



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för socialt arbete och kriminologi

”Det rinner av, sen gör man sitt jobb och fortsätter”

En kvalitativ intervjustudie om akutvårdssjuksköterskors utsatthet för våld i arbetslivet

Sandra Karlsson

2019

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Kriminologi
Kandidatprogram i utredningskriminologi
Examensarbete för kandidatexamen i kriminologi

Handledare: Anna Ekström
Examinator: Amir Rostami

Abstract

Title: You wash it off and then you go and do your job”

- A qualitative analysis about trauma nurses victimization of workplace violence

The aim of this study was to examine how trauma nurses relates to violence at work. The study was conducted through semi-structured interviews and a hermeneutic-sentence construction analysis has been used. The theoretical frameworks that was used in the study are social construction theory and the ideal victim. The result of the study showed that workplace violence frequently occurs and it also showed that psychological violence was the most common form. The trauma nurses usually don't report this type of violence because of complicated reporting tools and a workplace culture that normalize violence from patients and relatives. The trauma nurses experience an implicit fear of being exposed of crime which limits them at their workplace. Suggested measures against workplace violence were education, simplified tools for report crime and increased endorsement from leadership. The conclusion of the study showed that the nurses need help to institute a zero-tolerance policy against violence to challenge their definition of violence.

Keywords: workplace violence, nurse, victim, perpetrator

Sammanfattning

Syftet med studien var att studera hur sjuksköterskor på akutmottagningar förhåller sig till våld. I studien har semi-strukturerade intervjuer genomförts som analyserats av en hermeneutisk meningstolkning. Studiens teoretiska utgångspunkt har varit socialkonstruktionism och det idealiska offret. Resultatet av studien visade att utsatthet för våld var vanligt förekommande där psykiskt våld var det mest frekventa. Sjuksköterskorna anmäler utsattheten för våld i väldigt liten utsträckning vilket förklarades utifrån komplicerade tillvägagångssätt för rapportering samt en arbetsplatskultur som normaliserar våldet från patienter och anhöriga. Sjuksköterskorna upplever en implicit rädsla att utsättas för brott vilket begränsar dem i sin yrkesutövning. Föreslagna åtgärder ansågs vara utbildning, förenklad rapportering, samt ökat stöd från ledning. Slutsatsen är att sjuksköterskorna behöver hjälp att införa en nolltoleranspolicy för våld och därmed utmana sin syn på vad som definieras som våldshandlingar.

Nyckelord: arbetsplatsbaserat våld, sjuksköterskor, offer, gärningsperson

Innehåll

1. Inledning	6
1.1 Syfte.....	7
1.2 Frågeställningar	7
1.3 Förklaring av begrepp	7
1.3.1 Våld	7
1.3.2 Våld i arbetslivet.....	8
1.4 Disposition	8
2. Tidigare forskning	9
2.1 Tillvägagångssätt.....	9
2.2 Våld i arbetslivet	10
2.3 Förekomst av hot och våld på akutmottagning och inblandade aktörer	11
2.4 Riskfaktorer.....	13
2.5 Konsekvenser av hot och våld.....	14
2.6 Åtgärder.....	14
3. Teorier	15
3.1 Socialkonstruktionism	15
3.2 Det idealiska offret.....	16
4. Metod	18
4.1 Forskningsmetod.....	18
4.1.1 Semistrukturerade intervjuer	19
4.2 Intervjuerna.....	19
4.3 Urval.....	19
4.4 Validitet & reliabilitet och generaliserbarhet.....	19
4.5 Etiska överväganden.....	22
4.6 Genomförande.....	23
4.7 Bearbetning och analys.....	23
5. Resultat och analys	24
5.1 Intervjupersoner	24
5.2 Hur definierar sjuksköterskorna våld?	25
5.3 Förståelse för viss typ av våld	25
5.4 Psykiskt våld som mest förekommande	28
5.5 Orsaker till att våld uppstår	30
5.5.1 Hög arbetsbelastning	30
5.5.2 Väntetider	31
5.5.3 Låg jobbkontroll	31
5.5.4 Kvälls- och helgpas	32
5.5.5 Yrkeserfarenhet	33
5.6 Vem utövar våld.....	33
5.7 Rapportering	34
5.7.1 Ledningens roll för anmälningsbenägenheten	35
5.8 Kollegial betydelse.....	36
5.9 Konsekvenser och åtgärder.....	37
5.9.1 Begränsning av yrkesrollen	37
5.9.2 Åtgärder	39
6. Diskussion	40
6.1 Hur resultaten kan tolkas i relation till vald teori och till tidigare forskning	40
6.1.1 Implicit rädsla.....	40
6.1.2 Kollegial stöttning	40
6.1.3 Psykiskt våld som mest skrämmande	41
6.1.4 Idealiska offret.....	42

6.1.5 Konsekvenser.....	44
6.1.6 Grövre brottslighet.....	44
6.1.7 Åtgärder	45
6.2 Förslag till fortsatt forskning	47
Litteraturförteckning.....	48
Bilaga 1	51
Bilaga 2	52
Bilaga 3.....	53

1. Inledning

Siffror från försäkringskassan visar att det blir allt vanligare med hot och våld mot vårdpersonal, främst de som arbetar vid akutmottagningar runt om i landet (Cederberg, 2016). Media rapporterar om oroligheter på akutmottagningar efter skottlossningar och gängrelaterat våld (Ibid) där vårdpersonal utsätts för hot och våld i samband med att de vårdar dessa patienter (Olsson, 2017). Sjuksköterskorna upplever att det blir allt vanligare med skottlossningar mellan konkurrerande gäng där anhöriga massivt väller in i akutrummen och börjar uppträda hotfullt (Börjesson, 2017). Hoten mot personalen kan vara allt från dödshot, våldtäkt eller förtäckta hot som frågor hur barnen mår. Detta bidrar till att personalen tvingas vara på helspänn för vad som kan hända, både för sin egen del men även för andra patienter (Olsson, 2017). Hoten göms i ett mörkertal eftersom personalen inte vågar anmäla på grund av rädsla att utsättas för repressalier av gärningspersonerna eller deras anhöriga. De beskriver det som ett nytt fenomen som tidigare inte funnits i svensk sjukhuskontext, vilket gör att dem känner sig rädda och begränsade i sin yrkesutövning (Olsson, 2017).

Avander et al. (2016, s. 52) menar att det är problematiskt med det höga mörkertalet eftersom det minskar möjligheterna att motverka och hantera fenomenet. Deras studie visar också att akutvårdspersonal som blivit utsatta för hot och/eller våld på arbetet riskerar att drabbas av psykiska eller fysiska besvär som på längre sikt kan resultera i sjukskrivning eller i värsta fall uppsägning (Avander et al. 2016, s. 51). Försäkringskassans siffror visar att sedan 2010 har antalet sjukskrivningar till följd av hot eller våld inom vård och omsorg ökat med 44 procent (Cederberg, 2016). Detta gör att arbetsplatsen mister erfaren och kompetent personal vilket påverkar vården negativt (Hallberg 2011, s. 33) både om man ser till arbetsmiljön och patientvård där även samhället drabbas ekonomiskt (Hallberg, 2011, s. 5).

Den låga anmälningsbenägenheten beror inte enbart på grund av rädsla att utsättas för repressalier utan brott som sker i yrkessammanhang har en väldigt låg anmälningsbenägenhet generellt sett (Brå, 2018, s. 3). Estrada, Nilsson & Wikman (2007, s. 2) menar att vissa yrkesgrupper ser våldet som en del av deras yrkesutövning och anmäler därför i mindre utsträckning, där personal inom hälso- och sjukvård är de som anmäler minst. Grövre fysiskt våld tenderar dock att anmälas och behandlas medan hot och trakasserier blir en del av vardagen (Hallberg, 2011, s. 24). Detta visar att våld och vad som definieras som sådant är bundet av kontext eftersom samma typ av händelse kan uppfattas olika beroende på offer,

brottsplats och gärningsperson vilket gör det extra intressant och en anledning till varför den här uppsatsen bör göras kvalitativ.

Mycket av tidigare forskning kring sjuksköterskors utsatthet för våld i arbetslivet fokuserar på att identifiera riskfaktorer för hur våld uppstår medan det i mina ögon finns få studier som belyser erfarenheter och uppfattningar av hur akutvårdssjuksköterskor definierar våld, allra minst utifrån svensk kontext. Enligt Olsson (2017) är det först under senare år det har blivit vanligt att vårdpersonal utsätts för hot och våld i samband med att de vårdar skott- och skärskadade patienter, vilket av förklarliga skäl bidrar till att tidigare forskning inte fokuserat på sådant våld.

Det ökade våldet mot personal på akutmottagningar väcker mitt intresse för att fördjupa kunskapen av hur det upplevs av sjuksköterskor både individuellt och i en arbetsplatsbaserad kontext och genom deras upplevelser förstå vilka konsekvenser det kan väntas ge dem samt svensk sjukvård. Genom denna studie är förväntningarna att kunna erbjuda ny erfarenhet och kunskap kring den nya kontexten på akutmottagningen och vad den kan tänkas betyda för sjuksköterskan.

1.1 Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur sjuksköterskor förhåller sig till våld på akutmottagningar.

1.2 Frågeställningar

- Hur definierar sjuksköterskorna våld?
- Vad upplever sjuksköterskor som orsaker till våld?
- Vilka konsekvenser uppfattar sjuksköterskorna att våldet på akutmottagningen får?
- Vilka åtgärder tror sjuksköterskor skulle kunna minska våldet på akutmottagningen?

1.3 Förklaring av begrepp

1.3.1 Våld

Det finns ingen entydig definition kring begreppet våld trots att många forskare har försökt finna ett globalt begrepp som innefattar allt vad som kan anses ingå. Våld kan variera mellan både forskare och sammanhang eftersom det är ett begrepp som kan innefatta så många saker (Forsberg & Svanström 2018, s. 1).

I studien används WHO:s definition som används och är refererad i Kennedy & Julie (2013, s.2). Det är en bred och öppen definition som innefattar såväl fysiskt som psykiskt våld vilket är eftersträvansvärt då det finns möjlighet att betrakta våldshandlingar av olika karaktärer som just våld och inte något mindre allvarigt. Enligt Kennedy & Julie (2013, s. 2) beskrivs våld i arbetslivet följande:

”Incidents where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health” (Kennedy & Julie, 2013, s. 2).

Kennedy & Julie (2013, s. 2) beskriver ytterligare tre begrepp som de anser detaljerar definitionen och konkretiserar vad våldet kan innebära.

Verbalt våld beskrivs som; avsiktligt använda svordomar, gapande och skrikande eller utskällningar för att förödmjuka, klanka ner på någons värdighet som orsakar rädsla, oro och irritation hos offret.

Fysiskt våld: handlingar som orsakar fysisk, sexuell skada för offret, exempelvis bita, sparka, slå, knivhugga, skjuta, våldta eller klösa.

Psykologiskt- och emotionellt våld beskrivs som: beteenden som förödmjukar, respektlöshet, oförsämndhet samt vara vittne till grova våldshandlingar eller olycksfall.

Då studien ämnar undersöka sjuksköterskors upplevelser av våld i arbetslivet kan det vara av betydelse för vilken karaktär våldet tar sig i uttryck i för att lättare skapa förståelse för sjuksköterskans vardag. Intervjupersonerna i studien får dock själva bedöma vad som uppfattas som våld för dem för att koppla det till hur våld kan förstås och tolkas.

1.3.2 Våld i arbetslivet

Det saknas en gemensam definition av vad våld i arbetslivet innebär då olika yrkesgrupper och arbetstagare har olika uppfattningar för vad som betraktas som hot och våld på arbetsplatsen (AFS:1993:2). Vissa arbetsplatser är mer utsatta för risker att utsättas för hot och våld än andra. En riskfaktor har visat sig vara arbetsplatser där människor står i beroendeförhållande till varandra eller där det utövas makt- och myndighetsutövning (Hallberg, 2011, s. 6). Vård och omsorg är därmed en riskfylld bransch att arbeta inom och att tillhöra akutsjukvården ökar riskerna ytterligare (Avander et al. 2016, s. 51).

1.4 Disposition

Rapporten börjar med en sammanfattning av studiens innehåll där läsaren snabbt kan bilda sig en uppfattning vad den handlar om. Därefter kommer ett inledande kapitel där läsaren får mer

inblick i problemet som sedan mynnar ut i syftet med studien och vilka frågeställningar som är relevanta. Där ges även förklaringar av olika begrepp som är väsentliga för läsaren att känna till. I kapitel 2 sammanfattas tidigare studier av våld i arbetslivet och beskriver dess relevans för studien. I följande kapitel 3 redogörs de teorier som ligger till grund för arbetet. I kapitel 4 redogörs metodologisk utgångspunkt, urval, etiska överväganden och tillvägagångssätt vid genomförande samt bearbetning och analys. I kapitel 5 presenteras studiens resultat och analys och i kapitel 6 förs en diskussion kring studiens väsentligaste slutsatser och resultat i relation till syftet och frågeställningarna. Avslutningsvis ges förslag på framtida forskning.

2. Tidigare forskning

I detta avsnitt presenteras tidigare forskning om våld i arbetslivet med inriktning mot sjuksköterskor. Den tidigare forskningen kommer att presenteras utifrån strukturerade teman där *våld i arbetslivet* är först ut som övergår till *förekomst av hot och våld på akutmottagningar och inblandade aktörer* som sedan mynnar ut i *riskfaktorer, konsekvenser av hot och våld* för att till sist beskriva *åtgärder*. Inledningsvis redovisas tillvägagångssättet i inhämtning och urval av forskning

2.1 Tillvägagångssätt

I den inledande fasen av studien var det av yttersta vikt att fördjupa sig i ämnet. Genom en kunskapsöverblick på internet som startades genom sökning på Google med sökord som våld mot akutmottagningar påträffades ett stort antal tidningsartiklar som belyste ett ökat våld mot Sveriges akutmottagningar. I artiklarna refererades det till publikationer från svenska myndigheter som studerades vidare och var relevanta för arbetet. För att finna tidigare forskning med mer vetenskaplig ansats tillämpades databasen Discovery via högskolan i Gävle med urvalskriterier att artiklarna ska vara skrivna på engelska, ha genomgått Peer Review samt vara tillgängliga i Full text.

Första sökningen var ”*workplace violence literature review*” och resulterade i 248 träffar. Samtliga titlar studerades vilket gav indikationer på vad artikeln handlade om. Många artiklar handlade om våld i arbetslivet kopplat till vårdsektorn där 2 artiklar var relevanta för studien då dem var inriktade på sjuksköterskor och våld på akutmottagningar. Samma databas och metod användes för att söka vetenskapliga artiklar om sjuksköterskors utsatthet för våld i arbetslivet. Sökningen började med ”*nurses, victimization and violence*” och fick 111 träffar.

Majoriteten av dessa var riktade mot vårdpersonal som sådant och ofta riktade mot geriatrik, psykiatri eller fokuserade på förebyggande åtgärder för våld i arbetslivet inom sjukvården. Sökorden ändrades till ”*trauma nurse and workplace violence*” som fick 90 träffar. Samtliga titlar lästes igenom och när någon verkade intressant lästes även abstraktet vilket resulterade i 3 artiklar som berörde sjuksköterskors utsatthet för våld på akutmottagningar i någon aspekt. Inte så många av dessa studier beskrev sjuksköterskornas upplevelse av våldet eftersom de flesta studier var av kvantitativ metod. Det upplevdes svårt att finna artiklar som beskrev problemet i svensk kontext. Av alla artiklar som används i studien är enbart två stycken av sådan art.

