskötarna hade fått fysiska skador såsom sjuk rygg, blåmärken, smärta och även brutna revben. De emotionella effekterna de upplevde efter att varit med om en våldsam händelse var känslor av sorg, ilska, ängslan samt skamkänslor över händelsen. Förutom att dessa känslor påverkar jobbet var det många som tog med dessa känslor hem, vilket i många fall ledde till att deras personliga relationer påverkades, det var mera spänning och gräl hemma. Inte bara känslorna påverkades, utan många av de som hade utsatts för våld började också ifrågasätta sin kompetens som sjukskötare, de kände sig okunniga, otillräckliga, de kände brist av kontroll samt känsla av skuld.

Nästan 96 % av de som varit med om våld på arbetsplatsen lider av en eller flera eftereffekter. Även de sjukskötare som inte själva upplevt våld känner sig rädda rapporterar Atawneh, Zahid, Al- Sahlawi, Shahid och Al- Farrah (2003). Ofta räckte eftereffekterna i ungefär fyra veckor men ibland kunde de vara längre. Sjukskötarna kunde uppleva flashbacks, rädsla, depression och sömnlöshet efter en episod av en våldsam händelse. Även som tidigare forskningar visat var den mest förekommande formen av våld verbala kränkningar eller hot om våld. Den tidigare nämnda studien av Pich, Hazelton, Sundin och Kable (2010) visar också, förutom det som kommit fram i tidigare i detta kapitel, att vårdare som utsatts för våld också kan lida av posttraumatisk stress och utbrändhet. Här framkommer också att de sjukskötare som fått en fysisk skada kan uppleva psykiska reaktioner av olika grad ungefär upp till 12 månader efter händelsen. Det framkom också i studien att sjukskötarna kände sig mer försiktiga och rädda att gå till jobbet och våldet kunde också vara en orsak till att de lämnade jobbet och yrket som sjukskötare.

5.2. Konsekvenser för vården efter en våldsam eller hotfull händelse

I Chapman, Perry, Styles och Combs (2009a) studie har man också kunnat konstatera att våld och hot på jobbet inte enbart får konsekvenser för vårdarna utan också för patienterna och hela organisationen. Det har visat sig att de sjukskötare som utsätts för våld eller hot på jobbet tar ut mera sjukledigt, behöver mera stöd och handledning vilket gör att det ökar de finansiella kostnaderna. Sjukskötarna blir också mera ovilliga att sköta om stökiga och aggressiva patienter vilket gör att arbetsbördan för de övriga på arbetsplatsen blir större. De kände också lägre jobbtillfredsställelse, motivation och lägre tillit till organisationen vilket kunde leda till att de avgick från sitt arbete. Detta i sin tur leder till att patienterna drabbas. Deras vård påverkades av att våldsamma händelser är tidskrävande, den mesta tiden går åt till den våldsamma personen och det kräver mycket personal vilket i sin tur gjorde att de fick vänta längre. Den våldsamma personen i sin tur fick i många fall inte heller den bästa vården eftersom många av sjukskötarna ”vägrade ge den våldsamma personen vård”

I den svenska studien gjord av Suserud, Blomquist och Johansson (2002) ansåg 98,1% av den tillfrågade ambulanspersonalen att våld och hot påverkar relationen mellan vårdare och patient. De beskrev det som väldigt otrevligt att bli bemött med våld och man håller gärna distans till den våldsamma personen och gör inget mer än de nödvändigaste undersökningarna. Ambulanspersonalen ansåg att relationen mellan patient och vårdare även påverkas av hot och våld från anhöriga eller andra personer på plats. De upplevde att det var svårt att ta hand om och koncentrera sig på den sjuka patienten när man måste hålla uppmärksamheten på de som hotar en. Det upplevdes svårt att kunna vårda en annan person och samtidigt se till att man själv inte hamnar i ett dåligt läge.

5.3. Vårdarnas sätt att hantera och förutse våldsamma och hotfulla situationer

Sjukskötare hanterar och anpassar sig till våld på arbetsplatsen på olika sätt. I Chapman, Styles, Perry och Combs studie (2010) försöker man undersöka hur sjukskötarna anpassar sig till våld på arbetsplatsen och huruvida man kan använda Taylors teori om kognitiv adaption för att undersöka sjukskötares erfarenheter av arbetsplatsrelaterat våld. I deras studie använde sig alla sjukskötare av en kognitiv adaptations process för att anpassa sig till erfarenheterna av arbetsplatsrelaterat våld.

Sjuskötarna försökte ofta finna en mening med händelsen. Man försöker stegvis förklara varför det hände och man försöker hitta anledningar och orsaker till händelsen ofta för att kunna förstå förövarens beteende. De försökte förklara den våldsamma händelsen med fysisk och psykisk sjukdom, missbruk, brist på vård, organisationsfaktorer, tidigare historia av våldsamt beteende eller oerfarenhet bland personalen. Det har visat sig att genom att försöka finna en mening med händelsen så kan det hjälpa dem som fallit offer för brott att läka. (Chapman, Styles, Perry och Combs 2010)

Att få makt eller herravälde över den situation som utspelar sig har också visat sig vara ett sätt för sjukskötarna att hantera situationen. De använde sig av psykiska och fysiska strategier för att kunna uppnå en kontroll över dessa händelser. Detta kan förverkligas bl.a. genom att gå på handledning, rapportera händelsen till polisen eller genom att försöka undvika likande situationer tills man byggt upp sitt självförtroende igen. Den fysiska kontrollen kunde också fås genom att undvika patienten eller genom att fysiskt eller kemiskt hindra den våldsamma patienten att göra någonting. Ett annat sätt som personerna i studien använde för att anpassa sig till våldet var att man försökte höja sin självkänsla, man jämförde sig med andra, försökte hitta fördelar med organisationen, sig själv eller andra. (Chapman, Styles, Perry och Combs 2010).

Luck, Jackson och Usher (2007) lyfter i sin studie fram fem olika observerbara beteenden (STAMP) som eventuellt kan tyda på våldsamhet hos patienten, dess familj och vänner. Det första beteendet som tagits fasta på är när en person stirrar ilsket eller tittar spant på en vårdare medan denna utför sitt arbete. Även bristande ögonkontakt eller helt undvikande av ögonkontakt kan tyda på eventuell ilska som i sin tur kan leda till fysiskt våld. Det andra beteendet man bör vara aktsam med är tonen och volymen på rösten, när en person skriker, höjer rösten, avfärdar eller förödmjucar vårdaren eller är sarkastisk och skarp i sina kommentarer. Man bör också fästa uppmärksamhet på personer som är oroliga, disorienterade och då speciellt på personer med intoxication av alkohol eller andra rusmedel, personer som lider av mental ohälsa, har delirium, epilepsi, demens, skallskador eller personer som har hyper- eller hypoglykemi. Lång väntetid och lägre prioritering gjorde ofta att patienterna blev mer oroliga och lättare våldsamma. Det fjärde beteendet som lyfts fram i studien som man bör observera är när en person mumlar, talar sluddrigt, upprepar sina frågor, har okorrekt tal dessa kan tyda på att personen är berusad eller lider av mental ohälsa och utgör då ofta en större risk för att bli våldsam. Den sista saken man bör observera är när en person går fram och tillbaka i väntrummet, runt sängen, viftar med armarna och vandrar fram och tillbaka till sjuksköternas kansli.

Förutom dessa fem beteenden (STAMP) som Luck, Jackson och Usher (2007) tar upp så har Chapman, Perry, Styles och Combs (2009b) identifierat fyra komponenter till för att förutse våld och aggressioner (EDAR). I studien visade det sig att sjukskötarna var mer alerta på att eventuellt våld skulle kunna uppstå när patienterna eller de anhöriga hade ett högt emotionellt tillstånd såsom frustration, rädsla, ilska eller visade missnöje med vården. Även sjukdomsprocessen i sig kan göra att människor blir mer aggressiva och våldsamma, det kan vara droger, alkohol, dubbla diagnoser eller olika organiska störningar. Många av dessa personer återkommer ofta regelbundet till sjukhuset och man lär sig med tiden att känna igen personerna och läsa tecknen före en eventuell våldsam händelse sker. Det är viktigt att vara extra observant på de personer som beter sig respektlös mot vårdarna eftersom också det kan vara ett tecken på att de har potential att bli våldsamma.