I de vetenskapliga artiklarna refererades det till andra artiklar som verkade användbara som senare följdes upp genom att söka direkt på titel och på det viset hittades ytterligare 1 artikel. De vetenskapliga artiklarna bidrog med en djupare förståelse kring ämnet samt möjliggjorde att olika forskning och resultat kunde jämföras med varandra.

Sammantaget består tidigare forskning således av 8 vetenskapliga artiklar.

2.2 Våld i arbetslivet

Våld i arbetslivet ses fortfarande som ett ungt forskningsområde och det var först under 1900-talet som uppmärksamheten riktades mot problematiken. År 1993 publicerade arbetsmiljöverket *Våld och hot i arbetsmiljön* (AFS 1993:2) vilket gav området en stor genomslagskraft. Under denna period intresserade sig forskningen för dilemmat vilket senare bidrog till att arbetstagarnas intresseorganisationer prioriterade detta område och präglas sedan dess av försök att göra arbetsplatsen säkrare och tryggare (Wikman, 2008, s. 24). I offerundersökningar från 1900-talet visades att arbetsplatsrelaterat våld, likaså anmälningarna hade ökat markant (Estrada, Nilsson & Wikman, sid 2) Det går dock inte studera statistik som en direkt återspeglning av våldshändelser utan måste ses mer som en ”social produkt” (Ibid). Wikman (2008, s. 7) menar att det är rimligt att anta ur ett kriminologiskt perspektiv, att den ökade uppmärksamheten kan leda till en ökad känslighet för vad som uppfattas som våld samt att anmälningsbenägenheten ökar vilket skulle kunna förklara en del av det ökade arbetsplatsvåldet.

Jerre (2009, s. 68) menar att det ökade våldet på arbetsplatsen framförallt skedde i grupper som vård, skola och omsorg som hade mindre fördelaktig arbetsmiljöutveckling under denna tidsperiod. Det kan tänkas påverka anställda som sänker sin toleransnivå för ytterligare

påfrestningar så som hot och/eller våld i arbetsmiljön vilket skulle kunna leda till att anmälningsbenägenheten för hot och våld ökar (Jerre, 2009, s. 68) (Hallberg 2011, s. 6).

Wikman (2008, s. 27) redogör i sin litteraturanalys hur synen på både offer och förövare har förändrats sedan 1978 fram till 2004. Hon menar att bilderna av den traditionella brottslingen har suddats ut och ersatts med en betydligt bredare och icke-traditionell brottsling och kan numera vara alltifrån senildementa, sjuksköterskor och företag. Det är nya grupper som uppmärksammas som både offer och förövare, till exempel personal inom hälso- och sjukvård. De kan utsättas för brott i yrkeslivet samtidigt som de kan begå våldshandlingar genom maktutövandet och anses som förövare. Det gör att våld som social definition vidgats och gjorts betydligt bredare än vad det var för några år sedan som också kan påverka anmälningsstatistiken. Det kan anses vara ett problem eftersom det inte finns någon gemensam definition av begreppet våld i arbetslivet och kan därför ge olika utslag beroende på när, hur och var studier av utsatthet för våld i arbetslivet genomförs.

Jerre (2009, s. 68) beskriver att det inte är självklart hur ökningen av det registrerade våldet ska förstås men har i sin studie konstaterat att det ökade arbetsplatsvåldet kan påverkas av flera olika faktorer som ökad eller minskad anmälningsbenägenhet, vidgade definitioner av våldsbegreppet och minskad tolerans för våld. En annan förklaring kan vara att det faktiskt har skett förändringar i arbetsmiljön och de anställdas arbetsförhållanden men sannolikt samverkar dessa faktorer och påverkar varandra. Trots att anmälningsbenägenheten har ökat är mörkertalet fortfarande stort när det gäller förekomsten av hot och våld på arbetsplatserna (Kennedy & Julie 2013, s. 1).

2.3 Förekomst av hot och våld på akutmottagning och inblandade aktörer

Flertalet forskningar på våld i arbetslivet har gjorts och gemensamt funnit att personer som arbetar inom skola, sjukvård och omsorg är de personer som utsätts mest för våld i arbetslivet (Jerre, 2009, s. 68). Dessa yrken har gemensamma beskaffenheter då de utövar makt- och myndighetsutövning vilket har visat sig vara sårbara yrkesegenskaper för att öka risken att utsättas för hot och våld (Hallberg 2011, s. 6). Akutmottagningen innefattar även andra riskfaktorer som synnerligen rörig arbetsmiljö, patienter där tillståndet förändras snabbt, emotionell stress hos patient och anhöriga, eventuell våldsam bakgrund hos patient som påverkar våldsbänagenheten (Avander et al 2016, s. 51) och individuella faktorer hos sjuksköterskan som upplevd stress, höga krav och små möjligheter att påverka sin situation (Jerre 2009, s. 69). År 2002 hade 51 % av personer som arbetar inom hälso- och sjukvård i

Sverige blivit utsatta för hot och/eller våld det senaste året och 9 % upplevde någon form av våld dagligen (Menckel & Viitasara 2002, s. 379). I en liknande studie från USA som studerade sjuksköterskor på akutmottagningar rapporterade 48 % att det blivit utsatta för våld senaste året (Kennedy & Julie 2013, s. 4). Dessa siffror är tämligen höga men man kan anta att mörkertalet är stort eftersom anmälningsbenägenheten är låg inom hälso- och sjukvård (Hallberg, 2011 s. 24). Den nuvarande trenden att inte rapportera våldet kan beskrivas som en kultur på arbetsplatsen som accepterar våld som en del av arbetet eller förnekar våldet mot dem (Kennedy & Julie, 2013, s. 1). Stene et al. (2015, s. 116) lägger fram att hälften av alla sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningarna i deras studie uppfattar arbetsrelaterat våld som en del av arbetet. En annan orsak kan vara att man inte vet vilka handlingar som räknas som våld i arbetslivet. Enligt arbetsmiljöverkets föreskrifter är våld i arbetslivet ”allt från mord till trakasserier” (AFS, 1993:2) vilket är en väldigt bred definition som ger olika yrkesgrupper utrymme att själva bestämma vilka gränser de drar och vad de definierar som hot och våld och kan göra att man på vissa arbetsplatser tolererar mer än andra (Hallberg, 2011, s. 8). Den låga anmälningsbenägenheten kan också höra ihop med osmidiga och tidskrävande tillvägagångssätt att rapportera incidenter eller rädsla för hur det ska tas emot av överordnande och/eller kollegor (Stene et al. 2015, s. 114). Det bidrar till att det är svårt att fastställa förekomsten av hot och våld mot hälso- och sjukvårdspersonal eftersom de av olika skäl inte anmäler övergreppen (Brå, 2018, s. 19)

Det vanligaste förekommande våldet tycks vara verbalt våld (Menckel & Viitasara, 2002, s. 376). Kennedy & Julie (2013, s. 5) beskriver att risken med att utsättas för verbala kränkningar och hot är att det för stunden känns förhållandevis harmlöst och man ser inte effekterna och de långsiktiga konsekvenserna som kan uppstå för sjuksköterskan så som stress, utbrändhet eller ångest etc. Det uppstår en normaliseringsprocess som bidrar till att våldet kommer att ses som en del av arbetet. Det tycks dock vara lättare för sjuksköterskorna att normalisera våld från patienter som lider av psykiska sjukdomar och demens än från patienter som använder vulgärt språk eller tillhör kriminalitet (Kennedy & Julie 2013, s. 5) (Avander et al. (2016, s. 54). Stene et al. (2015, s. 114) visar att den vanligaste förövaren mot sjuksköterskor är patienten, men att även anhöriga eller vänner till patienten förekommer relativt ofta. Patienter finns representerade inom alla typer av våld riktat mot sjuksköterskor medan anhöriga oftast återfinns inom verbalt våld som ofredande och hot.

Avander et al. (2016, s. 51) och Kennedy & Julie (2013, s. 3) har dragit paralleller att samhällets grövre våld har letat sig in i sjukhuskontexten och bidragit till att arbetsmiljön

försämrats för sjuksköterskor på akutmottagningen. Avander et al.(2016, s. 51) menar att personer med kriminell anknytning har en bakgrund av våldsamt beteende och har därför lättare till aggressivitet och använder sig av vulgärt språk vilket ökar risken för sjuksköterskan.

2.4 Riskfaktorer

Det är svårt att förutse potentiella risksituationer för våld i arbetslivet och det påverkas troligen av flera olika faktorer som både strukturella och individuella. En faktor som kan påverka att våldsamt beteende uppstår kan vara nedskärningar av personal som tvingas vårda samma typ och mängd av akutsjuka individer på mindre mängd personal (Catlette, 2005, s. 520). Det bidrar till en hög arbetsbelastning för personalen som inte hinner med och kan orsaka köbildningar och långa väntetider för patienterna. Det i sin tur leder till missnöje och risk för konflikt. Det kan resultera i stress för sjuksköterskorna, dåligt samarbete mellan kollegor och låg vårdkvalité i och med att empatin mot patienter hämmas vid stress (Estrada Nilsson & Wikman, 2007, s 6). Dålig information kring konflikthantering och hur man kommunicerar med patienter till nyanställda/nyutbildade har visa sig vara riskfaktorer för att våld ska uppstå eftersom de inte vet hur man kan undvika en potentiell våldsam situation (Hallberg 2011, s. 25). En annan faktor kan vara att sjuksköterskorna arbetar i miljöer där både pengar och droger finns tillgängliga och en annan kan vara att de ofta arbetar ensamma (Catlette, 2005, s. 520).

Många sjuksköterskor upplever ett ökat hot och våld associerat med tid på dygnet samt patienter som är påverkade av alkohol och droger samt lider av psykiska sjukdomar (Catlette 2005, s. 520) (Avander et al. 2015, s. 53). Annat som kan påverka våldet är miljömässiga faktorer som att det är lätt att ta sig in på avdelningen med exempelvis vapen eller att det kommer in obehörig familj eller andra som söker hämnd så som gängmedlemmar. Det finns risk att utsättas för våld 24 timmar om dygnet på akutmottagningen på grund av att den aldrig stänger samt att det finns brist på synliga säkerhetsvakter (Catlette 2005, s. 524). Pich et al. (2010, s. 269) har i sin studie konstaterat att patienter som har en våldsam bakgrund löper större risk att bli våldsamma igen samt att patienter från lägre socioekonomiska områden också är sammankopplade med en ökad risk för våldsamt beteende. De fann också att vissa sjuksköterskor upplever mer våld än andra som kan höra ihop med den egna attityden och individuella egenskaper så som kroppsspråk och hetsighet (Pich et al. 2010, s. 271).

2.5 Konsekvenser av hot och våld

Avander et al. (2016) har undersökt vilken upplevelse svenska sjuksköterskor på akutmottagningar har av våld i arbetslivet och vilka lång- och korttidskonsekvenser det kan ge på deras emotionella välbefinnande. Avander et al. (2016, s. 51) konstaterar att sjuksköterskor ofta upplevde en rädsla att vårda patienter som varit eller tenderar att vara våldsamma vilket indirekt kunde leda till sämre patientvård på grund av att de undvek patienten.

Sjuksköterskor som hade upplevt fysiskt och/eller psykiskt våld uppgav känslor som lägre tillfredsställelse och en ovilja att stanna kvar inom yrket, men även mer seriösa konsekvenser som stress, posttraumatisk stress syndrom och utbrändhet (Ibid). Många sjuksköterskor som överväger att lämna sitt yrke visar sig göra det också i praktiken. En sådan förlust är ett stort problem för hälso- och sjukvården då kompetent personal är nödvändigt för en god vård och omsorg. Det kan också vara svårt att rekrytera ny personal om hot och våld är ett välkänt problem inom hälso- och sjukvården (Hallberg 2011, s. 33). Avander et al. (2016, s. 55) beskriver också att sjuksköterskorna uppgav känslor som rädsla och en ihållande känsla att de kommer bli utsatta för våld vilket resulterade i stress och osäkerhet.

Att inte veta när en hotfull situation uppstår är en psykisk press och en av vanligaste orsakerna till osäkerhet, vilket leder till undvikande av konflikter och en strävan efter att försöka göra patienten nöjd, vilket kan leda till mer medicin än vad patienten behöver. Det bidrar till en känsla att vara manipulerad och sjuksköterskorna känner sig begränsade i sin egen yrkesroll. De känner också en rädsla för att anmäla patienter som har varit våldsamma eftersom det kan påverka deras privata liv utanför arbetet och detta gäller främst patienter från en kriminell kontext (Avander et al, 2016, s. 55).

Hallberg (2011, s. 17) har i sin forskning visat att sjuksköterskor som har utsatts för våld inom arbetslivet reagerar med ilska, skam, skuld och en upplevelse att de är inkompetenta för yrket och lägger skulden på sig själva och tror att de själva har orsakat incidenten.

Känslor som maktlöshet, frustration, låg jobbkontroll och rädsla är andra känslor som är vanligt förekommande vid utsatthet för våld i arbetslivet (Kennedy & Julie 2013, s. 5).

2.6 Åtgärder

Stene et al. (2015, s.116) pekar på att det upplevda stödet från ledning är centralt när det gäller att undvika att våld uppstår, men även för att få personalen att anmäla i högre utsträckning. Vetskap att ledningen uppmuntrar anmälningar samt att de följer upp hur den

utsatta individen mår har visat sig ha positiva effekter. Personalen tvingas till en kulturförändring med nolltolerans för våld i arbetslivet där arbetstagaren tar på sig ansvaret som sig bör. På längre sikt kommer inte våldet ses som en del av arbetet (Ibid).

Pich et al. (2010, s. 272) menar att utbildning och träning är effektiva verktyg för att bekämpa våld i arbetslivet. Att lära sjuksköterskor identifiera potentiellt våldsamma patienter samt lära sig konflikthantering så att våld inte behöver bli slutresultatet stärker dem och gör att de känner sig mer bekväma i arbetsrollen (Kennedy & Julie 2013, s. 7)

Kennedy & Julie (2013, s. 7) pekar på att kollegor är centralt både när det gäller att undvika att våld uppstår, men även för att mildra konsekvenserna för den enskilda sjuksköterskans välbefinnande. Stödet av att tala ut med sina kollegor kan resultera i att de fysiska och psykiska effekterna kan reduceras och därför är åtgärder som syftar till att stärka lagkänsla och samarbete viktiga för att förebygga våld.

3. Teorier

I detta kapitel presenteras teorier som tillsammans med tidigare forskning kommer att användas för att analysera insamlad empiriskt material.

3.1 Socialkonstruktionism

I denna uppsats är det övergripande teoretiska förhållningssättet socialkonstruktionistiskt vilket enligt (Allwood & Eriksson 2010, s. 122) innebär att föreställningar om världen bör ses som sociala konstruktioner och inte som en objektiv avspeglning av verkligheten. Ett socialkonstruktionistiskt synsätt utmanar därmed den traditionella bilden av kunskap då det menas att ”sann” kunskap inte existerar, det finns istället flera olika konstruktioner av verkligheten eftersom den är påverkad av kontext och vem som skapar den (Ibid, s. 124). Fenomen som vi ser som självklara i vardagen, skapas genom en social interaktion med andra människor och är beroende av i vilket samhälle vi lever i. Det som ses som verklighet i en kontext behöver inte ses på samma sätt i en annan kontext (Ibid, s. 123).