I studien tar man också upp hur viktigt det är att man är medveten om sina egna handlingar som vårdare, eftersom även dessa kan leda till att en episod av våld uppträder eller att våldet eskalerar. Det kan handla om brister i uppmärksamheten eller omsorgen, opassande beteende antingen av sjukskötaren eller av annan personal. Även en opassande eller bristande kommunikationsförmåga, dåligt beteende eller attityd från personalen gör att risken för våld och aggressioner ökar. Sjukskötare som talar nedlåtande mot patienten och antyder till patienten att denna bara ödslar deras tid löper också större risk för att bli bemött med våld. Chapman, Perry, Styles och Combs (2009b)

I den tidigare nämnda studien gjord av Hahn, Müller, Needham, Dassen, Kok och Halfens (2010) i Schweiz framkommer också att en av de största orsakerna till patient- och besökarrelaterat våld är lång väntetid, många undersökningar och även personalbrist. Av de patienter som mest varit involverade i våldsamma händelser under det senaste året var 34,6 % diagnostiserade med demens, 21 % hade alkohol- eller drogmissbruk, 21 % delirium, psykiatrisk sjukdom hade 7,9 % och 5,7 % led av smärta. Under veckan när undersökningen gjordes rapporterades 34 fall av patientvåld och 8 händelser där besökare var delaktiga, av dessa var den största delen, 77 %, män. Oftast var de som utförde våldet över 74 år och hade olika medicinska diagnoser samt visade tecken på stress, osäkerhet, oro samt hade svårt att förstå situationen. Sjukskötarna rapporterade att de flesta våldsamma händelser sker när man har direktkontakt med patienten t.ex. vid fysiska läkarundersökningar men även när man diskuterar patientens fortsatta vård och speciellt när det gäller minskning av vårdåtgärder.

5.4. Sammanfattning

I den tidigare forskningen framkommer att hot och våld är en del av vardagen för de flesta sjukskötare och mest förekommande är verbala hot och verbalt våld. (Suserud, Blomquist & Johansson, 2002; Hahn m.fl., 2010; Pich m.fl., 2010). Sjukskötarna som varit med om en våldsam händelse lider ofta av en eller flera eftereffekter i form av fysiska, psykiska och emotionella problem. Dessa eftereffekter kan hålla i sig allt från veckor till månader och leda till att den utsatta tar sjukledigt eller lämnar yrket. (Chapman m.fl., 2009a; Atawneh m.fl., 2003; Pich m.fl., 2010). Våld och hot på arbetsplatsen påverkar inte enbart sjukskötarna utan även patienterna. Den våldsamma personen får ofta sämre vård, eftersom sjukskötarna är ovilliga att ge denna person vård eller endast göra de nödvändigaste undersökningarna för att hålla distans till den våldsamma personen. De andra patienterna fick ofta vänta längre på sin tur eftersom våldsamma händelser kräver mycket tid. (Chapman m.fl., 2009a; Suserud, Blomquist & Johansson, 2002). I den tidigare forskningen framkommer det att sjukskötare ofta använder sig av kognitiv adaption för att hantera och anpassa sig till våld och hot på arbetsplatsen, de försöker ofta hitta en orsak till händelsen eller få makt över situationen på olika sätt. (Chapman m.fl., 2010). Olika observerbara beteenden och komponenter för att tidigt kunna känna igen våldsamma och hotfulla personer som nämns i den tidigare forskningen är personens sätt att se på en, rösttonen, orolighet hos personen, otydligt tal, vandrande fram och tillbaka, högt emotionellt tillstånd, sjukdomsprocessen, respektlöshet, resurser och organisations faktorer. (Luck, Jackson & Usher, 2007; Chapman m.fl., 2009b). Majoriteten av de som utför våld och hot mot sjukskötarna är alkohol- och/eller drogpåverkade, har delirium, demens, psykisk sjukdom, skallskador eller andra sjukdomar och skador. (Luck, Jackson & Usher, 2007; Chapman m.fl., 2009b; Hahn m.fl., 2010).

6. Metodbeskrivning

Denna studie genomförs med kvalitativ design, vilket innebär att man försöker samla data på ett så öppet sätt som möjligt utan att styra den data som samlas in. Man vill att informanten skall få uttrycka sig på sitt eget sätt och med sina egna ord för att få djupgående och detaljerad information. För att detta skall vara möjligt bör forskaren undvika att skapa en bestämd uppfattning om det som undersöks, eftersom det kan leda till att man styr datainsamlingen för mycket eller missar någonting. (Jacobsen 2007, s. 48-49)

Med kvalitativ design studerar man informanternas levda erfarenheter av fenomenet som undersöks (Henricson 2012, s. 130)

6.1. Urval

Vid valet av informanter till en kvalitativ studie bör man tänka på vem som är lämplig beroende på syftet och frågeställningen med studien. Antalet informanter beror på valet av intervjumetod. Att ha för få informanter kan innebära bristfällig information vid analys. (Henricson 2012, s. 335) I en kvalitativ studie görs inte urvalet av deltagare slumpmässigt, utan man väljer ofta ut deltagare som har erfarenheter av det fenomen som undersöks. Denna typ av urval kallas ändamålsenligt urval och innebär att man väljer personer som kan ge djupgående information om det som undersöks. (Henricson 2012, s. 134) Man kan också använda sig av snöbollsurval. Med denna metod kan man få kunskap om fler om man har erfarenheter om fenomenet som undersöks. Vid snöbollsurval ber man informanter att ge förslag på fler personer som skulle kunna vara lämpliga att delta i studien. (Hartman, 1998, s. 253)

Valet av informanter till denna studie har gjorts med ändamålsenligt urval samt snöbollsurval eftersom studiens syfte är att undersöka ambulanspersonalens upplevelser av våld och hot och informanterna bör därför ha erfarenheter av detta ämne. Informanterna som valts ut är anställd personal på Österbottens Räddningsverk och arbetar på det mellersta och södra området. Eftersom en av studerandena som skriver den här studien redan arbetat åt Österbottens Räddningsverk har hon med ändamålsenligt urval kunnat välja ut personer till intervjuerna som hon tror att skulle vilja dela med sig av sina erfarenheter. Kriterierna är att samtliga informanter skall vara första vårdare på vårdnivå, dvs. vara utexaminerade Första vårdare från YH eller vara sjukskötare med 30 studiepoängs tilläggsutbildning inom pre-hospital vård eller sjukskötare på grundnivå. Informanterna bör ha en varierande längd av arbetserfarenhet, dock minst 1 år. Vi har också valt att intervjua lika stor andel kvinnor som män. 12 informanter har deltagit i studien.

Informanterna kontaktas per brev och e-post. I brevet ingår information om studien och dess syfte samt en förfrågan om de är villiga att delta i studien. De kontaktas sedan per e-post, varvid de får meddela om de är villiga att delta eller inte. Samtidigt får de ge förslag på andra som skulle kunna vara lämpliga för att delta i studien.