Allwood & Eriksson (2010, s. 123) betonar att vi i vardagen är omedvetna om hur förståelse konstrueras socialt, vilket bidrar till att vårt vardagliga medvetande ser världen som en objektiv verklighet och oberoende av hur vi konstruerar den. Det finns outtalade överenskommelser förknippade med konstruktioner och om någonting får betydelse sker det genom en social process där det skapas kategorier som befasts genom roller och

handlingsmönster, vilka sedan kommer ses som givna oberoende av vår förståelse för dem. Således vill socialkonstruktionismen lyfta fram att de sociala konstruktionerna är en viktig variabel när det gäller att skapa vad som är normalt och onormalt och att man därför kritiskt bör granska kunskap och inte ta den för given. Socialkonstruktionismen karaktäriseras av deras intresse för föreställningars sociala grund och effekter samt hur dessa påverkar både vetenskapen och samhället i stort (Ibid).

Socialkonstruktionismen har fått kritik från traditionell forskning att den inte är speciellt användbar utifrån att den inte är förutsägbar och predicerbar. Detta är inget som de tar särskilt allvarligt på eftersom de inte är intresserade av att predicera utan de vill belysa komplexitet och synliggöra sådant som är outtalat, som konstruktioners koppling till vår föreställningsvärld, vår syn på verkligheten, våra åsikter om den samt de roller och beteenden som följer av dessa faktorer (Allwood & Eriksson, 2010, s. 125). Då studien har som avsikt att förstå och tolka hur sjuksköterskor förhåller sig till våld och inte något intresse för att predicera är det en anledning till varför socialkonstruktionism passar bra som teoretiskt ramverk för föreliggande studie.

3.2 Det idealiska offret

Christie (2011) introducerade begreppet ”idealiska offret” vilket han menar är en status som bara vissa offer uppnår när de utsätts för brott. Statusen innebär att personer eller kategorier av individer tillskrivs legitim offerstatus och får därefter samhällets sympatier (Christie, 2011, s. 47). Idealiska offer har inte nödvändigtvis särskilt mycket att göra med verkliga offer, de som utsätts mest för brott, utan det handlar istället om våra uppfattningar om vad som är ett brott, vem som är ett offer och vem som är förövare (Jönsson, 2012, s. 119). Därmed är inte ”att vara ett offer” ett objektiva fenomen utan offerrollen görs utifrån deltagarnas definition av situationen (Christie, 2011, s. 47). Christie (2011) beskriver förövaren som gärningsman medan studien fortsättningsvis kommer använda gärningsperson då förövaren även kan vara en kvinna.

För att vara ett idealiskt offer krävs fem egenskaper vilka Christie (2011, s. 48) beskriver som;

- 1. Offret ska anses vara svagt, t.ex. vara sjuk, gammal eller väldigt ung*
- 2. Offret ska vara upptaget med ett respektabelt projekt som vara på arbetet eller handla åt sin sjuka syster*
- 3. Offret är på en plats denne inte kan klandras för att vara på vilket kan vara bussen på dagtid,*

arbetsplatsen eller hemma 4. *Gärningsmannen är stor och ond* samt att 5. *Gärningspersonen är okänd och därav inte har någon personlig anknytning till offret*.

Till listan över egenskaper tillägger Christie ett sjätte villkor för att uppnå status som idealiskt offer: offret ska vara starkt men inte för starkt för att kunna hävda sin offerstatus alternativt att man inte möter opposition från motkrafter som är så starka att man inte hörs (Jönsson, 2012, s. 120).

För att vara ett idealiskt offer krävs det en idealisk gärningsman vice versa och dessa två är beroende av varandra. En idealisk gärningsman beskriver Christie (2011, s. 55) som ett fenomen där det onda attackerar det goda med egenskaper som främmande, någon som inte liknar offret och som en ”varelse på avstånd”. Han problematiserar gärningsmannens egenskaper och belyser komplexiteten kring dem och menar att trots upplevda kriterier för idealisk gärningsman tillskrivs han än dock inte idealisk gärningsman. Christie (2011, s. 55) exemplifierar en gärningsman som säljer droger som på ytan anses vara idealisk, men som själv är offer för drogmissbruk och sin egen verksamhet. Han är en gärningsman som flyter ihop med offer och är därför inte en idealisk gärningsman (Christie, 2011:55).

Utifrån dessa kriterier kan sjuksköterskorna genom sin yrkesroll få svårt att uppnå status som idealiskt offer i vissa våldssammanhang. Teorin är användbar för att förklara varför dem uppfattar våldet olika beroende på kontext och varför de varierar offerroll beroende på vilken gärningsperson som orsakar våldet.

För att uppnå status som idealiskt offer krävs bland annat att offret är på en respektabel plats, är upptaget med ett respektabelt projekt samt att gärningspersonen ska vara okänd för offret. Dessa kriterier kommer alltid att uppfyllas för sjuksköterskan. Ett annat kriterium är att offret förväntas vara svagt, gammal eller väldigt ung vilket sjuksköterskorna vanligtvis inte är, vilket alltid kommer försvåra för dem att uppnå offerstatus i sitt yrke. Deras auktoritära roll gentemot patienterna försätter dem i en maktposition som ytterligare försvårar för dem att få samhället sympatier som offer. Det som är avgörande och föränderligt är kriteriet vilken gärningsperson som utför våldet. En typisk situation där sjuksköterskan inte upplevs som offer är då gärningspersonen är dement och gammal och uppträder våldsamt. Enligt Christie (2011) behöver gärningspersonen vara stor, stark och ond, helst en man för att anses som idealisk gärningsperson (Christie, 2011, s. 55). En dement patient är vanligtvis gammal, och genom sjukdomen anses dem inte vara starka. Sjuksköterskan förväntas kunna hantera en sådan patient och därmed är den typen av gärningsperson inte idealisk för att framställa

sjuksköterskan som offer. Psykiskt sjuka eller missbrukande personer kan däremot mycket väl vara en idealisk gärningsperson utifrån att dem kan vara män som fysiskt sätt är friska, starka och ”onda” (aggressiva). I dessa fall kan inte sjuksköterskan tillskrivas offerstatus beroende på att gärningspersonen är ett offer för en sjukdom själv, vilket enligt Christie (2011, s. 55) bidrar till att personen inte är en idealisk gärningsperson. Är gärningspersonen istället en frisk medelåldersman som uppträder våldsamt är han inte offer för någon sjukdom och kan ses som den onda, farliga gärningsmannen som det femte kriteriet kräver. Sjuksköterskan uppfyller dock inte kriteriet att vara svag, men uppfyller alla andra vilket gör att dem har lättare att uppfattas som offer i sådana sammanhang.

Dessa egenskaper är intressanta i studien och kan i många fall användas för att förstå varför offer med flera idealtypiska karaktäristiska ändå inte får status som idealt offer. Jag har valt att använda Christies teori för att försöka synliggöra komplexiteten i sjuksköterskornas förhållande till att uppnå rollen som offer.

4. Metod

I följande kapitel presenteras val av forskningsmetod samt på vilket sätt empirisk data har samlats in för att genomföra studien. I kapitlet redogörs också studiens etiska aspekter samt en diskussion kring begrepp som validitet, reliabilitet och generaliserbarhet.

4.1 Forskningsmetod

I studien har en kvalitativ forskningsmetod praktiserats där datasamlingen har skett genom semistrukturerade intervjuer. Fokus i kvalitativ forskning ligger på förståelsen för den sociala världen genom att undersöka hur individer tolkar denna (Bryman 2008, s. 341). Det anses vara fördelaktigt då målet med studien var att få insikt i på vilket sätt sjuksköterskor definierar hot och våld och hur det tolkas på deras arbetsplats. Denna metod gör det möjligt att undersöka sjuksköterskornas subjektiva upplevelser och synliggöra deras tankar och upplevelser vilket inte en kvantitativ metod hade kunnat bidra med. Bryman (2008, s. 341) beskriver att kvalitativa forskare menar att kunskap är något som produceras i samspel med andra och är inte något som finns utomstående oss och som går att samlas in. Kvalitativa forskare menar vidare att det inte finns en yttre social verklighet som kan beskrivas och bedömas av forskaren (Ibid, s. 358) vilket också är en anledning varför kvantitativ metod inte valdes. Studien bör därmed ses som en tänkbar representation av verkligheten och inte som en definitiv sanning.

4.1.1 Semistrukturerade intervjuer

För att få reda på hur sjuksköterskor på akutmottagningar definierar våld på arbetsplatsen var det viktigt att kunna föra ett djupgående resonemang kring deras egna reflektioner och erfarenheter och därför ansågs det lämpligt med semistrukturerade intervjuer. En fördel enligt Bryman (2008, s. 415) är att utformningen av semistrukturerade intervjuer är flexibla där intervjupersonerna har stor frihet att utveckla sina svar samt frågorna kan besvaras i den lämpligaste ordningen.

Inför intervjuerna upprättades en intervjuguide (se bilaga 3) med olika teman och utstuderade frågor som belyste och berörde studiens syfte för en gynnsam datainsamling, vilket Bryman (2008, s. 419) beskriver som en fördel vid vald intervjuform. Guiden gav utrymme till följdfrågor, vilket skapade en känsla av ett vanligt samtal och gjorde det möjligt att genomföra en flexibel intervjuprocess som kunde anpassas efter varje intervjutillfälle och person.

4.2 Intervjuerna

Alla intervjuerna genomfördes inom loppet av två veckor. Intervjudeltagarna består av 4 kvinnor där alla arbetade på akutmottagningen i en medelstor stad. Samtliga intervjuer började med att informera om inspelning, frivilligt deltagande och konfidentialitet och varje intervju tog ca 60 minuter att genomföra.

4.3 Urval

Syftet med studien var att undersöka hur sjuksköterskor förhåller sig till våld på akutmottagningar vilket gjorde det lämpligt att vända sig till den yrkeskategorin för att få svar på frågeställningarna. Att strategiskt välja ut intervjupersoner som man anser ha en koppling och förståelse för problemet och de forskningsfrågor som har formulerats kallar Bryman (2008, s. 434) för målinriktat urval.

4.4 Validitet & reliabilitet och generaliserbarhet

Validitet och reliabilitet är två vanliga kriterier i kvantitativ forskning som representerar hur god kvalitet studien har. Reliabilitet avser i sådana studier hur väl man kan reproducera studien och återigen få samma resultat. Validitet handlar i sådana sammanhang om huruvida forskaren observerar, identifierar eller mäter det man säger sig mäta och därefter är begreppet starkt förknippat med mätning vilket inte är något som kvalitativ forskning är intresserad av (Bryman,

2008, s. 351). Kvalitativa forskare har därför börjat ifrågasätta de traditionella begreppen och ersatt dem med alternativa kvalitetskriterier för bedömning av sin forskning (Ibid). De benämner dem istället som trovärdighet, överförbarhet, pålitlighet och en möjlighet att styrka och konfirmera (Bryman 2008, s. 354).

Trovärdighet

Inom den kvantitativa metoden anses det finnas en verklighet som går att skildra och därför kan samma studie gå att genomföras upprepade gånger med samma slutresultat. Kvalitativa forskare menar istället att det kan finnas mer än en och troligtvis flera beskrivningar av en social verklighet, vilket gör det svårt att reproducera studien eftersom man inte kan frysa en social kontext (Bryman 2008, s. 352).

Intervjupersonerna kan ge olika beskrivningar av deras sociala verklighet på akutmottagningen men enligt Bryman (2008, s. 354) är det hur forskaren uppfattar och beskriver respondenternas svar som kan komma att påverka studiens trovärdighet. Bryman (Ibid, s. 355) beskriver också att tillförlitligheten stärks om forskningen genomförs enligt de regler som finns samt att man rapporterar resultaten till intervjupersonerna som kan bekräfta att forskaren uppfattat deras verklighet på rätt sätt.

I denna studie har kvalitativa intervjuer genomförts, vilka har spelats in för att senare transkriberas för att stärka studiens tillförlitlighet. Risken att information går förlorad minskar då inspelningarna gör det möjligt att gå tillbaka och analysera på svaret en gång till. Det bidrar till minimerad risk för människans felande att komma ihåg fel saker eller att tolka intervjuerna på plats utan att ha granskat dem kritiskt utifrån tidigare förförståelse. Semistrukturerade intervjuer användes för att ge intervjupersonen fritt utrymme att tolka frågorna samt gav möjlighet till följdfrågor eller ytterligare frågor vid otydlighet. Genom detta förfaringssätt har sanningsenliga tolkningar varit möjliga och det breddat förståelsen och minimerat risken för missförstånd och tolkningsfel av deltagarnas berättelser. Jag har i mitt arbete följt de uppsatsanvisningar som finns samt tagit de etiska ställningstagandena i beaktande vilket jag anser stärker studiens trovärdighet ytterligare. Efter varje avslutat huvudområde under intervjun sammanfattades frågorna tillsammans med intervjudeltagaren för att ge dem en chans att ändra sina svar ifall deras upplevelse hade tolkats felaktigt.

Överförbarhet

Det är tämligen svårt att generalisera kvalitativa studier till större population eftersom de vanligtvis inbegriper ett litet urval (Bryman, 2008, s 355). Syftet med studien var inte att generalisera utan istället fokusera på djupet och finna det kontextuellt unika hos intervjudeltagarna. Studiens resultat kan därmed inte generaliseras till större population eller annan kontext, men går att diskuteras kring identifierbara drag som funnits mellan intervjupersonerna och annan vetenskaplig forskning.

Jag har försökt koppla förståelsen av olika fenomen i min studie till den tidigare forskningen där studierna är större. Ibland har flera studier visat samma sak, vilket jag tolkat som att det trots stora olikheter i övrigt finns vissa övergripande karaktärsdrag. Jag har eftersträvat tydlighet i mitt tillvägagångssätt men kan inte uttala mig om utfallet blir densamma om den skulle reproduceras. Det är omöjligt att frysa en social miljö, om man frågar sjuksköterskor på akutmottagningar vid ett annat tillfälle, kan begreppet våld definieras annorlunda och fler eller färre saker kan rymmas i begreppet. Bryman (2008, s. 369) beskriver dessutom att de som intervjuas sannolikt i hög grad påverkas av forskarens egenskaper som till exempel kön, ålder och personlighet. Detta är ytterligare faktorer som kan påverka att studien inte får samma resultat. Dessutom påverkas tolkningarna av intervjudeltagarnas berättelser till teoretiska ståndpunkter av forskarens subjektiva benägenheter och sympatier. Alla dessa faktorer som nämnts ovan gör det svårt att generalisera och därför bör resultaten från den kvalitativa forskningen istället generaliseras till teori och inte till population. Därför avgör kvaliteten på de teoretiska slutsatserna som har gjorts av den kvalitativa data som är det viktigaste vid bedömningen av överförbarhet.

Pålitlighet

Pålitlighet handlar om att vara transparent i sin studie där skribenten kontinuerligt måste redogöra för hur denne har gått tillväga i alla faser av forskningsprocessen. För att fastställa resultatet kan kollegor fungera som kritiska ögon som kan granska faserna antingen under forskningens gång eller i slutskedet och bedöma hur transparent studien anses vara (Bryman, 2008 s. 355).

Jag har i min studie eftersträvat hög transparens och anser att jag på ett konkret sätt beskrivit hur jag har gått tillväga. Jag har skrivit arbetet ensam vilket kan bidra till att jag inte har fått någon att diskutera med eller kollegial granskning under arbetets gång. Jag har dock under forskningsprocessen fått vägledning av min handledare som under forskningsprocessens gång

granskat materialet och i studiens slutskede bedömt kvaliteten på de procedurer som valts så jag anser att detta påverkar pålitligheten i min studie.

Möjlighet att styrka och konfirmera

Att kunna styrka och konfirmera innebär att forskaren försöker vara objektiv i forskningen för att inte låta personliga värderingar och referensramar påverka utförandet eller slutsatserna i studien. Det krävs att man agerar i god tro där det i studien ska vara uppenbart att man inte påverkats av detta (Bryman, 2008 s. 355). Jag är medveten att min uppfattning kring våld på akutmottagningar i Sverige är påverkad av svensk medias rapportering kring fenomenet och är av anledningarna att jag valde detta ämne. Jag är medveten kring svårigheterna att komma bortom sin förförståelse men för att undgå att den skulle påverka har jag under studiens gång förhållit mig kritisk mot mig själv och reflekterat kring mina fördomar och förförståelser.

4.5 Etiska överväganden

Vetenskapsrådets (2004) etiska principer består av: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informationskravet (Vetenskapsrådet, 2004, s. 7) anger att forskaren ska informera sina intervjudeltagare vad som är studiens syfte samt att de när som helst har rätten att avbryta sin medverkan, utan att det kommer ske några repressalier. Samtyckeskravet (Vetenskapsrådet sid 8) innebär att intervjudeltagaren själv får bestämma om denne vill medverka i studien. Konfidentialitetskravet innebär att deltagare som ingår i studien måste ges största möjliga konfidentialitet vilket innebär att forskaren måste förvara personuppgifter på ett vaksamt sätt så att obehöriga inte kan ta del av dem. Nyttjandekravet innebär att de uppgifter och information som har insamlats från respondenter enbart får användas till det aktuella forskningsändamålet (Vetenskapsrådet, 2004, s. 7-14).

I studiens början författades ett informationsbrev (se bilaga 2) som kunde skickas ut till önskade intervjupersoner. I brevet framgick studiens syfte samt information kring frivilligt deltagande och möjligheterna kring att avbryta deltagandet när som helst utan anledning. Det framgick att intervjun krävde att spelas in, men att den dock skulle förstöras efter studien var avslutad. Det framgick även tydligt att det endast kommer vara forskaren som har tillgång till materialet samt att studien inte kommer avslöja varken identitet eller arbetsplats. Genom att delge sitt intresse gav dem även samtycke till att vara med i studien.

Innan intervjun påbörjades påmindes intervjupersonerna muntligt om att deltagandet är frivilligt, syftet med studien samt att tillfället kommer spelas in. Det framgick även tydligt att

den inspelade intervjun kommer förvaras oåtkomligt för obehöriga samt att materialet kommer förstöras efter avslutad studie

Genom detta har intervjupersonerna varit väl införstådda med syftet och genomförande innan intervjuens början. Då personer som har varit utsatta för brott intervjuas, kan det hända att de påminns om händelsen som återigen rör upp saker. Av den anledningen var det viktigt att vara tydlig innan intervjun började, att förklara för intervjupersonen att hen inte ska känna sig tvungen att svara på en fråga hen inte vill prata om.

4.6 Genomförande

För att komma i kontakt med sjuksköterskor som arbetar på akutmottagningar mailades verksamhetscheferna med önskan att de kunde vidarebefordra mailet till anställda sjuksköterskor, dock utan resultat. Istället användes sociala medier som riktade sig till sjuksköterskor som arbetade på akutmottagningen med tre stycken intressenter som resultat. Den fjärde intervjupersonen hittades genom sociala kretsar. Dock var det i ett annat landsting och på grund av tidspress genomfördes en telefonintervju. Från studiens början var tankegången att skildra både kvinnliga och manliga sjuksköterskors upplevelser av våld. På grund av avhopp från manliga intervjupersoner återstår det bara kvinnliga sjuksköterskor i studien vilket kan ha påverkat det slutgiltiga resultatet.

Då studien genomfördes ensam fanns det begränsat med tid för att finna lämpliga intervjudeltagare och hinna fastställa resultat och analys av deras intervjuer, vilket resulterade i att jag fick nöja mig med fyra intervjuer. Jag anser dock att de kvarstående fyra intervjuerna är tillräckliga för att genomföra en god analys. Det kan diskuteras kring hur de genomförda intervjuerna kan vara representativa för en population. Kvalitativa forskningsresultat är dock kontextuellt betingade, vilket i sig försvårar generalisering oavsett om studien innefattat fler informanter eller inte (Bryman 2008, s. 352).

4.7 Bearbetning och analys

Transkribering skedde i direkt anslutning till varje intervjutillfälle för att ha informationen färskt i minnet om inspelningen av någon anledning hade varit obrukbar. Det gjordes inga förändringar i intervjupersonernas uttalanden och på så sätt anses risken för missuppfattningar minimerats.

Det insamlade datamaterial bearbetades och analyserades genom att använda en hermeneutisk meningstolkning som går ut på att man söker efter olika delar (teman) i texten som man plockar ur och analyserar som sedan relateras till helheten och tolkas ännu en gång till textens helhet (Kvale & Brinkman, 2009, s. 226). Efter transkriberingen lästes intervjuerna igenom och fick därav en uppfattning om texten som helhet. Jag kunde då lyfta ur delar ur texten som jag ansåg vara relevanta utifrån studiens syfte och frågeställningar och analysera dem ytterligare och få en djupare förståelse av meningen. Materialet har sedan analyserats genom en process som innebär att gå bakåt och framåt mellan delarna och helheten, vilket kallas för den hermeneutiska cirkeln (Kvale & Brinkman, 2009, s. 226). Kvale & Brinkman (2009, s. 227) beskriver att olika uttolkare kan hitta olika innebörder, vilket de menar inte är en nackdel eftersom hermeneutiken anser att ett uttalande inte bara har en enda korrekt och objektiv mening. Hermeneutiska forskare menar istället att man kan ställa en mängd olika frågor till en text i en analys där de olika frågorna leder till olika innebörder (Ibid). Uttolkaren gör vissa antaganden som präglar de frågor hon ställer till en text och därmed delvis bestämmer den följande analysen. Analysens syfte var att genom sjuksköterskornas beskrivningar om våld utveckla en bredare tolkning av våldets mening i arbetslivet och att komma åt latent innebörder som inte är klart medvetna för intervjupersonerna och därför passade den här analysmetoden bra för studien.

5. Resultat och analys

I följande kapitel redovisas empiriska data som samlats in genom semistrukturerade intervjuer med sjuksköterskor på akutmottagningar. Materialet har analyserats och sammanställts och presenteras under rubriker som har funnits som gemensamma teman i intervjuerna. Analysen kopplas till tidigare forskning samt den teoretiska referensramen.

5.1 Intervjupersoner

Intervjupersonerna består av fyra sjuksköterskor i åldrarna 22 till 43 som jobbar i en mellanstor stad i Sverige. 3 stycken från samma landsting och en sjuksköterska från ytterligare ett. Den sjuksköterska som har arbetat kortast tid på akuten har 2 års erfarenhet och den som har längst erfarenhet har arbetat 10 år på akutmottagningen. Deras huvudsakliga uppgift beskrivs som att prata med patienter och ta reda på vad de lider av, om de lider av något och till vilken grad. Efter det görs en triagering, en rangordning på vem som är mest sjuk. Sedan är det mycket praktiska moment som ta prover, dela ut mediciner, hänga dropp

och mycket administrativt arbete som att ringa runt till avdelningar för att finna platser där patienter kan vårdas, prata med kommunsjukvård och logistiskt hjälpa patienter som har kommit till akuten som inte behöver akutsjukvård men lotsa dem vidare till rätt instans.

Alla intervjudeltagare har fingerats för att säkerställa deras konfidentialitet, men för att underlätta analysen kommer dem ges fiktiva namn i form av; Maja, Stina, Ilse och Jonna.

5.2 Hur definierar sjuksköterskorna våld?

Samtliga intervjupersoner definierar våld som handlingar som innefattar såväl fysiskt som psykiskt våld. En sjuksköterska framställde att hon definierade våld som fysiska handlingar men var inte främmande för att räkna in psykiska aspekter

”Om jag tänker på våld rent generellt sett så tycker jag nog att det är mest fysiskt, för det jag tänker på när jag hör det är liksom misshandel, våldtäkt och vapen och sådär men ah... kvinnoförtryck och sådär är väl också våld i och för sig...” (Jonna).

De andra tre sjuksköterskorna framförde en bred definition som liknande varandras och definierade våld som en situation där de förlorade sin trygghet, kände sig rädda och tappar kontrollen över en situation eller blir illa berörd på grund av någon annan människas handlingar.

”Våld för mig innebär att jag sätts i situationer där jag förlorar min trygghet, när jag känner mig rädd, när jag kanske känner att jag tappar kontroll över en situation eller blir illa berörd” (Stina).

Handlingar som sjuksköterskorna definierade som våld ansågs ofta ha en avsiktlig intention från gärningspersonen sida vilket gav sjuksköterskorna en begränsning i antal handlingar som de definierade som våld.

5.3 Förståelse för viss typ av våld

Intervjupersonerna menar att det är vanligt förekommande att patienter som lider av psykiska sjukdomar, missbruk, fått en kraftig skallskada eller lider av demens uppträder våldsamt på akutmottagningen. De bekräftar att dessa patienter oftast uppträder fysiskt utåtagerande och menar att orsaken beror på att dem inte är vid sina sinnesfulla bruk, och kan därför inte ses som en ”traditionell” gärningsperson. Våldet betraktas därmed inte obehagligt och skrämmande för sjuksköterskorna och är således enklare för dem att hantera. Jonna beskriver det som;

”Ja jag skulle ju inte direkt få för mig att anmäla en dement person. Dom vet ju inte vad dom gör plus att deras våld känns rätt så harmlöst, typ som att rivas lite eller dra i håret och sådana saker. Usch... jag tycker synd om dom plus att dom är gamla så våldet är ju liksom inte så våldsamt”

Detta stöds av Kennedy & Julie (2013, s. 5) som utifrån sin studie konstaterade att sjuksköterskor tenderar att tolerera våldsamt beteende från patienter såvida beteendet kan grundas i medicinska orsaker vilka kan orsaka förvirring eller aggression hos patienterna. Sjuksköterskorna tolererar därmed våld från vissa patienter inom yrkesrollen så länge dem anser att patienten är tillräckligt sjuk. De medicinska orsakerna används enligt Kennedy & Julie (Ibid) som en självskyddande strategi för att hantera våldet och till följd en yrkeskultur som inte rapporterar denna typ av incidenter. Pich et al. (2010, s. 270) beskriver att sjuksköterskorna förstår sådant våld eftersom patienterna inte anses ha någon makt eller dominans och det primära målet är att ge dem vård. Sjuksköterskan har då lätt att komma med bortförklaringar till våldet som grundar sig i patientens diagnos. Christie (2001, s. 48) menar att sjuksköterskan har svårt att få samhällets sympatier att ses som ett offer för våld i dessa sammanhang eftersom dem inte uppfyller kraven för att vara ett idealiskt offer och för gärningspersonen ifråga inte är en idealisk gärningsperson.

Intervjupersonerna var införstådda med att samma våldshandling som hade genomförts av exempelvis en frisk medelålders däremot skulle kunna definieras som våld. Christie (2011, s. 48) menar att i sådana sammanhang ses gärningspersonen som ond och farlig då han inte lider av någon sjukdom vilket gör honom till idealisk gärningsperson. Därmed kan sjuksköterskan ses som ett offer och få offerstatus från samhället. Det tyder på att en händelse kan uppfattas olika beroende på vem som är gärningsperson.

Samtliga intervjupersoner konstaterar att psykiskt sjuka patienter oftast uppträder våldsamt och att våldet oftast är aggressivt som sparkar, knytnävslag och knuffar. Sjuksköterskorna menar att de har svårt att anmäla skadorna trots att det ibland uppstår fysiska men, vilket brukar vara en faktor för att anmäla våld i arbetslivet (Brå, 2018, s. 18). Maja menar att det råder en slags kultur på arbetsplatsen där man tycker synd om patienten på grund av deras psykiska diagnoser och därav inte anmäler våldet trots de fysiska skadorna. Hon beskriver att en psykiskt sjuk kvinna hade tagit tag hårt i en kollega och beskrev:

”hon hade blåmärken på hela överarmarna, och man såg på henne att hon var påverkad av detta, och då pratade vi med henne, men nej. Hon ville inte göra en anmälan” (Maja).

Hon menar vidare att kulturen förs över till nya kollegor genom att dels inte anmäla skadorna, men även genom uttryck som att ”det är synd om patienten, de har det ju redan så svårt jag vill inte göra det värre för honom eller han är mycket trevligare nu än vad han var förr, så vi behöver inte reta upp honom igen” Jonna beskriver hur man med tiden lär sig att hantera denna typ av patienter, men att man behöver lite skinn på näsan för att klara av arbetet i längden.

Intervjupersonernas uppfattningar om missbruk var en sjukdom eller inte sågs vara en bidragande faktor till hur de uppfattade gärningspersonen. Samtliga intervjupersoner definierade missbruk som en sjukdom och kunde på så vis hantera våldet som en del av sjukdomen.

Något som kunde urskiljas i samtliga intervjuer var att våld ansågs vara en del av yrkesrollen. Intervjupersonerna var rörande överens och konstaterade att vårdpersonalen är väldigt accepterande vad gäller sådant som de definierar som hot och våld. De menar att vårdyrket är så som sådant eftersom man måste hantera så många patienter som är sjuka. En viss grad av våld verkar det som de kan hantera och vara förberedda på. Stina menar att sjuksköterskor hotas betydligt oftare än vad de själva reflekterar över;

”Jag tror tyvärr att vi är lite för avtrubbade och att vi inte alltid reflekterar över situationer som faktiskt är hot och våld”

Enligt samtliga intervjupersoner är det vanligt att det råder en kultur inom arbetsplatsen att man även försöker bortse från anhörigas våldsamma och hotfulla beteenden. Jonna beskriver:

”jag tror att det både ligger en kultur och jag tror att det kanske också är lite så att man skakar av sig det lite för lätt och sen så tror jag att vi tyvärr kanske har en attityd gentemot den här typen av människor som, att vi skyller det liksom på att folk är rädda, chockade eller oroliga som gör att vi inte vill anmäla”

De försöker finna förklaringar till våldets uppkomst genom att skylla på; att gärningspersonerna är stressade, oroliga, rädda, hungriga och trötta. Ilse poängterar att det är samma på hennes arbetsplats och menar att det oftast finns förklaringar men att det är fel att resonera så och sådana bortförklaringar är inte lika vanligt på andra arbetsplatser.

”Skulle någon bli hotad på en butik här på stan så skulle man ju aldrig finna sig i det. Det är så knäppt”

Från ett socialkonstruktionistiskt perspektiv är det tydligt hur kontexten och aktörerna formar det som anses vara godtyckligt och förkastligt och hur det är kontextbundet.

5.4 Psykiskt våld som mest förekommande

Något som kunde urskiljas i samtliga intervjuer var att sjuksköterskorna upplevde verbalt våld som vanligaste förekommande typen av våld. Pich et al. (2010, s. 269) menar att verbalt våld är en del av psykiskt våld som inkluderar en hel rad av olika beteenden. Det vanligaste och mest aggressiva verbala våldet dem fann i sin studie var patienters höjda röster och svordomar. De menar vidare att verbalt våld mot sjuksköterskor är så pass vanligt att det har beskrivits som ett globalt problem (Ibid). Menckel & Viitasara (2002, s. 379) har också funnit det verbala våldet som hot, höjda röster och aggression som det mest vanligt förekommande våldet mot svenska hälso- och vårdfaktorn.