6.2. Datainsamling

I denna studie kommer semistrukturerad intervju att användas som datainsamlingsmetod. Då man använder sig av kvalitativ innehållsanalys är intervjuer med öppna frågor en lämplig datainsamlings metod. Enligt Henricson (2012, s. 167) är semistrukturerad intervju ett bra sätt att få information. I en semistrukturerad intervju har intervjuaren väsentliga frågor som stöd, en s.k. intervjuguide. Dessa frågor behöver inte tas upp i en viss ordning utan kan anpassas till vad den intervjuade tar upp och metoden är därför väldigt flexibel. Det är viktigt att den som intervjuar inte är för styrd av sin intervjuguide, eftersom detta kan förstöra samspelet i intervjusituationen. Man bör även tänka på att intervjuguiden inte får vara för lång eftersom det också kan störa intervjun. (Henricson 2012, s. 167-168)

Den som intervjuar bör ha tillräckligt med kunskap om ämnet som behandlas för att kunna ställa väsentliga frågor, utveckla och ställa tilläggsfrågor beroende på vad som tas upp. Informanten måste få berätta med egna ord och utan att bli störd. Den som intervjuar måste lyssna intensivt och visa intresse för berättelsen samt ställa frågor ibland för att få informanten att detaljera berättelsen eller gå in mera djupgående på den. (Henricson 2012, s. 167)

För att testa frågorna och upplägget görs en så kallad provintervju. Enligt Henricson (2012, s. 168) är det viktigt att testa intervjuupplägget innan intervjustudierna börjar. Detta eftersom man behöver testa teknisk utrustning, hållbarheten av tidsplaneringen samt om frågorna är lämpliga eller om de behöver justeras. Dessutom behöver den som skall utföra intervju få komma in i rollen som intervjuare. (Henricson 2012, s. 168)

6.3. Dataanalys

Som analysmetod för datamaterialet i denna studie används kvalitativ innehållsanalys. Enligt Henricson (2012, s. 336) är det lämpligt att göra kvalitativ innehållsanalys då man har en mindre datamängd, t.ex. ett fåtal intervjuer. I detta fall kan materialet tolkas mer djupgående. Innehållsanalysen delas in i olika skeden och för att denna metod skall vara tillförlitlig är det viktigt att olika steg i analysen beskrivs noggrant. I framkomna resultat är det viktigt att dessa steg går att verifiera. (Henricson 2012, s. 336) Det första steget vid kvalitativ analys är att läsa in materialet flera gånger i sin helhet. Nästa steg är att ta ut text som svarar på frågeställningarna. Det är mycket viktigt att ha syftet i åtanke hela tiden då man analyserar data. Det sista steget är då en ny helhet skapas. (Henricson 2012, s. 135)

Vid kvalitativ innehållsanalys av intervjuer kan man använda sig av en mall med kategorier, subkategorier och teman samt subteman, där man sätter in intervjutexterna. Intervjutexterna kan behöva läsas flera gånger innan de sätts in i mallen. Det kan vara nödvändigt att dela upp svar till olika meningsenheter och avgränsa dem för att kunna beskriva sammanhang och jämförelser. (Henricson 2012, s. 336)

För att kunna analysera insamlat data i denna studie har materialet lästs genom flera gånger för att få en helhetsbild av analysmaterialet. Forskningsfrågorna har varit i fokus och intervjutexter som svarar på dem har valts ut. För att göra allt mer överskådligt under analysen har texterna färgmarkerats i olika färger för att sedan placeras in i kategorier och underkategorier.

6.4. Etisk diskussion

Enligt forskningsdelegationen (2012, s. 18-19) är god vetenskaplig praxis en förutsättning för att den vetenskapliga forskningen skall vara etiskt acceptabel och för att resultatet skall vara godkänt. Man bör använda sig av noggrannhet och eftertanke när man utför forskningen, dokumenterar och presenterar resultaten men även när man bedömer och granskar undersökningen och dess resultat. Forskaren bör ta hänsyn till andra forskares arbeten när man själv presenterar sitt arbete samt använda sig av korrekta källhänvisningar. Forskningen skall genomföras på sådant sätt att det är etiskt hållbart och uppfyller kraven för en vetenskaplig forskning. (Forskningsdelegationen 2012, s. 18-19)

Ett avtal mellan alla parter som ingår i forskningen bör göras innan forskningen inleds, här bör ens skyldigheter och rättigheter framkomma. Man bör använda sig av en god personal- och ekonomiförvaltning och ta i beaktande datasekretess frågor inom forskningsorganisationen. En god vetenskaplig praxis gäller inte för enbart forskningen utan forskaren bör även använda sig av detta om de undervisar, handleder eller söker arbete. Varje person i forskningsgruppen är själva ansvariga för att de följer en god forskningspraxis. Förutom detta har också forskningsdelegationen (2009, s. 5) utarbetat etiska principer för forskningsområden inom humanvetenskapen, dessa har delats in i tre delområden: 1. Respekt för den undersökta personens självbestämmanderätt, s. 2. Undvikande av skador och 3. Personlig integritet och dataskydd. (Forskningsetiska delegationen 2009, s. 5)

6.4.1. Principen om forskningspersonernas självbestämmanderätt

Denna princip innebär att de som deltar i forskningen gör det på frivillig basis och har tillräckligt med information om forskningen. Den mängd information som ges beror på hur man tänker skaffa uppgifterna. Deltagarna i forskningen bör ge sitt samtycke muntligt eller skriftligt. Det är viktigt att man beaktar de grundläggande rättigheterna när man utför forskningen. Informanterna har rätt till att när som helst hoppa av undersökningen. (Forskningsetiska delegationen 2009, s. 5-7) I denna studie som använder sig av intervjuer som metod, så får informanterna information om studiens tema, syfte, att deltagandet är frivilligt, hur lång tid det tar och att de när som helst har rätt att avbryta deltagandet.

6.4.2. Principen om undvikande av skador

Man vill undvika ekonomiska, sociala och psyksiska olägenheter. Forskaren bör möta informanterna med respekt och forskningen bör skrivas på sådant sätt att den tar hänsyn till informanterna. Det är också informanterna som avgör vad som är privat och känsligt när det kommer till de frågor som forskarna ställer. Forskaren bör också i sin undersökning vara medveten om att människor reagerar olika på de forskningsfrågor som ställs. Forskaren bör överväga att avbryta undersökningen om denne märker att det blir för jobbigt för informanten trots att denne inte med direkta ord uttrycker att undersökningen skall avbrytas. Stor risk att skada informanten finns det när resultatet av studien framställs på ett respektlöst, kritiserande och fördomsfullt sätt. (Forskningsetiska delegationen 2009, s. 8) Personer som blivit utsatta för våld eller hot kan tycka att det är jobbigt att prata om händelsen och det kan riva upp gamla sår och detta tas i beaktande när intervjuerna görs. Intervjuerna som är semi- strukturerade ger en större möjlighet till flexibilitet och kan anpassas enligt informanten och situationen. Respondenterna är medvetna om att frågorna kan väcka olika reaktioner hos olika personer och är noggranna på hur informanterna reagerar på frågorna samt är beredda att avbryta om det innebär för stor psykisk belastning för informanten. Intervjuerna genomförs på ett finkänsligt sätt.

6.4.3. Principen om personlig integritet och dataskydd

Integritetsskydd är en viktigt forskningsetisk princip och en rättighet som är garanterad genom Finlands grundlag. Den viktigaste delen av själva integritetsskyddet är dataskyddet, detta med tanke på hur man idag samlar in informationen och publicerar forskningen. Hur man skyddar material som kan identifiera informanterna är viktigt och kräver omsorgsfull planering. När man inte längre har användning av t.ex. personuppgifter så bör dessa

uppgifter förstöras. Det material som man samlat in får endast användas i forskningssyfte och inte utlämnas åt andra. Ibland kan man också bli tvungen att skriva om eller lämna bort uppgifter för att inte informanternas identitet skall avslöjas. (Forskningsetiska delegationen 2009, s. 9-12) Informanterna informeras före datainsamlingen om att alla uppgifter kommer att vara konfidentiella. All insamlad data är anonym och förvaras på sådant sätt att inga utomstående har tillgång till materialet. Alla papper och annat som kommit från datainsamlingen kommer genast att förstöras efter att studien är färdig. Resultatet kommer skrivas på sådant sätt att inga personer kan kännas igen från materialet.

6.4.4. Etisk prövning

När en etisk prövning utförs så innebär det inte att ansvaret för forskningens etik överförs på nämnden som granskar utan det är alltid forskaren själv som bär ansvaret när det gäller etiska och moraliska frågor i forskningen. Vid en etisk prövning granskar man planen för datainsamling, hur forskningen skall genomföras, hur man har informerat informanterna och hur man förvarar och bearbetar material för att undvika skador. Finns det risk för eventuella skador och risker för informanterna övervägs dessa mot det kunskapsvärde som forskningen möjligen kan bidra med. När en prövning utförs vill man alltid vara säker på att inte undersökningen medför onödiga risker som skulle kunna undvikas och ändå behålla forskningens kunskapsvärde. Man utgår alltid från de etiska principerna för humanvetenskaper när man utför en etisk prövning. (Forskningsetiska delegationen 2009, s. 12-15) Eftersom denna studie är ett beställningsarbete, har ingen etisk prövning gjorts.

7. Resultatredovisning

Resultatet i denna undersökning delas in i fyra olika kategorier. I den första kategorin beskrivs ambulanspersonalens upplevelser av arbetssäkerheten. I den andra kategorin beskrivs upplevelser av kommunikationen mellan statliga inrättningar. I den tredje kategorin beskrivs upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer och i den sista kategorin beskrivs ambulanspersonalens tankar kring skolning.

7.1. Upplevelser av arbetssäkerheten

I denna kategori beskrivs hur ambulanspersonalen upplever arbetssäkerheten på sin arbetsplats. Här behandlas ämnena upplevd trygghet, riktlinjer, skyddsutrustning samt polisresurser.

Trygghet

Alla informanter upplever att de för det mesta är trygga i sitt arbete. De första vårdare som har en längre arbetserfarenhet uppger att de tenderar att se en ökning i de våldsamma och hotfulla situationerna, vilket påverkar deras upplevda trygghet. Även det faktum att polisernas resurser är begränsade och geografiskt utspridda påverkar känslan av trygghet.

”För 20 år sedan då jag började var det mycket ovanligt att patienter gav sig på ambulanspersonal, speciellt inte på kvinnor. Då kände man sig säker att gå till arbetet. Detta är sak som har förändrats.”

”Polisresurserna har ju också blivit mindre. Detta är också en sak som påverkar tryggheten, då man vet att polisen kan vara så pass långt borta.”

Riktlinjer

I resultatet av denna studie kan man se att riktlinjerna gällande hanteringen av våldsamma eller hotfulla situationer är oklara, och en del informanter är osäkra på om det ens existerar några riktlinjer. En del informanter upplever att det skulle vara bra om riktlinjerna skulle finnas svart på vitt, medan andra tycker att det redan finns bra riktlinjer att följa.

”Inte vad jag vet. Jag har bara tagit modell av andra...”

”I princip finns det väl.”

”Vi har nog gällande just såna keikkor bra direktiv och svart på vitt just att vid vilka situationer vi skall använda skyddsväst och om det är just våldsamma situationer att vi skall vänta på patrullen som är på väg dit, och just att tack vare fältcheferna blir de nog ganska bra följda de här direktiven.”

Informanterna svarar olika på frågan ”Finns det färdigt nedskrivna riktlinjer att följa om man behöver hjälp exempelvis från polis?”. En del av informanterna svarar att man ofta får tänka ut en egen lösning, medan andra svarar att man skall ta kontakt direkt till nödcentralen genom att använda larmanordningen på VIRVE-telefonerna eller att ta kontakt med fältchefen vid sådana situationer.

”Riktlinjer finns nog, men beroende litet från fall till fall, man får nog tänka till det själv ibland också hur man skall göra i vissa situationer.”

”Vid direkta hot skall man använda ”röda knappen”, dvs. direktkontakt med nödcentralen.”

”...man vill ha med polisen så skall man gå via vår fältchef.”

Skyddsutrustning

Många av informanterna tar upp vikten av att ha en bra skyddsutrustning för att de ska uppleva en god arbetssäkerhet. Informanterna nämner bland annat ändamålsenliga skyddsvästar i passande storlekar och inte de nuvarande som enbart finns i en storlek. Några informanter nämner att det är på gång med nya skyddsvästar, men att det tar mycket länge att få dem.

”Det skulle också vara bra med bättre och nyare skottvästar, de vi har nu i bilarna är oftast jätte stora och helt gamla och odugliga.”

”Det är ju på gång nu med de här skyddsvästarna... jag tycker att det har tagit sju gånger för länge att få fram dem.”

Polisresurser

Informanterna som arbetar på landsbygdsorter upplever att polisresurserna är få och det dröjer länge för dem att komma till platsen. Däremot upplever ambulanspersonal i tätorter att det fungerar ganska smidigt att få dem till platsen inom rimlig tid.

”Många gånger tar det nog länge. Oftast då man verkligen behöver dem är de långt borta, så då kan det ta länge.”

”Här i Vasa, om det är brådiskande, får man ofta en patrull snabbt på plats men att ute på landsbygden tar det förstås längre.”

”Alltså nog kommer de, det gör de nog men det är ju det där att när?”

7.2. Kommunikation

I denna kategori beskrivs hur ambulanspersonalen upplever att kommunikationen till nödcentralen och polisen fungerar då det gäller personer eller adresser som enligt nödcentralens register är farliga.

Nödcentral

De flesta av informanterna upplever att kommunikationen fungerar i den mån att viktig information gällande farliga personer eller adresser kommer fram, men inte nödvändigtvis att polisen skickas med per automatik. Någon nämner dock att de varit med om en farlig situation som kunnat undvikas om all viktig information kommit fram från nödcentralens sida.

”Ofta kan nödcentralen meddela att det gäller en person som finns i registret, varo-henkilö, men skickar inte med polisen direkt. Det tycker jag borde gå automatiskt.”

”...tyvärr så fungerar det ofta ganska dåligt. Just att information som skulle behöva komma fram, inte kommer fram och i värsta fall är det lite för sent då redan.”

Polis

Kommunikationen till polisen upplevs, enligt informanterna, fungera bra när de väl blivit utalarmerade till platsen. Informanterna är över lag nöjda med hur kommunikationen fungerar mellan ambulans och polis.

”Vi kommunicerar direkt via VIRVE och bestämmer om de far fram först eller om vi far tillsammans, så det fungerar bra.”

7.3. Upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer

Samtliga informanter som deltog i studien har alla varit med om någon händelse i deras arbete där det förekommit våld eller hot i olika utsträckningar.

Känslor och upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer

Man kan se att ordet rädsla ofta används som beskrivning av händelserna som informanterna varit med om. Andra känslor som upplevs är otrygghet, osäkerhet, känsla av att vara utlämnad och känsla av att vara i underläge. Många påpekar att det är först efter händelsen som de börjat fundera på hur illa det kunnat gå.

”Man tänker förstås inte under situationen på hur det känns utan det är först efteråt man börjar tänka på att det skulle kunnat gå dåligt.”

”Det var förstås inte trevligt alls. Man känner sig ganska liten...”

”...man känner sig utlämnad och liksom i underläge på något vis.”

En del uttrycker även att de känt sig dumma som gått i en sådan fälla som man så många gånger pratat om att man ska akta sig för.

”Jag kände mig lite dum, eftersom jag hade gått i en fälla som vi så många gånger talat om att man inte skall göra och som vi så länge har förberett oss på.”

En av informanterna uttrycker en önskan om att debriefing skulle komma automatiskt även vid våldsamma och hotfulla händelser och inte bara vid dödsfall eller våldsamma trafikolyckor.

”Att få debriefing eller defusing är inte självklart, utan man måste be om det. Det är en sak som jag tycker skulle höra till automatiskt. De flesta vågar säkert säga till om de önskar debriefing, men alla kanske inte gör det. Speciellt inte ”macho-männen”. Oftast vid dödsfall eller våldsamma

trafikolyckor eller dylikt har man debriefing eller defusing, men jag har aldrig varit med om att man skulle ha haft det efter att man varit med om en våldsam eller hotfull situation.”

Hantering

Ingen av informanterna har fått debriefing efter de händelser som de varit med om och ingen av dem anser att de varit med om något så allvarligt att debriefing skulle ha behövts. Istället tycker de flesta att de haft hjälp av att prata med kollegor om saken.

”Jag har inte varit med om någonting där debriefing skulle ha behövts.”

”Man är ju alltid två på ett larm, så genast efteråt går man igenom det som hände med arbetskamraten och senare pratar man kanske om det till förmannen och ibland också till andra arbetskamrater.”

Samtliga informanter är eniga om att det finns möjlighet att få både debriefing och krishjälp om det skulle behövas.

7.4. Skolning

Denna kategori beskriver huruvida informanterna fått skolning i bemötandet av våldsamma patienter. Dessutom beskrivs personalens uppfattning av behovet av skolning och hur denna skolning kunde se ut.