Stina menar att det psykiska våldet berör henne mer på ett annat sätt eftersom det sätter prägel under en längre tid och att sådant våld lättare kan dyka upp i andra liknande situationer som gör henne rädd eller begränsad i sin yrkesutövning. Ilse menar som övriga intervjupersoner att psykiskt våld är svårt att ta på men uttrycker sig som att det kan vara jobbiga samtal där man vet i förväg att det kan bli en kamp mellan patient och sjuksköterska, till exempel där patienten inte får vara kvar på akutmottagningen. Hon upplever att det är en ökad risk att utsättas för verbalt våld i sådana situationer och om man inte tacklar situationen rätt kan leda till fysiskt våld. Hon beskriver att hon får mer adrenalinpåslag av sådana situationer än de gånger som hon behöver tackla fysiskt utåtagerande patienter.

Hallberg (2011, s. 24) menar att personer som utövar makt- och myndighetsutövning är utsatta för ökad risk att utsättas för våld. Hallberg (2011, s. 28) menar att hotsituationer ofta uppstår när patienter står i beroendeställning till den som ger vård och omsorg. Anledningen till att hot uppstår är för att patienten kan känna sig i underläge och uppleva känslor som att de inte kan påverka sin situation vilket är extra känsligt när dem behöver vård och omsorg. För att skydda sig själva kan dem uppträda hotfullt, arrogant och upprört. En annan anledning anses vara när myndighetspersoner fattat ett beslut över patienten, som de anser vara felaktigt och som genomförts utan patientens deltagande. Sådana situationer anses vara kränkande och kan resultera i trakasserier, hot eller våld riktas mot personalen (Ibid).

Sjuksköterskorna menade också att det var vanligt förekommande att patienter hade en negativ attityd redan när dem kom in och att det kunde upplevas som obehagligt. En sådan hotfull attityd kunde dem också se som ett uttryck för våld. Det kan kopplas till Bild (2018)

som menar att det är attityden från gemene man gentemot vården som orsakar de flesta hotsituationerna. Det ligger även i linje med Stinas synsätt då hon menade att mycket av det psykiska våldet kom från folks negativa inställning och attityd till sjukvården.

Flertalet gånger förekom det att sjuksköterskorna blev filmade eller fotade i väntrummet som inte uppfattades som direkta hot utan mer förtäckta och som upplevdes obehagliga. Andra sådana händelser som inte är ett regelbrott men som upplevdes som hot var när anhöriga kom väldigt nära eller talade i telefon och följde efter med blicken. Det vanligaste sättet att uttrycka sin ilska var genom att tilldela sjuksköterskorna olika kränkningar av olika slag;

”jag har väl blivit kallad för alla tänkbara svordomar, alla varianter av könsord har man väl hört, och så, du vet. Folk hotar ju mycket med att slå sönder saker på jobbet” (Jonna).

Maja har beskriver sina vanligaste hot:

”ja med det är ofta; jag vet vart du bor, vad heter du i efternamn men också mer vanliga hot som svordomar och nedvärderande saker som att man är ful eller inte borde ha fått sin sjuksköterskelegitimation och sådär”.

Ilse uttrycker hur våldet normaliseras och att dem därigenom får en annan referensram, vilket försvårar sin egen förmåga att synliggöra sin egen utsatthet för en själv. Det går i linje med Pich et al. (2010, s. 268) som menar att sjuksköterskor som utsätts för våld i stor utsträckning blir avtrubbade och det bidrar till att sjuksköterskorna förväntar sig och accepterar våldet som en del av arbetet vilket gör att sjuksköterskorna börjar rationalisera och mena att sådant våld är oundvikligt inom yrket.

Utsattheten i sig leder till begränsningar i flera av intervjudeltagarnas arbetsliv vilket förtydligar hur viktigt det är att belysa även den ”icke-brottsliga” utsattheten och begränsningarna som den kan leda till. Även Kennedy & Julie (2013, s. 4) har i sin studie funnit att det vanligaste förekommande våldet var verbalt där sjuksköterskorna får utstå att folk skriker, svär eller är allmänt oförskämda. De menar vidare att sådan typ av arbetsplatsbaserat våld är en risk eftersom det är lätt att avfärda sådant beteende som att det är relativt harmlöst men som påverkar sjuksköterskan på längre sikt och genom en bredare plattform och kan resultera i stress eller utbrändhet etc.

Det kan man dra paralleller till intervjupersonen Maja som menade att stressiga dagar, där många hätska diskussioner har förts som lett till olika kränkningar påverkar henne på mer än ett plan. Hon menar att i stundens hetta rinner det av och hon går och gör sitt jobb, men hon är mentalt slut när passet är över vilket påverkar hennes familjeliv eftersom hon har lättare att

snäsa åt dem eller blir arg eller ledsen. Menckel & Viitasara (2002, s.382) menar att konsekvenser som kan drabba sjuksköterskan är att dem tar med sig problemet med sig hem från jobbet, får svårt att koppla av, få mardrömmar etc.

5.5 Orsaker till att våld uppstår

5.5.1 Hög arbetsbelastning

Samtliga intervjupersoner beskriver att dem är för lite personal gentemot antalet patienter vilket bidrar till en känsla av att inte hinna med det som förväntas under dagen. Många gånger förväntas det att sjuksköterskorna ska jobba över eller ta extra pass då det är tuffare tider på arbetsplatsen. Det konstaterades i samtliga intervjuer att det är hög personalomsättning vilket bidrar till en förlorad kompetens som upplevs som jobbig för de sjuksköterskor som arbetar kvar som måste ta ett större ansvar för att vården ska utföras och genomföras med någorlunda kvalitet. Det bidrar även till en dålig stämning bland kollegorna då det blir extra stressigt samt att man inte känner varandra så bra. Något som kunde urskiljas i samtliga intervjuer var att stress var en bidragande faktor till konflikter, både mot patienter men även kollegor.

”Oh ja. Så är det. Och konflikter med kollegor skulle jag säga. Man märker ju de dagar som vi har mycket att göra och stämningen förändras. Alla är lite mer såhär, man har taggarna utåt lite mer” (Maja).

Jerre (2009, s. 70) konstaterar att arbetsplatser där det råder bristande gruppharmoni ger en ökad risk för att utsättas för hot och våld.

Jerre (Ibid) beskriver även att höga krav från ledningen samt tung arbetsbelastning visat sig vara variabler som hänger samman med ökad risk att utsättas för hot och våld.

Stina beskriver att det senaste året har det varit väldigt hektiskt på hennes arbetsplats och de har varit tvungna att lära upp 30 nya sjuksköterskor vilket är omkring halva personalstyrkan. Samtliga intervjupersoner känner en frustration i de ökade kraven och en irritation mot att nya kollegor kommer och frågar hur man ska gå tillväga. Maja beskriver det som:

”Det är ju alltid roligt att lära känna en ny person, men man blir liksom stressad för man tror att det ska gå fortare för att man är två men dom kan inte rutinerna och så får dom inte göra vissa saker själva”

Jerre (2009, s. 70) beskriver att en alltför stor arbetsbörda saktar ner arbetstempot vilket leder till stress för de anställda. Det kan också orsaka köbildningar och långa väntetider för patienter något som ökar risken för missnöje och konflikt från båda parter.

Samtliga intervjupersoner menade att väntetiderna var en av de största orsakerna till att våld uppstår.

5.5.2 Väntetider

Pich et al. (2010, s. 270) har i sin studie funnit flera olika faktorer som bidrar till att sjuksköterskor på akutmottagningar utsätts för våld, där de menar att en av dem vanligaste är långa väntetider. De menar att de patienter som har blivit triagerade lägst är dem som får vänta längst och också dem som uppträdde mest våldsamt. De menar att patienter har en oförståelse för vad triageringsskalan är som fenomen och alltmer hur det är uppbyggt vilket kan vara en utlösande faktor till våld (Ibid). Akutvård är för vissa patienter en mänsklig rättighet och många patienter och deras anhöriga håller väldigt höga och orealistiska förväntningar på sjuksköterskorna som jobbar. När dessa förväntningar inte tillgodoses resulterar det i en direkt frustration och aggressivitet gentemot sjuksköterskorna (Pich et al, 2010, s. 270). Det är även något som kom fram under intervjuerna där sjuksköterskorna upplevde att patienterna och anhöriga hade orimliga krav på hur snabbt det skulle gå och ingen förståelse för att det fanns mer sjuka människor som behövde hjälp före dem. Stina beskriver det som;

”Många anhöriga tappar det ju om man ska använda det uttrycket för dom orkar inte vänta längre och börjar liksom kräva saker och så att det har tagit tid och att dom inte får några besked och sådär, så väntetiden är ju en jättestor orsak. Det skulle jag definitivt säga. Hos oss i alla fall”

5.5.3 Låg jobbkontroll

Stina beskriver att hon kan bli uttröttad av att tjata på anhöriga i väntrummen eftersom man bara får vara två stycken per patient där inne. Hon menar att det är vanligt att dem smiter in och är betydligt fler än vad som tillåts samt att de inte lyssnar och ignorerar vad hon säger. Hon menar vidare att det kan vara en orsak till att verbalt våld uppstår och hon kan få en klump i magen av sådant. Jag känner ”ah hur ska det här sluta” och vet att jag måste vara på min vakt. Hon menar att det inte finns något att ta på, inget verbalt hot eller fysiskt utåtagerande som kan klassas som regelbrott, men stämningen känns ändå hotfull. Kennedy & Julie (2013, s. 5) menar att sådant psykologiskt våld där man måste tjata där patienter inte lyssnar bidrar till att sjuksköterskan känner frustration och låg jobbkontroll. Maja menar också att stå och tjafsa med patienter ger en känsla av frustration

”ska vi stå här och diskutera eller ska jag faktiskt försöka hjälpa dig att få det så bra som möjligt? Om du ska stå här och diskutera att du inte är nöjd med vårdsystemet i Sverige är inte det min Prio. Jag blir så irriterad att jag måste stå och lägga tid på något som man inte kan styra över, och det tar så mycket tid från andra patienter”.

Jerre (2009, s. 70) menar att höga krav på anställda i kombination med låg självkontroll av de egna arbetsuppgifterna anses skapa så kallad negativ stress som på sikt kan leda till psykisk eller fysisk ohälsa.

Jerre (2009, s. 70) lägger fram att tidigare studier har funnit samband med att stress, känsla av låg kontroll och höga krav samt avsaknad av socialt stöd har betydelse för att öka risken att utsättas för hot och våld. Jerre (Ibid) beskriver också att stress kan hämma de anställda från att leva sig in i patientens situation samt känna empati för denne och det kan också vara en bidragande orsak till att konfrontationer uppstår eftersom vården då upplevs stressande och kränkande av patienten eller de anhöriga. Hallberg (2011, s. 28) beskriver att det är viktigt att vårdpersonal bemöter patienter på ett empatiskt vis för att förebygga hot- och våldssituationer.

5.5.4 Kvälls- och helgpäss

Intervjupersonerna upplever att det är ökad risk att utsättas för våld under kvälls och nattskiftet. Dels för att man är mindre personal, men också för att personer som har väntat väldigt länge under dagen börjar bli väldigt trötta. Jonna upplever en risksituation som tiden på dygnet och upplever att patienter, men vanligast anhöriga börjar uppträda hotfullt när klockan är elva på kvällen och timmarna in på natten och menar att det är kritiska timmar. Samtliga sjuksköterskor upplever att anledningen är att personer släpat kvar i väntrummet från dagspasset i kombination med färre personal på nätterna vilket gör att det rullar ännu långsammare. Nattpassen är även de timmarna som är mest hektiska och som sjuksköterskorna har mest att göra på. Är det en helgdag anses situationen vara ännu värre. En anledning till detta kan vara att våldsmönstret beror på en ökat antal patientflöde rent generellt under dessa timmar, men speciellt på grund av ökat antal alkoholpåverkade patienter (Pich et al. 2010, s. 271).

Jerre (2009, s. 74) menar att kvälls-, natt eller skiftarbete samt ensamarbete är egenskaper i yrket som har störst betydelse för utsatthetsrisken.

Samtliga intervjupersoner beskriver att kvällar och nätter är överrepresenterade och de har svårt att komma på några incidenter som har hänt under dagen.

Pich et al. (2010 s. 270) konstaterar i sin studie att tiden på dygnet är beroende på hur utsatt

sjuksköterskorna är. Deras resultat överensstämmer med intervjupersonerna som menar att sen kväll och tidig natt är de mest kritiska timmarna.

5.5.5 Yrkserfarenhet

Intervjupersonerna menade att erfarenhet kan vara både en riskfaktor och skyddsfaktor beroende på att de som har jobbat längre lättare kan förutspå när patienten eller de anhöriga börjar bli våldsamma och därmed har lättare att upptäcka ett riskbeteende och stoppa det innan våldet uppstår. Sjuksköterskorna upplevde att erfarenheten bidrar till att man blir mer säker i sin sjuksköterskeroll och kan därmed uppträda mer auktoritärt och är inte lika mottaglig för våld från patienter. De upplevde en känsla av minskad rädsla att göra fel och mindre fokus på uppgiften som sådan. Har man varit med om ett antal våldsamma handlingar ansågs det lättare att tolka varningssignaler samtidigt som man har upprättat en egen kunskapsbank som hjälper dem att tackla situationen. Det är något som ligger i linje med tidigare forskning som menar att sjuksköterskor som har arbetat längre är mindre utsatta för våld än dem som har mindre erfarenhet (Pich et al. 2010, s. 271). Hallberg (2011, s. 25) konstaterar i sin studie att vissa avdelningar på vårdavdelningar löper större risk att utsättas för hot och våld vilket kan bero på faktorer som ett stort antal unga och/eller nyutbildad personal. Hallberg (Ibid) beskriver också att det kan bero på att de nyanställda får otillräcklig information när de börjar och eftersom de inte har någon erfarenhet från tidigare arbetsplatser eller sådana kunskaper. Att inte veta hur man bemöter patienter på bästa sätt riskerar att påverka relationen mellan dem och/eller anhöriga och bidra till att hot- och våldssituationer uppstår. Därför är det viktigt att personal får träning i kommunikation och konflikthantering (Ibid). Menckel & Viitasara (2002, s. 383) stödjer detta resonemang genom sin studie som också visar att ung och oerfaren personal löper extra stor risk att utsättas för hot och våld än vad äldre erfarna kollegor gör.

5.6 Vem utövar våld

Enligt mina intervjupersoner förekommer våld från både patienter och anhöriga. De menar att våldet främst kommer från anhöriga och att det oftast är verbalt våld det handlar om. Intervjudeltagarnas upplevelser ligger i linje med Catlette (2005, s.524) som beskriver att det vanligaste förekommande våldet anhöriga ägnar sig åt är just verbalt våld. Avander et. al (2016, s. 54) har undersökt sjuksköterskors utsatthet för våld på akutmottagningar i Sverige och visar på liknande resultat. Studien kom fram till att anhöriga tenderade att uppträda mer våldsamt än

patienterna vilket ledde till oro och osäkerhet hos sjuksköterskorna eftersom dessa personer inte lider av någon sjukdom eller skada som patienten gör, vilket gör att dem är friska och mer starka.