Behov av skolning

Mycket få av de informanter som deltagit i studien har fått skolning i bemötande och hantering av våldsamma eller hotfulla patienter. Samtliga informanter anser att det är viktigt med skolning och att behovet är stort. Man nämner även att det vore viktigt att uppdatera sina kunskaper med jämna mellanrum eftersom man glömmer sådant man lärt sig efter en tid.

”Det borde hållas skolningar med jämna mellanrum. Man glömmer ju så snabbt och kunskaperna behöver ju alltid uppdateras.”

”Det kommer hela tiden ny personal som kan behöva skolning. Nya naiva flickor, och pojkar också för den delen. Och detta är helt annat än att vara i sjukhusmiljön. Man är utlämnad och ganska ensam i det här arbetet. Ja, det finns behov av skolning”

Skolningens utformning

Som förslag på vad skolningen skulle kunna innehålla nämner informanterna bland annat vad man skall vara uppmärksam på, hur man bemöter en hotfull person, hur man tar sig ur en hotfull situation och hur man kan försvara sig själv.

” ...skolning från t.ex väktare för att veta hur man skall ta sig ur situationen.”

”Självförsvar är alltid bra att kunna.”

”...alltså psykologi och hur olika människor i olika sjukdomstillstånd eller i olika berusningstillstånd kan bete sig. Det har vi nog väldigt lite skolning om...det hjälper ju mycket om man förstår varför en människa gör som han gör.”

8. Tolkning av resultatet

I detta kapitel kommer undersökningens resultat att tolkas mot den teoretiska bakgrunden, teoretiska utgångspunkter samt tidigare forskning. I tolkningen diskuteras ambulanspersonalens upplevelser av arbetssäkerhet & kommunikation, upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer samt skolning.

8.1. Upplevelser av arbetssäkerhet och kommunikation

Många av våra informanter som har en lång erfarenhet av att jobba inom första vården har sett en stigande trend gällande våldsamma och hotfulla situationer. Detta stämmer bra överens med det som Estryn-Behar m-fl (2008. S107-113) skriver i sin studie, där det

framkommer att våld och hot mot sjukvårdspersonalen ökat under den senaste tiden och speciellt akutvårdspersonal löper en extra stor risk för att bli utsatt för just våld och hot. Liknande resultat framkommer också i Malgorzatas (2010) europeiska rapport, där man menar att risken för att utsättas för våld och hot i arbetet ökar i arbeten där man ger vård och vårdar berusade och personer med mentalsjukdom samt där man jobbar nattetid, jobbar med få medarbetare eller arbetar på en mobil arbetsplats såsom ambulansen.

Trots att informanterna för det mesta känner sig trygga i arbetet, förekommer faktorer som påverkar deras trygghet på ett negativt sätt. Till dessa faktorer hör bl.a. det ökade våldet, de hotfulla situationerna, bristen på polisresurser och den ibland bristfälliga kommunikationen mellan ambulans och nödcentral samt andra yttre faktorer. Segersten (1994, s19) beskriver detta i sin teori om trygghet och otrygghet. Han menar att trygghet kan upplevas på många olika sätt av olika individer. Känslor som kan kopplas ihop med trygghet kan vara känsla av inre välbefinnande, känsla av tilltro till den allmänna tillvaron samt känsla av att inte vara utsatt för hot eller fara. Segersten beskriver också att den situationsrelaterade tryggheten kan kopplas ihop med den situation man befinner sig i samt hur man upplever och tolkar den. Den situationsrelaterade tryggheten kan kopplas till de faktiska förhållandena som existerar och kallas även för yttre trygghet. En förlust av trygghetskänslan är alltså ett hot för individen och måste stoppas, detta kan ske genom att man eliminerar hotet och återfår kontrollen över sina resurser.

Studiens resultat bekräftar Finlexs (2002/738) rekommendationer om att färdiga rutiner borde finnas i hur man hanterar hotfulla situationer och hur man skall handla när en sådan situation uppstår. I Finlex (2002/738) beskrivs även att arbetsgivaren är skyldig att utarbeta en verksamhetsplan för att kunna trygga arbetssäkerheten. En del av informanterna i studien är osäkra om det finns några riktlinjer överhuvudtaget och några tycker att direktiven är oklara. Flera av informanterna berättar också att de tycker det vore bra om det fanns klara riktlinjer i hur man skall hantera våldsamma och hotfulla situationer.

Informanterna betonar vikten av bra skyddsutrustning för att de skall uppleva en god arbetssäkerhet. Några nämner att de är missnöjda med de skyddsvästar som finns i dagens läge. De tycker att nuvarande skyddsvästarna är föråldrade och odugliga och de ofta endast förekommer i en storlek. Arbetsskyddslagen (2002/738) skriver att det är arbetstagarens rättighet att ha tillgång till ändamålsenlig och personlig utrustning om man inte kan utesluta sjukdom eller olycksfall genom åtgärder som omfattar arbetet i sig eller arbetsförhållanden.

8.2. Upplevelser av våldsamma och hotfulla situationer

Alla av informanterna har varit med om en hotfull eller våldsam händelse av något slag på arbetet. Liknande resultat har också Suserud, Blomqvist och Johansson (2002) samt Hahn m.fl. (2010) kommit fram till. Båda deras resultat visar att över 80 % av de tillfrågade har varit med om våld eller hot i sitt arbete, antingen från anhöriga eller från patienter.

Att utsättas för våld eller hot väcker ofta många olika känslor. I studiens resultat framkommer det att många kände sig rädda, de upplevde händelsen som otrevlig och även känslor som otrygghet, osäkerhet, en känsla av att vara i underläge eller utlämnad uttrycks. Flera kände sig också ganska chockade efteråt när de började tänka tillbaka på händelsen och vad som hade kunnat hända och någon kände sig även dum när de gått i en fälla. Detta kommer även fram i studien gjord av Eriksson (2013) där resultatet visar att känslomässiga reaktioner efter våld och hot är normala. Det framkommer även att man bl.a. kan känna skam, skuld och ångest. I vissa fall kan man även förlora tilliten till andra människor. Reaktionerna är olika och individuella, vissa reagerar direkt och hamnar i chocktillstånd medan andra reagerar först timmar eller dygn senare. Petzäll m.fl. (2010) konstaterar att hot är vanligt förekommande för ambulanspersonalen och att många upplevde detta obehagligt eller väldigt obehagligt. Resultatet i en annan studie, gjord av Chapman, Perry, Styles och Combs (2009a) beskriver att inte enbart känslorna påverkas efter att man blivit utsatt för hot eller våld utan många började ifrågasätta sig själv och sin kompetens som sjukskötare. I många fall kände personerna sig okunniga, otillräckliga, de kände att de hade brist på kontroll och upplevde även en känsla av skam och skuld.

Resultatet i studien visar att ingen av informanterna har fått debriefing eller känt behov av debriefing efter någon våldsam eller hotfull händelse. De anser att de inte varit med om något så allvarligt att debriefing skulle ha behövts. Chapman, Perry, Styles och Combs (2009a) menar att många av de som upplevt våld anser att det hör till deras vardag och att det är en del av deras jobb. De accepterar ofta våldet och är medvetna om att det kommer att upprepa sig. Lite liknade resultat skriver Chapman, Styles, Preey och Combs om i sin andra studie där det framkommer att många försöker finna en mening med händelsen, man försöker förklara det som hände och hitta anledningar till att det hände. I vår studie kommer det också fram att debriefing och hjälp efter en våldsam eller hotfull händelse inte alltid är självklart och kommer automatisk utan man måste be om att få det, vilket inte alla kanske vågar göra. Detta kan liknas med det Chapman, Perry, Styles och Combs (2010)

skriver om att man förväntar sig många gånger kunna klara av och kunna hantera det våld eller de hot man blir utsatt för, att det är en del av jobbet. I samma studie nämns även att många använder sig av psykologiska eller fysiska strategier för att kunna uppnå en kontroll över de hot eller det våld man upplevt. Dessa strategier kan förverkligas bl.a. genom att gå på handledning. I arbetsmiljöverkets rapport (2011) påpekas vikten av personlig handledning efter en våldsamt eller hotfull händelse, denna handledning kan antingen ske av en förman eller av en psykolog.