Intervjupersonerna poängterade att patienten oftast stod för det fysiska våldet medan anhöriga oftast använde verbalt våld. Intervjupersonerna upplevde att det fysiska och psykiska våldet rent generellt sett kom från män och att dem var betydligt överrepresenterade i anhörigas och friska patienters våld. Intervjupersonerna var överens att våld från psykiskt sjuka, missbrukare, eller dementa likaväl utfördes av kvinnor. Dessa upplevelser ligger i linje med Brås (2018, s. 14) rapport som visar att i majoriteten av de yrkesrelaterade brotten var gärningspersonen en man. Av brottstypen trakasserier, svarade männen för 76 % av alla anmälda brott och Brå (ibid) menar att dessa resultat stämmer väl överens med hur resultaten brukar se ut för brott mot person.

Kennedy & Julie (2013, s 2) har funnit andra siffror och menar att patienter är den grupp som använder våld i störst utsträckning. Det är även resultat som går att finna i Pich et al. (2010, s. 268) studie, som menar att patienters våld utgör 89 % av alla rapporterade brott. Båda dessa studier är genomförda i ett annat land, vilket kan vara en av förklaringarna till att det skiljer sig åt. Det är svårt att uttala sig om vem som är den största gruppen av förövare eftersom sjuksköterskor i så stor utsträckning inte anmäler brotten (Estrada, Nilsson & Wikman 2007, s. 2).

5.7 Rapportering

Alla intervjupersoner bekräftar att de har varit i situationer där dem har blivit påverkade av någon patient som varit våldsamma mot dem, antingen verbalt, psykiskt eller fysiskt men förklarar det som att det rinner av en och så går man och gör sitt jobb och fortsätter. Ingen av dem brukar anmäla ett sådana beteenden. Det ligger i linje med tidigare forskning Kennedy & Julie (2013, s. 6) som beskriver att det verbala våldet är ett sådant vanligt förekommande företeelse där anmälning av dessa såg som meningslösa att rapportera. De menar vidare att det endast är ”allvarligare” våld som anmäls eftersom sjuksköterskorna har anpassat sig till det verbala våldet (Ibid). Samtliga sjuksköterskor menade att fysiska våldshandlingar anmäls i större utsträckning än våldshandlingar från psykisk karaktär, vilket ligger i linje med tidigare forskning (Hallberg, 2011, s. 24) som menar att vårdpersonal ogärna rapporterar hot och våld om de inte drabbats av uppenbar fysisk skada. Brå (2018, s. 18) menar också att anmälningsbenägenheten för hot och våld ökar med brottets allvarlighetsgrad, vilket kan

förklara att misshandel som sker i yrkessammanhang tenderar att anmälas i större utsträckning än hot. Enligt Brå (2018, s. 18) ökar anmälningsbenägenheten om offret söker ersättning från försäkringsbolag, eftersom det då krävs en anmälan.

Alla intervjupersoner menar att det är väldigt ovanligt att man rapporterar våldshandlingar. Stina förklarade att dem hade haft en utbildningsdag där säkerhetsavdelningen på sjukhuset hade en föreläsning där de påstod att akutmottagningen i stort sett var sämst på att rapportera på hela sjukhuset. Brå (2018, s. 19) har genom sin studie rapporterat statistik som visar att anmälningsbenägenheten är minst för anställda inom hälso- och sjukvården, vilket genom Stinas uttalande stämmer överens med intervjudeltagarna.

Intervjupersonerna menade att valet att rapportera en händelse eller inte påverkades av många olika faktorer som exempelvis stress, okunskap men att det främst berodde på hur pass allvarlig incidenten varit.

En annan anledning till att sjuksköterskor inte anmäler våldet har visat sig vara en tidskrävande rapportering som de upplever att de inte har tid med. Det anses vara många papper att fylla i som sedan är deras ansvar att få påskrivna och skickade till olika instanser, vilket upplevs komplicerat. Ilse menar att det finns många gånger hon har tänkt skriva en rapport för hon blev berörd där och då, men att det kommer saker emellan och när passet är slut vill hon bara hem. Stene et al. (2015, s. 115) har i sin studie funnit att komplicerade anmälningsrapporter som tar långt tid att genomföra är en av orsakerna till att sjuksköterskorna i studien låter bli att anmäla.

Utifrån intervjudeltagarnas svar var det bara en sjuksköterska som hade anmält 2 fysiska våldshandlingar och en sjuksköterska som hade anmält en hotfull situation där en patient hade vägrat lämna akutmottagningen trots att dem hade en bred syn på vad våld var för något.

5.7.1 Ledningens roll för anmälningsbenägenheten

Chefsledningens stöd och förebyggande arbete har visat sig vara centrala för att arbetsplatsbaserat våld ska anmälas (Stene et al. 2015, s. 116). Pich et al. (2010, s. 271) menar att sjuksköterskor ofta upplever att de inte får tillräckligt med stöd från ledningen och det bidrar till att dem väljer att inte rapportera. Det går att koppla till intervjupersonerna som hade en uppfattning att rapporteringen inte leder någonstans, förutom att höja statistiken. De få gånger sjuksköterskorna har anmält våld upplever dem att chefens inställning till

rapporteringen är slentrian- och tvångsmässig. De upplever en brist på återkoppling och att rapporteringen inte leder till några direkta åtgärder.

Ilse beskriver att hon aldrig har behövt sin chefs stöd vad gäller utsatthet för våld, men att hon har kollegor som har haft som inte är nöjda med resultatet

”jag har kollegor som har behövt support och långt ifrån alla är ju nöjda med det stödet dom har fått och det kan ju bekymra mig och göra mig orolig för att jag själv skulle hamna i en sådan situation, där man verkligen kanske skulle behöva sin chefs stöd”.

Detta kan vara en bidragande orsak till att så många inte anmäler. Maja beskriver;

”jag vet hur man rapporterar, men alltså jag skulle inte påstå att det är min chefs förtjänst. Och jag känner väl kanske inte att det är ett ämne som dom lyfter så pass mycket att jag skulle känna mig stöttad”

Stina upplever att arbetsplatsen inte har upplyst dem vilka händelser och situationer som de bör anmäla och menar att dem inte har blivit tillräckligt instruerade från ledningens sida.

Stene et. al. (2015, s. 116) konstaterar att support från chefer samt utbildning om händelser som definieras vara våld på deras arbetsplats, visat sig vara två hjälpfulla sätt att motverka underrapportering och hjälpa sina anställda att förändra arbetskulturen att inte tolerera våld. Det krävs också att ledningen ska behandla alla ärenden individuellt samt följa upp varje anställd för att försäkra sig om deras välbefinnande (Ibid). Chefer som inte stödjer och främjar en kultur där man anmäler våld har visat sig vara anledningar till att sjuksköterskor säger upp sig. Därför har chefer en stor uppgift och genomslagskraft att genom utbildningar förebygga arbetsplatsbaserat våld (Kennedy & Julie, 2013, s. 7).

5.8 Kollegial betydelse

Intervjupersonerna menar att kollegorna spelar en stor roll, både för trivsamheten på arbetsplatsen men också för emotionell stötning vid våldsamma situationer. Sjuksköterskorna kände att kollegorna var ett bättre stöd än chefer och möjligheter att ventileras med dem lyftes fram som en viktig del i att hantera utsatthet. De ansåg att arbetsgruppen hade ett sådant klimat där man öppet kunde tala om känslor efter eventuella våldshandlingar. Alla dessa strategier har något värde för att reducera den negativa psykiska, fysiska och attitydförändringen som är associerat med arbetsplatsbaserat våld (Kennedy & Julie, 2013 s.7). Vidare menar sjuksköterskorna att genom att prata ut med sina kollegor försvinner den omedelbara känslan som ilska eller sorgsenhet som annars kan fungera som en sporre att

anmäla händelsen som kan ge konsekvenser att anmälan uteblir. De flesta incidenter av hot och våld på arbetsplatsen leder troligen endast till informella samtal kollegor emellan. Det har visat sig att formella debriefingsamtal tillsammans med berörda chefer sällan genomförs (Hallberg, 2011, s. 32).

Maja förklarar att man har en bra sammanhållning mellan kollegorna och man hjälps åt som ett team för att undvika våld. Uppstår det en situation som upplevs jobbig för sjuksköterskan menar Maja att dem kan byta patient med varandra eller tillkalla hjälp om tiden finns och på så sätt undvika våldet.

Kennedy & Julie (2013, s. 7) har utifrån sin studie funnit att arbetsgruppens emotionella stöttning var mer betydelsefullt än att förlita sig på agerande från chefer eftersom kollegorna alltid ansågs vara där för att backa upp. Familj och vänner har också visat sig spela en stor roll för att prata ut och reducera de största farorna med emotionell stress och tackla problemet med arbetsplatsbaserat våld. Nackdelen kan vara att på grund av sekretess inte får yttra sig om vissa händelser till sin familj (Bild, 2018) vilket gör att man behöver stöd från annat håll.

5.9 Konsekvenser och åtgärder

5.9.1 Begränsning av yrkesrollen

Samtliga intervjupersoner uttalade en ökad rädsla att vårda patienter som varit hotfulla eller kommer från kriminalitet. Det var sådana gånger de inte presenterade sig eller pratade om sin familj. Det är känslor Avander et. al (2016, s. 56) beskriver som en konsekvens från våld.

Maja förklarade att de brukar tillkalla väktare när dem ska meddela vissa beslut till patienter så att dem kan sitta utanför rummet om någonting skulle hända. Avander et al. (2016, s. 54) och Kennedy & Julie, 2013, s. 5) menar att det finns ett samband mellan utsatthet för brott i arbetslivet och sjuksköterskors rädsla i att ständigt vara i fara för att utsättas för brott.

Kennedy & Julie (2013, s. 6) beskriver att sjuksköterskor ofta hanterar rädslan för våld genom att tillkalla assistans från väktare.

Jonna beskriver att det är många på hennes arbetsplats som har gått in i väggen och är sjukskrivna och samtliga intervjupersoner menade att personalomsättningen var hög på arbetsplatsen. Kennedy & Julie (2013, s. 5) menar att arbetsplatsbaserat våld hör ihop med en ovilja att stanna kvar inom yrket, utbrändhet eller hög personalomsättning då många väljer att lämna yrket. De upplever även känslor som låg jobbkontroll och liten möjlighet att påverka patienter och anhörigas attityder. De upplever det som ansträngande att behöva vara professionella och hantera aggressiva patienter som hotar, och att det är svårt att bemöta

sådant beteende. Kennedy & Julie (2013, s. 6) menar att det bidrar till att dem ignorerar sådant våld även att dem är medvetna om de negativa följderna som kan uppstå av att hålla tillbaka sina känslor (Kennedy & Julie, 2013, s. 6).

När intervjupersonerna upplevt våld från patient anser samtliga att det påverkar deras inställning till patienten. Känslor som uppstår är en ovilja att vårda patienten på grund av obehagskänslor vilket gör att dem undviker patienten och endast genomför den primära vården som de är tvungna att göra vilket gör sjuksköterskan isolerad och begränsad i sin yrkesutövning. Dessa känslor återfinns i tidigare forskning (Kennedy & Julie, 2013, s. 6) där studiens resultat visar att sjuksköterskorna undvek patienter som varit våldsamma för att inte hamna i ytterligare konflikt.

Maja menar att hon brukar göra vissa arbetsuppgifter först innan hon tar tag i det och går in till patienten. Hon behöver ladda upp mentalt och förbereda en strategi som känns relevant innan hon bemöter de patienterna. Det går i linje med Avander et al. (2016, s.55) som beskriver att sjuksköterskorna i deras studie omprioriterade sitt arbete för att slippa bemöta sådana patienter.

Stina medger att hon brukar tillgodose sådana patienters önskemål till den mån det går för att undvika konfrontationer med dem. Indirekt kan dessa konsekvenser leda till att sämre patientvård, som att sjuksköterskor ger mer medicin än nödvändigt eftersom vissa patienter kan bli arga över den dos de blir tilldelade (Avander et al, 2016, s. 54) vilket gör att sjuksköterskan tillgodoser önskemålet till den mån det går. Stina upplevde att patienter som var kriminella kunde göra henne mer alert på den patientens beteende trots att patienten inte hade uttryckt något hot eller kränkningar mot henne. Hon beskriver;

”en patient som hade handfängsel och satt med två poliser dygnet runt... det var en sådan situation att jag går inte in där mer än nödvändigt, jag säger inte vad jag heter, jag tänker inte prata ett ord om mig själv, och det är väl kanske av att man är rädd även om jag inte känner mig rädd så blir man väldigt aktsam hur man bemöter de personerna”

De känslorna går även att finna i Avander et al. (2016, s. 55) studie där deras resultat visar att känslor av att utsättas för brott eller osäkerhet var mer vanligt uppkommande i sammanhang där dem vårdare patienter från kriminell kontext.

Dessa känslor hos sjuksköterskorna bidrar till att dessa patienter inte får samma vård som resterande patienter. Man kan se det som ett uttryck av bestraffning från sjuksköterskornas

sida genom att undvika patienterna och endast ge dem minimal vård som en konsekvens av deras beteende. Avander et al. (2016, s. 56) menar att den vården baseras mycket på övervakning och monitoring där undvikandet av patient leder till sämre patientvård som ger uppskov till ett etiskt och moraliskt dilemma.

5.9.2 Åtgärder

Stina beskriver att deras arbetsplats hade en utbildningsdag där säkerhetsavdelningen gick igenom anmälningsstatistik på sjukhuset där det framfördes att sjuksköterskorna borde anmäla mer. Genom denna utbildning upplevde hon ett ökat stöd för att anmäla hot och våld vilket också ledde till att hon kort därefter gjorde en anmälan på en patient:

”Det var en patient som var väldigt motstridig till att gå hem och blev liksom irriterad och hotfull. Det var ju inte så mycket som berörde mig personligen egentligen, det var allmänt jobbigt bara men då kände jag att ’nu ska jag banne mig skriva’ för nu har vi blivit lärda att det ska vi göra och då kändes det väldigt bra faktiskt!”.

Kennedy & Julie (2013, s. 7) beskriver att arbetsplatser som inför en nolltoleranspolicy mot våld i arbetslivet tenderar att anmäla våld i allt större utsträckning då dem inte behöver ta personligt ansvar över vad dem definierar som våld

Intervjupersonerna i studien menade att våld i arbetslivet är så pass nytt och att det inte är förrän nu ledningen har börjat lyfta sådana frågor i allt större utsträckning. Jonna tror att det har med medias ökade rapportering kring våld på akutmottagningar att göra. Maja menar också att medias rapporteringar har lett till striktare regler kring användandet av överfallslarm och en ombyggnad av akutmottagningen som gör det möjligt att låsa avdelningen så ingen kommer in utan passerkort eller gå via receptionisterna som kräver id-kort. Ytterligare åtgärder samtliga intervjudeltagare önskar till sin arbetsplats är väktare som enbart arbetar på akutmottagningen och inte behöver vara på hela sjukhuset. Några intervjupersoner uttalade en önskan om att få skottsäkra glas och personliga överfallslarm så att man inte skulle glömma att kvittera ut dem inför varje arbetspass. Samtliga intervjupersoner ansåg också att mer personal skulle underlätta arbetet men var dock osäkra på om det skulle avskräcka patienter och anhöriga från att bete sig hotfullt eller våldsamt. De ansåg att det behövde ske en attitydförändring gentemot vårdpersonal, vilket de på olika sätt resonerade att högre anmälningsstatistik kunde bidra med.