8.3. Skolning

I studien framkommer att behovet av skolning är stort och att det vore väldigt viktigt. Trots detta är det väldigt få av informanterna som har fått skolning i hur man bemöter eller hanterar våldsamma eller hotfulla patienter. Sandström (2007) menar att det är väldigt viktigt att rutinerna i hur man hanterar våldssituationer går igenom regelbundet och att man får skolning i hur man skyddar sig själv med jämna mellanrum. Liknande resultat kommer även fram i en rapport gjord av Arbetsmiljöverket i Sverige (2011) där man anser att det finns behov av skolning och att det finns brister i personalens kunskaper när det gäller att förebygga att våldsamma eller hotfulla situationer uppstår. De påpekar också att det är viktigt att även nyanställda, studerande och vikarier får ta del av skolningen eftersom de hör till den grupp som är mest utsatta för hot och våld i vårdarbetet. Detta nämner även några av informanterna i denna studie. De anser att det är viktigt att ny, ung personal får skolning eftersom arbetet i ambulans skiljer sig en hel del från den vanliga sjukhusmiljön och man är ofta ganska utlämnad och ensam.

Att kunna bemöta människor på rätt sätt är en viktig del av vårdarbetet. Informanterna i denna studie uttrycker ett behov av att få skolning i hur man skall bemöta våldsamma eller hotfulla patienter på rätt sätt. Liknande resultat beskriver Chapman, Perry, Styles och Combs (2009b) som skriver att det är viktigt att man som vårdare är medveten om sina egna handlingar eftersom dessa kan leda till att våld uppstår eller att våldet som redan pågår eskalerar. En bristande, opassande kommunikationsförmåga, brister i uppmärksamheten eller omsorgen samt dåligt beteende eller en dålig attityd från vårdaren ökar risken för att våld eller aggressioner uppstår. Även i tidigare forskning av Petzäll m.fl. (2010), Sandström (2007) och Suserud & Svensson (2009) beskriver man vikten av ett korrekt bemötande för att våld eller aggressioner inte skall eskalera.

Ambulanspersonalen i studien uttrycker som tidigare nämnt att det är viktigt att kunna bemöta och förstå en hotfull eller aggressiv person och de känner att de har bristande kunskap inom detta ämne och tycker att de skulle behöva skolning för att kunna ge en god vård. Detta beskriver Halldorsdottir (Gaut & Leininger 1991) i sin teori om vårdande och icke vårdande. Hon beskriver Life-destroying mode som det mest omänskliga sättet att möta en människa, att man sårar eller fördärvar en annan människa vilket i sin tur förstör livsglädjen och ökar sårbarheten hos en annan människa och kan leda till att personens beteende förändras och en redan hotfull person kan blir allt mer aggressiv. I Halldorsdottirs teori beskrivs även life-restraining mode där vårdaren beter sig likgiltigt och okänsligt gentemot patienten vilket i sin tur skapar en förtvivlan och oro hos patienten. Hon beskriver att det mest mänskliga sättet att möta en människa är life-giving mode där man använder sig av kärlek, medkänsla och barmhärtighet. Man har en öppen relation mellan patient och vårdare och relationen bygger också på respekt och medkänsla, detta goda bemötande ökar patientens välbefinnande och denne känner sig accepterad.

Flera av informanterna betonar vikten av att få skolning i hur man tar sig ur hotfulla situationer men också skolning i hur olika människor beter sig. De tycker det vore bra att lära sig lite psykologi och att förstå varför en människa gör som han gör. Likadant beskriver Sandström (2007). Han menar att orsaken till att människor tar till våld är olika och det är viktigt att förstå varför en människa gör som hon gör samt orsaken till det aggressiva beteendet. Detta för att man själv på ett bättre och korrekt sätt skall kunna avvärja sig från våld och hot.

9. Kritisk granskning

Skribenterna vill med den kritiska granskningen noga undersöka resultatets pålitlighet samt undersökningens kvalitet. Skribenterna vill i och med detta få kunskap om eventuella brister i examensarbetet. Studiens innehåll kommer att granskas enligt Larssons (1994, s 164-177) kvalitetskriterier för kvalitativa studier. Dessa kriterier är kvaliteter hos framställningen i sin helhet, kvaliteter hos resultatet samt validitetskriterier.

9.1. Kvaliteter hos framställningen i sin helhet

Kvaliteter hos framställningen i sin helhet innefattar tre olika kategorier. Dessa är perspektivmedvetenhet, intern logik och etiskt värde. Perspektivmedvetenhet innebär att

man alltid har en förförståelse för det som skall tolkas. Det betyder att man redan vid första mötet har en föreställning av vad det som tolkas betyder. Denna förförståelse förändras ständigt under tolkningsprocessen. Utgångspunkten för tolkningen blir tydlig genom att man redogör för förförståelsen. Detta innebär att man inte undanhåller sitt perspektiv från läsaren. (Larsson, 1994, s 165-168)

Intern logik innebär att det förekommer en harmoni mellan forskningsfrågor, datainsamling, analysteknik samt det undersökta fenomenets natur. Forskningsfrågorna styr datainsamlingsmetod och analysteknik. Tanken bakom intern logik bygger på att alla delar skall kunna kopplas till varandra och att de skall forma en helhet. (Larsson, 1994, s 168-170)

Etiskt värde innebär att man i studien använder sig god etik. Detta innebär att man bör väga viljan att få ny kunskap mot kravet att skydda deltagarna. Det är viktigt att man bevarar anonymiteten hos deltagarna samt att man inte drar egna slutsatser eller lägger till information som inte är sann. (Larsson, 1994, s 171-172)

Studien inleddes med att vi fördjupade oss i ämnet för att få en god förförståelse, vilken presenteras i teoretiska bakgrunden, teoretiska utgångspunkterna samt i den tidigare forskningen. Dessutom förstod vi vikten av en god arbetssäkerhet för att uppnå trygghet i arbetet. Urvalet av tidigare forskningar som berörde våld och hot inom första vården var begränsat, vilket innebar att vår kunskap om första vårdarnas upplevelser av detta också blev begränsad. Redan tidigt i forskningsprocessen kunde vi konstatera att vi hade vissa förutfattade meningar gällande ämnet men vi var medvetna om dessa kunde därför under studiens gång åsidosätta dem. Våra förutfattade meningar var att våld och hot är vanligt förekommande i ambulansen och att det möjligen finns ett mörkertal i vad som anmäls och inte.

Vi har lyckats skapa en bra helhet där studiens alla delar är sammankopplade. En god harmoni kan ses mellan forskningsfrågorna och resultatet. Forskningens resultat svarar på forskningsfrågorna och frågeställningen kan även kopplas samman med studiens andra delar.

Etiskt värde har i tidigare skede tagits upp i studiens etiska diskussion och etiska principer enligt Forskningsdelegationens anvisningar. Gällande etiken har vi kunnat skydda informanternas identitet. Materialet har bevarats på ett säkert ställe och alla uppgifter, som kunnat leda till att informanternas anonymitet avslöjas, förstördes i studiens slutskede.

Resultatet har framförts på ett sanningsenligt sätt och inget annat än det som framkommit i intervjuerna har lagts till.

9.2. Kvaliteter hos resultatet

Kvaliteter hos resultatet innefattar innebördsriktighet, struktur och teoritillskott. Innebördsriktighet är en avgörande kvalitet och resultatet bör åskådliggöras så att nya innebörder uppstår. Detta innebär att resultatet skall vara ”fylligt”, rikt på innebörd och fånga det väsentliga. Förutom innebördsriktighet bör resultatet ha god struktur. Det bör vara överskådligt och tydligt. En balans bör upprätthållas mellan innebördsriktighet och struktur, dessutom bör resonemanget följa en röd tråd. Teoritillskott går ut på huruvida man kan relatera resultaten till tidigare teorier samt ifall resultaten kan förändra teorierna. Teoritillskott innebär att man skapar en helt ny teori utgående från sina resultat, att man bygger vidare på en tidigare teori eller att man justerar tidigare teorier genom att påvisa fel i dem. Teoritillskott handlar om att formulera forskningsfrågorna så att de kan bidra till ny kunskap inom ämnet som undersöks. (Larsson, 1994, s 172-177)

Resultatet i denna studie fyller kriterierna för god kvalitet eftersom det är rikt på innehåll och det centrala i resultatet presenteras i form av citat. Resultatet är överskådligt och tydligt presenterat eftersom det är uppdelat i olika kategorier och underkategorier, vilket ger god struktur. Trots att antalet tidigare forskningar inom ämnet är begränsat kan resultatet till stor del relateras till tidigare forskning. Studien bidrar i viss mån med ny kunskap och teoritillskott. Ny kunskap som kan nämnas är betydelsen av riktlinjer för praktiskt agerande vid händelse av våld och hot samt vikten av skolning och hur dessa faktorer påverkar tryggheten.

9.3. Validitetskriterier

Validitetskriterierna innefattar diskurskriteriet, heuretiskt värde, empirisk förankring, konsistens och pragmatiska kriteriet. Diskurskriteriet handlar om huruvida studiens påståenden och argument klarar sig vid prövning mot alternativa påståenden och argument. För god kvalitet krävs att inga avgörande svagheter kan påvisas. För att uppnå ett heuretiskt värde krävs att studien ger kunskaps tillskott och att något nytt perspektiv av verkligheten kan ses. Empirisk förankring handlar om överensstämmelse mellan tolkning

och verklighet. Empirisk förankring av tolkningen är ett centralt kvalitetskriterium. Tolkningen består av olika delar som bildar en helhet. God konsistens uppfylls genom att undvika motsägelser mellan de olika delarna och helheten. Om man lägger märke till motsägelser mellan tolkningen och enskilda data bör man överväga att hitta ett alternativt sätt att tolka. Det pragmatiska kriteriet handlar om huruvida forskningen kan tillämpas i praktiken.

Vi anser att denna studie fyller validitetskriterierna eftersom den bidrar med ny kunskap och har tolkats på ett sådant sätt att motsägelser mellan tolkningen och de andra delarna inte har uppstått. Examensarbetet är skrivet enligt skrivanvisningar för vetenskapliga arbeten och kan därför granskas och prövas. Studien kan anses ha pragmatiskt värde eftersom den bl.a. har resulterat i konkreta förslag på vad skolning för ambulanspersonal kunde innehålla för att öka deras trygghet i arbetet.

10. Diskussion

I och med denna studie har vi fått en mer djupgående inblick i hur ambulanspersonalen vid Österbottens Räddningsverk upplever hotfulla och våldsamma situationer. Vi har haft möjligheten att träffa många intressanta förstavårdare som berättat om sina egna erfarenheter och lyft fram sina åsikter och synpunkter direkt från fältet.

Vi har förvånats av en hel del aspekter som framkommit bland analysmaterialet. Något som väckte starka reaktioner hos oss var att det inte är en självklarhet att förstavårdarna får debriefing efter att de varit med om en våldsam eller hotfull situation, men att debriefing ordnas automatiskt om de varit med om ett svårt larm, innehållande t.ex. dödsfall eller stor trafikolycka med svårt skadade. Vi tycker att det automatiskt borde ordnas debriefing även efter sådana händelser där de blivit utsatta för någon form av våld eller hot. Detta eftersom traumatiska upplevelser kan leda till psykiskt illabefinnande och oförmågan att arbeta. Vi tror att det kan vara svårt för vissa människor att be om att få prata med någon även om de skulle vara i behov av hjälp. Personalens möjlighet att diskutera olika händelser med varandra visade sig vara av stor vikt för dem som blivit utsatta för hotfulla eller våldsamma situationer. Vi tror att detta inledningsvis är ett bra sätt att hantera svåra upplevelser, men samtidigt anser vi att det inte är ett heltäckande koncept och därför är även debriefingen viktig.

Studien behandlar ett mycket brett område. Vi har inte bara fått kunskap om upplevelser av våld och hot, utan även om upplevelser av informationsgången från polis och nödcentral, polisresurser, samt om det upplevda behovet av skolning i detta ämne. Många av informanterna uppgav att de inte fått skolning i hur man hanterar en hotfull eller våldsam patient. Vi tror att det skulle påverka den upplevda tryggheten positivt hos personalen om de skulle ha verktyg för hur de skall hantera sådana situationer. Vi tycker att personalen borde få skolning om vad man borde vara uppmärksam på för att inte sätta sig i farliga situationer samt hur de skall ta sig ur sådana situationer och i värsta fall hur de skall försvara sig.

I studiens resultat har vi fått bekräftat det vi läst i litteratur och tidigare forskningar som gjorts. Vi har även fått kunskap om vilka känslor som kan uppstå hos personer som blivit utsatta för våld och hot i sitt arbete samt vad det kan ha för följder. Dessutom har vi fått konkreta förslag på vad skolning för ambulanspersonalen gällande våld och hot skulle kunna innehålla. Resultatet i denna studie täcker ett brett område och vi har fått svar på mer än forskningsfrågorna. Som ny kunskap förutom de konkreta exemplen till skolning, kan nämnas hur ambulanspersonalen i Österbotten upplever arbetssäkerheten och tryggheten samt kunskap om faktorer som upplevs påverka tryggheten negativt.

Som förslag tillförbättring vad gäller valet av datainsamlingsmetod i denna studie kunde man möjligen ha använt sig av enkäter. Intervjuerna ägde rum under informanternas arbetstid och det var därför ibland svårt att planera in och genomföra en intervju utan avbrott. Enkäter hade eventuellt varit ett enklare alternativ, men samtidigt är risken att informationen inte varit lika djupgående om man använt enkäter. Ett annat förslag till förbättring är att studien kunde genomföras på ett större geografiskt område för att få bredare kunskap och större mångfald bland informanterna.

En fråga som vi funderat på, men valt att inte gå in djupare på, är om det förekommer ett mörkertal i bland antalet "nära-ögat" situationer som inte anmäls. Detta är ett förslag till vidare forskning. Ett annat förslag är att man kunde göra en undersökning som visar om det märks skillnad i förekomsten och upplevelsen av våld och hot mellan landsbygden och större städer. Flera av informanterna upplevde att det fanns bristfälliga eller oklara riktlinjer för hur man skall agera i våldssituationer. Vi föreslår att man kunde utarbeta någon form av handlingsplan där det tydlig framgår hur man skall agera i sådana situationer

Källförteckning

Arbetshälsoinstitutet. (2010). *Högrisk yrken i Finland*.

http://www.ttl.fi/sv/arbetssakerhet/v%C3%A5ld_p%C3%A5_arbetsplatsar/hogriskyrken_i_finland/sidor/default.aspx (hämtat: 22.12.2013)

Arbeterskyddsstyrelsens författningssamling. (1993). *Våld och hot i arbetsmiljön*.

http://www.av.se/dokument/afs/AFS1993_02.pdf (hämtat 22.12.2013).

Arnetz, J. (2001). *Våld i vårdarbete - Ett utbildnings material om hot och våld för personer som arbetar inom vården*. Lund: Studentlitteratur

Atawneh, FA., Zahid, MA., Al-Sahlawi, KS., Shahid, AA. & Al-Farrah, MH. (2003).

Violence against nurses in hospitals: prevalence and effects. *British journal of nursing*, 12(2), 102-107.

Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S. (2009a). Consequence of workplace violence directed at nurses. *British journal of nursing*, 18 (20), 1256- 1261.

Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S. (2009b). Predicting patient aggression against nurses in all hospital areas. *British journal of nursing*, 18(8), 476-483.

Chapman, R., Perry, L., Styles, I. & Combs, S. (2010). *Nurses experience of adjusting to workplace violence: A theory of adaption*. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 186-194.

Eriksson, M. (2013). *Reaktioner på våld och hot*.

<http://www.akademiska.se/sv/Verksamheter/Kvinnofridsenheten/Patientinformation/Reaktioner-pa-vald-och-hot/> (hämtat 6.4.2014).

Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., & Hasselhorn, H-M., the NEXT Study group. (2008). Violence risks in nursing – results from the European 'NEXT' study. *Occupational medicine*, 58, 107-114.

Forskningsetiska delegationen. (2009). *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning*. Helsingfors: Forskningsetiska delegationen

Forskningsetiska delegationen. (2012). God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från denna i Finland. Helsingfors

Gates, D., Gillespie, G. & Succop, P. (2011). Violence against nurses and its impact on stress and produktivity. *Nursing economic*. 29, 59-67.