6. Diskussion

Genom intervjuer med fyra sjuksköterskor har denna studie synliggjort hur sjuksköterskor förhåller sig till våld i arbetslivet, hur dem definierar våld, vilka konsekvenser dem uppfattar att våldet får samt vilka åtgärder de tror kan minska våldet på akutmottagningen.

6.1 Hur resultaten kan tolkas i relation till vald teori och till tidigare forskning

6.1.1 Implicit rädsla

Vid den direkta frågan om rädslan att utsättas för brott svarade samtliga av intervjupersonerna nej. De upplevde ingen sömnsvårighet, rädsla eller ovilja att komma tillbaka till arbetet nästkommande dag, vilka är känslor som är vanliga konsekvenser vid utsatthet i arbetslivet (Kennedy & Julie, 2013, s. 5) trots att de har utsatts för flertaliga hotfulla situationer under deras karriär. Även om sjuksköterskorna inte uppger sig känna rädsla så tyder åtgärder som att de inte använder sitt efternamn på namnskyltar, en uttalad önskan att få fler väktare till akutmottagningen eller en ovilja att vilja presentera sig för vissa patienter vara konsekvenser av våldets effekter. Att tillkalla väktare som står utanför patientrummet när dem ska meddela ”jobbiga” besked kan också ses som ett uttryck för rädsla hos sjuksköterskorna att utsättas för våld i de situationerna.

Samtliga intervjupersoner har under intervjuens gång uttalat känslor som obehag och illvilja inför situationer och patienter, men det tycks inte påverka dem på det sätt att de uttrycker rädsla för att gå till arbetet. Jag tolkar det som att deras vårdande uppgift av arbetet tycks vara så stor att den fungerar som en självskyddande strategi mot våldet som dem utsätts för dagligen som bidrar till att dem inte känner en överdriven rädsla. Om samma systematiska våld hade genomförts i en annan kontext som exempelvis ett förhållande skulle sjuksköterskorna förmodligen påverkats av sådana frekventa hot. Jag tolkar det som att sjuksköterskorna genom sitt vårdande perspektiv förstår hur våldet kan uppstå och genom det sker en normaliseringsprocess som gör att viss typ och mängd våld kan hanteras. En känsla av gemenskap med sina kollegor som också utsätts för våld tror jag är en bidragande orsak till att dem inte tar det personligt utan finner orsaker från sin yrkesroll, väntetider eller samhällets kriminalitet i stort.

6.1.2 Kollegial stöttning

Samtliga intervjupersoner menade att det fysiska våldet var minst påfrestande vilket påverkade dem i mindre utsträckning. Det kan förstås utifrån att fysiskt våld var minst

förekommande på akutmottagningen och när det skett förekom anmälningar i allt högre grad än vid psykiskt våld, vilket gav känslan av direkta åtgärder. Vanligtvis får kollegor och chefer höra talas om det fysiska våldet från annat håll än från den utsatte, vilket oftast resulterade i kollegialt stöd som visat sig hjälpa emotionellt (Kennedy & Julie, 2013, s. 7).

Intervjupersonerna menade att det fick en att känna sig bekräftad att situationen hade gått över en accepterad gräns och därmed kände sig ”godkänd” att anmäla. Därmed verkar det inte som att det alltid är allvaret i en våldshandling eller konsekvenserna av dem som är den utlösande faktorn till om händelsen anmäls, utan bekräftelsen av kollegor. Det kan också ses som ett bevis att uppmuntran till anmälningar fungerar och ger en chans till förändrad arbetskultur. Samtidigt verkar sjuksköterskorna trygga i hur de själva ska agera i en fysisk situation och gav flera exempel på verktyg de kan använda vid sådant våld, som exempelvis överfallslarm, tillkalla väktare, grepp för att hålla ned en patient samt medicinska åtgärder. Jag tolkar det som att de känner sig trygga i en sådan otrygg miljö utifrån att de vet hur de ska agera.

6.1.3 Psykiskt våld som mest skrämmande

Det förefaller vara det psykiska våldet som påverkar sjuksköterskorna mest. De förmedlade att vissa situationer i arbetet, som att förklara att patienten inte kommer få någon hjälp på akutmottagningen utan måste vända sig till en annan instans oftast är en situation där det sker en normalisering av våld till en viss nivå. Röster höjs och verbala kränkningar är vanligt förekommande. Sjuksköterskan förväntas hantera den situationen och avbryta diskussionen i tid och menade att erfarenhet kan spela roll i den mån att man är mer auktoritär och vet hur man ska framställa sig själv för att konflikten inte ska utvecklas. Att det inte finns etablerade strategier för hur man handskas med sådana situationer skulle jag säga är en av anledningarna till att detta våld känns som mest skrämmande. Stina uttrycker en oro för hur nyanställda ska tackla de situationerna och kan känna en rädsla för att dem ska utsättas för mer våld och diskussioner än mer erfaren personal.

Psykiskt våld anmäls inte alls i samma utsträckning som fysiskt våld (både är dock underrapporterade) vilket gör att sjuksköterskorna hanterar våldet ensamma, eller i bästa fall med kollegor eller familj. Det kan ytterligare vara en orsak till varför det psykiska våldet upplevs som jobbigt eftersom de hanterar det individuellt vilket ger en känsla av hopplöshet och minimal chans till förbättring. Hallberg (2011, s. 31) menar att det är svårt att uttala sig om vårdgivares psykologiska konsekvenser efter att varit utsatt för hot och våld eftersom de så gott som aldrig anmäls. Sjuksköterskorna får heller ingen stöttning av cheferna då det aldrig

kommer till deras kännedom samt att det är lättare att ta med sig sådant psykiskt våld hem som riskerar att ärra dem inför likande handlingar i framtiden eller ge konsekvenser för familjelivet och privatlivet. Hallberg (2011, s. 17) har i sin forskning visat att sjuksköterskor som har utsatts för våld inom arbetslivet reagerar med ilska, skam, skuld och en upplevelse att de är inkompetenta för yrket och lägger skulden på sig själva och tror att de själva har orsakat incidenten. På grund av detta anser jag det extra viktigt att det kommer till chefens kännedom så de får hjälp med sådana känslor.

Oftast verkar psykiskt våld vara lätt för sjuksköterskorna att själva ”glömma bort och gå vidare” i och med deras stressade arbetsmiljö. Hamnar de i en liknande situation senare eller bemöter samma patient vid ett annat tillfälle vill de gärna inte vårda de patienterna och faller tillbaka till den historiska våldsamma situationen, vilket är ett bevis på att de psykiska situationerna inte glöms bort utan endast ignoreras. Detta kan även ses som ett uttryck för rädsla och bristande anmälningskultur.

6.1.4 Idealiska offret

De gånger sjuksköterskorna upplever rädsla är ofta i sammanhang där anhöriga eller patienter anses vara friska vilket gör att sjuksköterskan inte kan förklara bort våldet i någon medicinsk orsak vilket också bidrar till att det våldet är det som påverkar dem mest. De kan förklara våldet till viss del utifrån chock, rädsla etc. det är oftast sådana sammanhang som gör att de får adrenalinpåslag, känner sig stressade och osäkra (Avander et al. 2016, s. 54). Offerrollen görs utifrån deltagarnas definition av situationen (Christie, 2011:47) och jag tolkar det som att sjuksköterskorna ser gärningspersonen i sådana sammanhang som stor, ond och farlig som behandlar dem respektlöst ”utan anledning” när dem ska utföra sitt arbete. Jag uppfattar det som att sjuksköterskorna lättare kan tillskriva sig en offerroll eftersom gärningspersonen uppfyller det femte kriteriet enligt Christies teori (2011, s. 48) om idealiska offret. Det hjälper även sjuksköterskan att få legitim brottsofferstatus från samhället i stort. Ytterligare ett kriterium för att bli idealt offer ska vara att offret är svagt så som gammal, sjuk eller väldigt ung vilket inte stämmer in på intervjupersonerna. Dock kan det diskuteras och problematisera sjuksköterskerollen som ofta lyfts fram som oskyldig, oskuldsfull och opartisk hjälpare som räddar liv. Denna syn på sjuksköterskan skulle kunna likställas eller åtminstone jämföras som en syn på ett oskyldigt barn eller en äldre vänlig person och fungera som en anledning till att i vissa avseenden se sjuksköterskan som svag, vilket underlättar att uppnå idealisk offerstatus. Jag menar att denna svagare syn på sjuksköterskan enbart blir användbar och applicerbar i

förhållanden där gärningspersonen ses som stor, farlig och ond. I annat fall ses dem som starkare än sjuka individer.

Stina gav uttryck för att sjukhuset borde vara en plats för fridfullt beteende där man inte betar sig ila. Hon menar vidare;

”Är det någonstans det inte hör hemma med våld och att bete sig illa, så är det liksom på ett sjukhus. Jag tycker ju att man liksom aldrig ska hota eller bete sig illa, men för mig blir det liksom värre när man gör det på ett sjukhus”

Jag tolkar det här uttalandet som att hon ser sin egen yrkesroll och arbetsplats som en oskuldsfull plats där man inte är elak mot dem som jobbar eller befinner sig där. Det kan kopplas till Christies (2011, s.48) andra samt tredje kriterium. Att attackera ett offer som både är svagt, som jag har resonerat om att sjuksköterskor kan anses vara kring ovan, som dessutom är upptaget med att ta hand om väldigt sjuka personer på en plats där de inte kan klandras att vara på (deras arbete) är tillräckligt för att gärningspersonen ska kunna ses som ideal gärningsperson och för att sjuksköterskan kan uppnå legitim brottsofferstatus. Det kan också vara en av anledningarna till att sjuksköterskorna i studien anser sig ha lättare för att anmäla dessa typer av patienter och/eller anhöriga. Maja har anmält två personer som har varit fysiskt utåtagerande mot henne, vilka var sådana situationer där odiagnostiserade patienter provocerat attackerat henne. Det var också de gånger hon upplevde offerroll och kände;

”Jag försöker hjälpa dig och du agerar genom att först sparka mig och sen hota mig med knuten näven upp i ansikten på mig... Då kände jag... Nej fy! Nu räcker det”

Trots att sjuksköterskorna i många fall har möjlighet att tillskriva sig själva som offer anser jag att dem motstridigt ser sig som ett offer. De ser sjuksköterskerollen som något auktoritärt och skamfyllt med att anmäla brotten vilket försvårar för dem att uppfattas som idealiska offer. Stina beskriver sin känsla;

”att stå där och hantera någon som är arg och hotfull och sen ska jag liksom stå där och vara professionell och lugn mitt i alltihop. Det är det svåraste”

Jag tolkar det som att sjuksköterskorna inte vill visa patienterna eller de anhöriga att dem blir påverkade på grund av en motvilja att visa sig svaga. På så sätt tycker jag att man kan argumentera för Christies (2011, s. 50) sjätte kriterium som innebär att offret inte ska möta opposition från motkrafter som är så starka att man inte hörs. Det går således att koppla till att

sjuusköterskornas egen syn och konstruktion av den egna yrkesrollen kan fungera som en motståndare som gör att dem inte uppfyller kravet som offer och heller inte anmäler. Det ansågs också som en fråga av erfarenhet och grad av tillräcklighet från arbetsgruppens sida, att kunna hantera sådana situationer som sjuusköterska vilket kan komplicera offerrollen ytterligare och tillföra ytterligare motstånd mot att anmäla våldet.

6.1.5 Konsekvenser

På samtliga arbetsplatser var det hög personalomsättning vilket skulle kunna förklaras som ett resultat av psykiska påfrestningar för personalen som inte längre orkar arbeta kvar. Avander et al. (2016, s. 51) konstaterar att våld i arbetslivet kan ge konsekvenser att sjuusköterskor väljer att inte längre arbeta kvar på samma vårdavdelning eller att de lämnar sjuusköterskeyrket helt och hållet. Jonna beskrev utifrån sin arbetsplats att många hade gått in i väggen vilket också kan vara en konsekvens på grund av stress, osäkerhet och en känsla av att utsättas för våld som de tvingas att hantera. Kennedy & Julie, (2016, s. 5) har också funnit ett samband mellan våld på arbetsplatsen gentemot negativa känslor som missnöje med arbetet, hög sjukfrånvaro och utbrändhet. De menar vidare att hög personalomsättning samt intentioner på att lämna arbetsplatsen eller yrket som helhet kan vara konsekvenser från våld i arbetslivet (Ibid).

Många av intervjupersonerna har nämnt flera gånger att det krävs att man behöver vara en speciell typ av personlighet för att orka jobba på akutmottagningen en längre tid och det krävs skinn på näsan och lite attityd. Jag tolkar det som ett försvar gentemot våldet och att dem accepterar våldet som en del av arbetet eftersom de kräver personliga åtgärder för att hantera det. Ingen av intervjudeltagarna uttryckte en önskan eller en känsla av att lämna yrket utan samtliga trivdes bra. Jag tror att oviljan att känna rädsla och oro grundar sig i konstruktionen av sjuusköterskan som en vårdare, och den konstruktionen bidrar till att sjuusköterskorna upplever minskad risk att utsättas för våld. Så länge dem känner att våldet inte är riktat mot dem som person verkar våldet kunna hanteras utan rädsla.

6.1.6 Grövre brottslighet

Stina, som är intervjupersonen som arbetat längst på akutmottagningen ansåg att våldet på arbetsplatsen har ökat och menade att det var ett resultat av (enligt henne) samhällets grövre brottslighet. Hon menar att samhället inte hinner med i den grova brottslighetens utveckling vilket gör att vårdpersonal är tvungna att hantera och tackla de nya patienterna som kommer in och behöver vård. Hon menar att våld förekommer i mycket större utsträckning nu än

tidigare och anser att hon har behövt vårda betydligt fler patienter som drabbats av skottskador än när hon började sin karriär. Maja menar som ovanstående intervjuperson att våldet i samhället bidrar till att de individerna kommer in till akutmottagningen i större utsträckning. Hon upplever att våldet från samhället flyttar in till akutmottagningen tillsammans med patienten. Detta är ett resonemang som jag har funnit i tidigare forskning där Avander et al. (2016, s. 51) menar att Sverige har haft en ökat trend av gängrelaterat våld i samhället samt ökade antal skjutningar mellan gängrivaler som ger effekten att akutmottagningarna får andra typer av patienter i akutuårdsrummen. Avander et al. (ibid) menar att personer som tillhör gängkriminalitet och har en historia av våldsamt beteende, sett våldsamma handlingar eller blivit skjutna själva har en ökad benägenhet att begå seriösa våldshandlingar mot andra i samhället vilket kan vara en av förklaringarna till att det arbetsplatsbaserade våldet har ökat. Jonna anser att hon inte kan uttala sig om våldet har ökat, men hon upplever att det är relativt vanligt att vårda personer med skottskador, där polisen sitter utanför rummet och vaktar. Hon anser att det är ett uttryck för grövre brottslighet och upplever att dessa situationer kan göra henne ängslig att något ska hända henne. Kennedy & Julie (2013, s. 3) redovisar liknande resultat som Avander et al. (2016) där de drar kopplingar mellan ökat våld i Kapstaden till att det arbetsplatsbaserade våldet på akutmottagningen också ökat där sjuksköterskorna behövde handskas med både brott och våld på sin arbetsplats. Ingen av intervjupersonerna upplevde rädsla att utsättas för brott på grund av medias rapportering om ökat våld på akutmottagningar. Det som bidrog till ökad rädsla och oro föreföll vara bristande stöd från ledning samt bristande utbildning i att hantera våldsamma personer. Låg jobbkontroll lyftes även fram som en orsak till rädsla då sjuksköterskorna upplevde minimal befogenhet att bli av med patienter och anhöriga som uppträder våldsamt men som är i behov av vård då det inte finns någon annan akut instans för dem att vända sig till. Det förändrade patientflödet som enligt Avander (2016, s. 51) har skett inom svensk sjukvård, kan dock vara en anledning till sjuksköterskors upplevelser av ökat våld under senare år samt höga siffror av sjukskrivningar som orsak av våld hot och hot på arbetsplatsen.