Gaut D. A., Leininger M. M. (1991). *Caring: The compassionate healer*. New York: National league of nursing press.

Hahn, S., Müller, M., Needham, I., Dassen, T., Kok, G. & Halfens, R. (2010). Factors associated with patient and visitor violence experienced by nurses in general hospitals in Switzerland: a cross-sectional survey. *Journal of clinical nursing*, 19, 3535-3546.

HaiPro. (2013). *Rapportering system för negativa händelser inom social-och hälsovård*. <http://www.hapro.fi/swe/default.aspx> (hämtat 27.1.2014).

Hallberg, U. (2011). *Hot och våld inom vård och omsorg*. Arbetsmiljöverket.

Henricson, M., (red). (2012). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

Hartman, J. (1998). *Vetenskapligt tänkande. Från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.

Hills, D. (2008). Relationships between aggression management training, perceived self-efficacy and rural general nurses' experiences of patient aggression. *Contemporary Nurse*, 31, 20-31.

Jacobsen D. I. (2007) *Förståelse, beskrivning och förklaring. Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur

Larsson, S. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Leijon,O. & Svensson,M. (2008). Hot och våld inom vård och omsorg. Faktablad av Karolinska Institutet.

Luck, L., Jackson, D. & Usher, K. (2007). STAMP: components of observable behavior that indicate potential for patient violence in emergency departments. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 11-19.

Malgorzata, M. (2010). *Workplace violence and harassment: an European picture*. Luxembourg: Publications office of the European Union

Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. & Suserud, B-O. (2010). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International emergency nursing*, 19, 5-11.

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

Segersten K., (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: Typografia.

Social- och hälsovårds ministeriet. (2011). *Servicenivån för den prehospitla akutsjukvården – Anvisning för sjukvårdsdistrikten för uppgörande av beslut om servicenivån för den prehospitla akutsjukvården*. Helsingfors: SHM

Smedlund, T. (2013). *Toimintaohje Suojaliivien käyttö*. Österbottens räddningsverk.

Suserud, B-O. (2005). A new profession in the pre-hospital care field – the ambulance nurse. *Nursing in critical care*, 10, 269-271.

Suserud, B-O. & Svensson, L. (red). (2009). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber.

Suserud, B-O., Blomqvist, M. & Johansson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the swedish ambulance service. *Accident and Emergency nursing*, 10, 127-135

Turvallisuusutiset. (2013). *Ensihoitaja joutuu tottumaan pelkoon – Potilas puukotti hoitajaa ambulanssissa*. <http://www.turvallisuusutiset.fi/sitenews/view/-/nid/6386/ngid/2> (hämtat 31.1.2014).

Taylor, J. & Rew, L. (2010). A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *Journal of clinical nursing*, 20, 1072-1085.

Yle Österbotten. (2012). *Ensihoitajan työn riskit ovat lisääntyneet*. http://yle.fi/uutiset/ensihoitajan_tyon_riskit_ovat_lisaantyneet/5479957 (hämtat:31.1.2014).

Finlands författningssamling

Lag om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. 28.4.1994/559.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1994/19940559?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=559%2F1994#Pid2157186> (hämtat 22.12.2013).

Social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård. 6.4.2011/340.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/2011/20110340> (hämtat 22.12.2013).

Förordning om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. 28.6.1994/564.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/alkup/1994/19940564> (hämtat 22.12.2013).

Arbetskyddslagen. 23.08.2002/738. <http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2002/20020738> (hämtat 2.1.2014).

Strafflag. 19.12.1889/39. Kap 25 Om brott mot friheten 21.4. 1995/578 §7.

<http://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1889/18890039001?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=olaga%20hot#L25> (hämtat 14.2.2014).

Mentalvårdslag. 14.12.1990/1116.

<http://finlex.fi/sv/laki/ajantasa/1990/19901116?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=mentalv%C3%A5rdslag> (hämtat 21.2.2014).

Hej!

Vi är tre vårdstuderanden från Yrkeshögskolan Novia som skriver vårt examensarbete om arbetssäkerhet i ambulansen. Som en beställning av Österbottens räddningsverk handlar vårt examensarbete om våld och hot i ambulansen. Syftet är att beskriva ambulanspersonalens upplevelser av våld och hot. Arbetsrelaterat våld är ett ständigt ökande problem och en aktuell fråga som berör all vård personal. Speciellt på akutmottagningar och i ambulans löper personalen stor risk att bli utsatta.

Med våld menar vi fysiskt eller psykiskt våld som kan vara allt från slag och sparkar till skällsord eller nedvärdering. Med hot menar vi hot om våld, att hämnas eller andra situationer som skapar otrygghet.

Datainsamlingen för vårt examensarbete kommer att göras i form av intervjuer som bandas in och sedan skrivs ner. Allt material behandlas konfidentiellt och alla intervjuade förblir anonyma. Då examensarbetet är färdigt kommer materialet att förstöras. Personerna som intervjuas bör vara anställda på ambulans i Österbotten och ha erfarenhet av att arbeta i ambulansen.

Vi undrar nu om Du skulle vara intresserad av att delta i en intervju. Intervjun tar ca en halvtimme till en timme. Vi kommer att kontakta dig per e-post om ca en vecka för att få veta om du är villig att delta. Det är frivilligt att delta och man kan när som helst avbryta om man känner att man inte vill medverka längre. Om du känner till någon som skulle vara lämplig att delta i undersökningen, önskar vi att du meddelar oss deras uppgifter då vi kontaktar dig per epost.

Vi hoppas att Du vill vara med. Dina svar är viktiga för oss.

Med vänlig hälsning; Malin Söderback, Jessica Småfisk & Sara Svahlskulla

Lisen Kullas-Nyman, handledare

Kontakta gärna oss om du har frågor!

Malin.soderback@novia.fi, jessicka.smafisk@novia.fi, sara.svahlskulla@novia.fi

Lisen.kullas-nyman@novia.fi

Intervjuguide

Kvinna / Man

Intervjufrågor:

1. Hur lång arbetserfarenhet har du inom första vården?
2. Hur upplever du att arbetssäkerheten eftersträvas när man tänker på våld och hot i första vården? Känner du dig trygg i ditt arbete?
3. Fungerar kommunikationen mellan ambulans och nödcentral gällande personer/adresser som enligt nödcentralens register är farliga?
 - 3.1. (Vad är det som inte fungerar?)
4. Fungerar kommunikationen mellan ambulans och polis gällande personer/adresser som redan från tidigare är kända som farliga?
 - 4.1. (Vad är det som inte fungerar?)
 - 4.2. Finns det tillräckliga polisresurser? Exempelvis när man begär handräddning av polis, är det lätt att få dem till platsen inom rimlig tid?
5. Finns det färdigt nedskrivna riktlinjer att följa om man behöver hjälp exempelvis från polis?
 - 5.1. Vem bär ansvaret om någonting händer? Exempelvis en första vårdare blir knivhuggen
6. Är det någonting du tycker borde förbättras gällande hanteringen av våldsamma eller hotfulla situationer från arbetsgivarens sida? Eller någonting annat som borde förbättras?
7. Har du någonsin upplevt våld eller hotfulla situationer i ditt arbete?
 - 7.1. Hur kändes det? Hur upplevde du den våldsamma/hotfulla situationen?
 - 7.2. Har/hade du några symtom på posttraumatiskt stressyndrom efteråt? Ex sömnsvärigheter, flash backs, mardrömmar/drömmar, ångest?
8. Fick du debriefing efter händelsen?
 - 8.1. Om inte; Fick du någon annan hjälp efteråt?
 - 8.2. Hur bearbetade du det som hänt? (om ingen debriefing)
 - 8.3. Finns det möjlighet att få krishjälp?
9. Har du fått skolning i hur man hanterar våldsamma patienter?
 - 9.1. Tycker du att det finns ett behov av skolning?
 - 9.2. Tycker du att det behövs mer skolning?

9.3. Hur tycker du att den skolningen borde se ut?

10. Tror du att man behöver vara en speciell människotyp för att arbeta inom Första vården?