6.1.7 Åtgärder

Stina hade en bra erfarenhet av utbildning, där ledningen lyfte frågor som anmälningsstatistik och att dem borde anmäla mer frekvent. Hon uttryckte en önskan att det skulle förekomma fler sådana utbildningar så sjuksköterskorna skulle få upp ögonen att våldshandlingar som de såg som självklara i yrket faktiskt är våld. Hon menade att utbildning påverkade henne positivt till

att anmäla beteenden som hon annars hade låtit bli. Genom utbildning av våld i arbetslivet som fenomen kan ledningen luckra upp sjuksköterskornas konstruktioner av vad våld i arbetslivet är för något och genom att införa en nolltoleranspolicy tvingas dem att anmäla sådant beteende som inte passar deras föreställningar. För att snabbare bearbeta problemet och undvika att den gamla socialiseringsprocessen fortsätter konstruera en snäv definition av våld behövs radikala åtgärder som en nolltoleranspolicy. Det krävs att sjuksköterskorna behöver vara kritiska mot sin egen konstruerade sanning. När detta är befäst har det skapats andra handlingsmönster och sjuksköterskorna kommer definiera våld på annat sätt och genom det skapa sig en annan sanning som främjar arbetsmiljön samt vårdkvalitén. Kennedy & Julie (2013, s. 7) beskriver att arbetsplatser som inför en nolltoleranspolicy mot våld i arbetslivet tenderar att anmäla våld i allt större utsträckning då dem inte behöver ta personligt ansvar över vad dem definierar som våld.

Stinas önskan om mer utbildning går att tolkas som att de behöver en kollektiv bekräftelse för att våga och börja anmäla sådant beteende som ligger utanför deras föreställningar om våld. Att den kollektiva bekräftelsen är viktig går även att koppla till att sjuksköterskorna i större utsträckning anmäler fysiskt våld eftersom det oftast sker efter kollegial stöttning och påverkan. Wikman (2008, s. 7) menar att det är rimligt att anta att ökad uppmärksamhet av ett problem kan leda till en ökad känslighet för vad som uppfattas som våld, vilket kan göra att anmälningsbenägenheten ökar. Det kan ses som ytterligare en anledning till varför mer utbildning krävs.

Maja önskade att rapporteringsprocessen gärna fick kortas ned så dem hade en chans att anmäla våldet direkt när det hade hänt. Hon trodde att det skulle bidra till att fler anmälde då det inte skulle kännas som ett lika stort hinder att bearbeta om man slapp skicka massa papper till olika instanser och på grund av deras stressiga arbete.

Ilse ansåg som resten av intervjupersonerna att väntetiderna var den största orsaken till våld, och ansåg att det behövdes mer personal som kunde stävja aggressivitet och konflikter. Stina menade dock att långa väntetider inte är en orsak till att bete sig illa och hotfullt. Hon menade att det är personers attityder gentemot vårdpersonal som är problemet, vilket är svårt att ändra på. Hon resonerade sig dock fram att det bästa dem kan göra är att anmäla mer så att problemet syns i statistiken.

Samtliga sjuksköterskor upplevde att de blev mer trygga i sjuksköterskerollen med tiden, vilket gjorde att de kunde se varningssignaler för hotfullt beteende i tidigare skede och att

erfarenheten hjälpte dem att kommunicera med patienter på ett sätt som undvek konflikter i större utsträckning. Det kan tolkas som att nyanställda och nyutbildade sjuksköterskor behöver information kring konflikthantering för att snabbare upprätta en kunskapsbank som beskrivs fungera som en skyddsfaktor. Detta ligger i linje med Hallbergs (2011, s. 25) resultat som visar att brist på erfarenhet kring konflikthantering är en riskfaktor för att utsättas för våld.

6.2 Förslag till fortsatt forskning

Då studiens slutsatser är att det krävs mer uppmärksamhet kring våld i arbetslivet i form av utbildning samt införa en nolltolerans av våld i form av anmälningstvång skulle det vara av intresse att studera sådan kontext där åtgärderna har implicerats. Vidare forskning bör därför studera existerande anmälningsattityder och förhållningssätt till våld till sådan kontext. Det skulle även vara intressant att undersöka om sjuksköterskorna upplever mindre stress och rädsla i sådana sammanhang.

Framtida forskning bör även fokusera på sjukhus i svensk kontext som tar emot störst del av patienter som har fallit offer för skjutvåld och/eller gängkriminalitet för att få ökad kunskap kring sjuksköterskornas upplevelse av våld och hur den påverkar dem. Det hade varit intressant att undersöka om de sjuksköterskorna känner sig mer begränsade i sin yrkesutövning än vad sjuksköterskor som i denna, vårdar i en mer alldaglig kontext gör. Genom fler studier kan sjuksköterskor få mer kunskap om våldets komplexitet som kan bidra till att fler väljer att anmäla yrkesrelaterat våld.

Litteraturförteckning

AFS 1993:02. *Våld och hot i arbetsmiljön. Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna.* Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling.

http://www.av.se/lagochratt/afs/afs1993_02.aspx (2019-04-09)

Allwood, C.M. & Erikson, M.G. (2010) *Grundläggande vetenskapsteori för psykologi och andra beteendevetenskaper.* Lund: Studentlitteratur

Avander, K., Heikki, A., Bjerså, K., & Engström, M. (2016). Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short and Long- term Consequences in a Swedish Setting. *Journal of Trauma Nursing*, (23:2), p. 51–57. doi: 10.1097/JTN.0000000000000186

Brottsförebyggande rådet (2018). *Yrkesrelaterad utsatthet för brott* (Rapport 2018:3). Stockholm. Brottsförebyggande rådet.

Bryman, A. (2008). *Samhällsvetenskapliga metoder.* Malmö: Liber

Börjesson, R. (2017, 26 augusti). De kriminella gängen sätter skräck på akuten: de har ingen respekt. *Expressen* (E). Hämtad från <https://www.expressen.se/kvallsposten/kriminella-gangen-satter-skrack-pa-akuten-de-har-ingen-respekt/>

Catlette, M. (2005). A descriptive study of the perceptions of workplace violence and safety strategies of nurses working in level 1 trauma centers. In *Journal of emergency nursing*, 31(6), p. 519-525. doi: 10.1016/j.jen.2005.07.008

Cederberg, J. (2016, 9 september). Kraftig ökning av sjukfrånvaro efter hot och våld. *Dagens medicin*. (DM). Hämtad 6 april, 2019, från <https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2016/11/09/kraftig-okning-av-sjukfranvaro-efter-hot-och-vald/>

Christie, N. (2001) ”Det idealiska offret” i Åkerström, M. och Sahlin, I. *Det motspänstiga offret.* (s. 46-62) Lund: Studentlitteratur

Estrada, F.A., Nilsson, A.A., Wikman, S.A., (2007). Det ökade våldet i arbetslivet: En analys utifrån de svenska offerundersökningarna. *Nordisk Tidskrift For Kriminalvetenskap.* Vol. 94, nr 2, s. 56-73

Forsberg, N. & Svanström, E. (2018). *Hot och våld på akutmottagningen. Varför agerar patienter och anhöriga med aggression?* (Examensarbete, Sophiahemmet högskola, Stockholm). Hämtad från <http://www.divaportal.se/smash/get/diva2:1214013/FULLTEXT01.pdf>

Hallberg, U. (2011). *Hot och våld inom vård och omsorg*. (Rapport 2011:16) Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Jerre, K.A. (2009) *Ökat hot och våld i arbetslivet – en följd av förändrade arbetsförhållanden?: En studie utifrån de svenska Arbetsmiljöundersökningarna 1991- 2005*. Stockholms universitet: Kriminologiska institutionen.

Jönsson, H. (2012). Viktimologisk forskning. Brottsoffer i teori och metod. I Heber, A., Tiby, E., & Wikman, S. (Red.), *Äldre som offer- en övning i analys*. (s. 117-137). Lund: Studentlitteratur

Kennedy, M. & Julie, H. (2013). Nurse's experiences and understanding of workplace violence in a trauma and emergency department in South Africa. *Health Sa Gesondheid*, (18:1), p. 1-9. doi: 10.4102/hsag.v18i1.663

Kvale, S. och Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Menckel, E. & Viitasara, E. (2002). Threats and violence in swedish care and welfare-magnitude of the problem and impact on municipal personnel. In *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), p. 376-385. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00103.x

Olsson, A. (2017, 24 augusti). Få i vården vågar anmäla gängrelaterade hot. Vårdfokus (VF). Hämtad från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2017/augusti/fa-i-varden-vagar-anmala-gangrelaterade-hot/>

Pich, J., Hazelton, M., Sundin, D., & Kable, A. (2010). Patient-related violence against emergency department nurses. In *Nursing and health sciences*, (12), p. 268-274. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00525.x

Stene, J., Larson, E., Levy, M., & Dohlman, M. (2015). Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report. In *The permanente journal*, (19:2), p. 113-117. doi: 10.7812/TPP/14-187

Vetenskapsrådet (2004). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. (codex.vr.se) Stockholm: Vetenskapsrådet

Wikman, S. (2008) Våld på jobbet Beskrivningar av våld i arbetslivet 1978–2004 i facklig press. *Sociologisk forskning*. Stockholms universitet: Samhällsvetenskapliga fakulteten, Kriminologiska institutionen. nr 3, s. 6-31

Bilaga 1

Informationsbrev

Hej!

Jag heter Sandra Karlsson och studerar sista terminen på programmet i utredningskriminologi vid Högskolan i Gävle, där jag nu genomför mitt examensarbete.

Jag kommer att göra en intervjustudie för att undersöka hur sjuksköterskor på akutmottagningen i Linköping tänker kring utsatthet, rädsla och oro för våld i sin yrkesroll.

Jag behöver deltagare till min studie som kommer att utföras under de närmsta veckorna.

Jag undrar om du kunde bistå med två sjuksköterskor som är villiga att ställa upp på intervju, under ett arbetspass? En intervju tar ca 1 timma.

Alternativt hjälpa mig att vidarebefordra mailet samt det bifogade informationsbrevet till sjuksköterskorna på akutmottagningen där du arbetar.

Med vänliga hälsningar

Sandra Karlsson

Bilaga 2

Hej!

Jag heter Sandra Karlsson och studerar sista terminen på programmet i utredningskriminologi vid högskolan i Gävle. Jag söker nu deltagare till min avslutande c-uppsats. Jag kommer att göra en kvalitativ studie för att undersöka hur sjuksköterskor som arbetar på en akutmottagning tänker kring utsatthet, rädsla och oro för våld i sin yrkesroll.

Det har sedan länge varit känt att vårdpersonal har hög risk för att utsättas för våld i arbetslivet, men ofta fokuserar de studierna på områden som missbruk, psykiatri eller geriatrik. Media har under de senaste åren rapporterat ett ökat hot mot sjukhusanställda och framför allt mot personer som arbetar inom akutsjukvården. Därför har jag valt att fokusera på sjuksköterskor som arbetar på akutmottagning och deras utsatthet för våld och den rädsla och oro som kan förknippas med den utsattheten.

Om du väljer att delta i min studie kan du förvänta dig en intervju med mig som förväntas ta ca 1 timme. Du får bestämma tid och plats som passar dig.

Jag kommer att spela in intervjun för att senare transkribera materialet. Den kommer att avidentifieras och det kommer bara vara jag som har tillgång till materialet. När studien är slutförd kommer ljudfilen att raderas och uppsatsen kommer varken avslöja identitet eller arbetsplats. Det är frivilligt att delta i studien och du kan när som helst avbryta intervjun utan att någon orsak behöver anges.

Kontakta mig om du vill delta i studien, om du har frågor eller om du önskar veta mer om min studie.

Med vänliga hälsningar

Sandra Karlsson

Bilaga 3

Intervjuguide

Information till intervjuperson innan intervjun börjar:

- Jag är väldigt tacksam för att du deltar i min studie och ställer upp på den här intervjun. Den är frivillig och du kan välja att avbryta intervjun när du vill.
- Intervjuns syfte är att undersöka hur personal på akutmottagningar resonerar kring hot och våld och det finns inget facit på de här frågorna. Det handlar om hur ni själva tänker och ni får tolka fritt och associera.
- Intervjun kommer behöva spelas in om du ger ditt godkännande till det.
- Intervjun kommer i ett senare skede transkriberas, och när detta görs kommer den vara avidentifierad, och i uppsatsen kommer varken identitet eller arbetsplats att avslöjas.

Öppningsfrågor

- Hur gammal är du?
- Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
- Hur länge har du arbetat på akutmottagningen?
- Kan du berätta lite om dina huvudsakliga arbetsuppgifter?
- Hur skulle du beskriva den här arbetsplatsen?
* Stämning bland kollegorna? Antal kollegor? Hög arbetsbelastning? Hög personalomsättning? Många sjukskrivningar?

Våld på arbetsplatsen

- Kan du förklara vad våld innebär för dig på din arbetsplats?
- Kan du beskriva vad hot innebär för dig på din arbetsplats?.
- Tror du att det är vanligt att sjuksköterskor på akuten utsätts för hot och våld i sin yrkesövning?
- Tror du att det är vanligt att man rapporterar hot och våld?
- Till chefen eller polisen?
- Vad tror du påverkar ditt val av rapportera om hot och/eller våld eller inte?
- Vad tror du att man har högst benägenhet att anmäla, hot eller (Fysiskt) våld?
- Vilka är det som oftast brukar uppträda hotfullt eller våldsamt enligt din uppfattning?
* patienter eller anhöriga?
- Har man högre tolerans av hot och/eller våld från vissa patienter än andra?
- Upplever du att utsattheten för hot och våld skiljer sig beroende på: ...?
- kön på vårdande personal? Yrkeserfarenhet? skift? Helger? Nätter? Personlighet?

- Har du någon gång varit utsatt för hot eller våld när du har arbetat?
- Orkar du berätta eller är det jobbigt? (vad var det som hände?)
- Vad tänkte du?
- Vad kände du? Arg, ledsen, frustrerad, rädd?

- Berättade du vad som hände för någon? Anmälde du?
- Hur togs det emot?
- Tycker du att den händelsen påverkade din inställning till patienten?
*hur?
- Har du någon gång varit utsatt för hot eller våld när du har arbetat men inte rapporterat det?
*varför gjorde du inte?
- Vilken typ av skada förekom?
- Hur påverkas du av hot och våld på din arbetsplats?
- Är du rädd för att utsättas för hot och/eller våld när du arbetar?
- I vilka situationer upplever du rädsla?
- Hur påverkar den ditt arbete?
- Hur påverkar det dig utanför arbetet? (rädsla, oro, svårt att sova, missnöje med yrkesval?)

Åtgärder

- Vid hot och våld från patienter och/eller anhöriga, hur agerar du/ni?
* vad har ni för verktyg? Kollegor, chefsstöd? Mall att fylla i, rapport?
- Vilka verktyg eller tryggheter har ni att tillgå?
*väktare, kollegor, polis?
- Vad tycker du är viktiga åtgärder för att minska din utsatthet för hot och/eller våld på arbetsplatsen?