



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för arbetshälsvetenskap och psykologi

Hot och våld inom akutsjukvård

Sjuksköterskors upplevelser av hot och våld inom akutsjukvård

Pär Bäckman
Emelie Samba

2019

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Psykologi
Personal- och arbetslivsprogrammet

Handledare: William Montgomery
Examinator: Eva Boman

Sammanfattning

Syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka upplevelserna kring hot och våld för sjuksköterskor inom akutsjukvård, sjuksköterskornas hanteringsstrategier samt om den potentiella rädslan för hot- och våldssituationer resulterade i ett förändrat beteende hos sjuksköterskorna. Studien genomfördes vid en akutmottagning på ett sjukhus i Mellansverige. Genom ett strategiskt urval, valdes 8 sjuksköterskor i åldrarna 25–55 år med en arbetserfarenhet inom akutsjukvård på minst ett år. Studien genomfördes med semistrukturerade intervjuer med ljudupptagning, som sedan transkriberades och analyserades genom en induktiv tematisk analys. Ur analysen identifierades olika teman; “Utsatthet”, “Hanteringsstrategier” samt “Ändrat beteende”. Till de olika temana identifierades även underteman. Resultatet visade att respondenterna dagligen utsattes för hot och våld. Tydliga rutiner och utbildningar inom hot och våld upplevdes som viktiga grundpelare för att i bästa möjliga mån förebygga hot- och våldssituationer. Socialt stöd från kollegor spelade en stor roll, både i fråga om trygghet, och som hanteringsstrategi efter en incident.

NYCKELORD: Hot, Våld, Akutsjukvård, Sjuksköterskor, Hantering, Utsatthet

Abstract

Titel: Threats and violence in an emergency department – Nurses experience of threats and violence within an emergency department

The purpose of this qualitative study was to investigate the experience with threats and violence towards nurses working in an emergency department, the respondents coping strategies and if the potential vulnerability to threat and violence, changed the behavior of the nurses. The study was conducted at an emergency department in a hospital in the middle of Sweden. By a strategic selection, 8 nurses, was picked out for the study between the ages of 25–55 years and with the experience of working in an emergency department at least for one year. The study was conducted with semi structured interviews, with audio recording that was transcribed verbatim and was analyzed with an inductive thematic analysis. From the analysis, a different set of themes was identified: “Vulnerability”, “Coping strategies” and “Changed behavior”. To the different themes there was subthemes. The result showed that the respondents experienced threats and violence on a daily basis. Clear routines and education about threats and violence were experienced as an important foundation in terms of preventing threats and violence. The social support from colleagues were significant in terms of coping after an incident.

KEYWORDS: Threats, Violence, Emergency department, Nurses, Coping, Vulnerability

Förord

Vi vill börja med att tacka vår handledare William Montgomery vid Högskolan i Gävle för handledning under vårt skrivande av kandidatuppsatsen. Vi vill även rikta ett stort tack till de deltagare som medverkade i våra intervjuer. Vidare vill också rikta ett stort tack till våra fantastiska familjer med barn som har haft ett stort tålamod med oss under vår tid med mycket skrivande och mindre närvaro.

Tack till er alla som gjorde denna studie och uppsats möjlig att göra!

Pär Bäckman & Emelie Samba

Uppsala 2019-05-17

Innehållsförteckning

Introduktion	5
<i>Syfte</i>	10
<i>Frågeställningar</i>	10
Metod	10
<i>Deltagare och urval</i>	10
<i>Material och mätinstrument</i>	10
<i>Tillvägagångssätt</i>	11
<i>Design och dataanalys</i>	11
<i>Forskningsetiska överväganden</i>	12
Resultat	13
<i>Utsatthet</i>	13
Trygghet.	15
Otrygghet.	15
Förövare.....	17
<i>Hanteringsstrategier</i>	19
Preventivt.....	19
Pågående.....	21
Efterföljande arbete.	21
Socialt stöd.	22
<i>Ändrat beteende</i>	22
Diskussion	23
<i>Resultatdiskussion</i>	24
<i>Praktisk relevans och fortsatt forskning</i>	28
<i>Metoddiskussion</i>	29
Referenser	32
Bilaga 1	34
Bilaga 2	35

Introduktion

Våld och hot kan variera från trakasserier i form av hot via brev eller telefon, till i värsta fall mord. Våld kan även förekomma om miljön inbjuder till olika brottsliga handlingar, exempelvis i olika vårdsituationer (Arbetsmiljöverkets författningssamling [AV], AFS 1993:2). Göransson, Näsvalld och Sverke (2011) beskriver arbete, ofta som något roligt och meningsfullt, och något som ger en struktur i tillvaron och som de flesta människor upplever som något värdefullt. Ibland kan dock arbetslivet förknippas med negativa aspekter så som negativa erfarenheter och stress.

Något som har ökat de senaste åren är olika typer av aggressivitet med tillhörande uttryck genom hot och våld. Att bli utsatt för hot och/eller våld på arbetet innebär ett stort lidande med negativa konsekvenser för den utsatte, men också för den utsattes familj, kollegor samt organisation, som i sin tur kan leda till försämrad effektivitet för samhället i form av kostnader för sjukskrivning och vård (Göransson et al., 2011). Enligt Göransson et al. (2011) handlar hot och våld om: "ett beteende hos en eller flera individer, från organisationen eller utifrån, som har intentionen att fysiskt eller psykologiskt skada en eller flera anställda i en arbetsrelaterad kontext" (Göransson et al., 2011, s. 7). Vidare beskriver Göransson et al. (2011) att aggressiviteten kan te sig direkt fysiskt (genom att exempelvis slå någon), icke-verbalt (genom att exempelvis uttrycka ett visst typ av kroppsspråk, att peka finger, miner etc.) och verbalt (genom att exempelvis skrika och svära åt en annan individ). Verbala kränkningar innebär en medveten användning av ett språk som förödmjukar, nedvärderar eller indikerar en brist på respekt för en individ, som skapar rädsla och ibland ilska hos offret. Fysiskt våld innefattar till exempel slag, sparkar, huggningar, skjutningar, knuffande, nypande, rivande och bitande som orsakar fysisk, sexuell eller psykologisk skada för offret. Psykologiskt våld eller emotionella kränkningar innefattar ett beteende som förödmjukar, nedgraderar eller indikerar en brist på respekt för värdigheten och värdet av en individ. Det refererar till en avsiktlig användning av makt och/eller hot av fysisk kraft mot en person eller en grupp som kan resultera i skador på ett fysiskt, mentalt, spirituellt och/eller moraliskt plan (Kennedy & Julie, 2013). Hot och våld är ett allvarligt arbetsmiljöproblem och risken för att bli utsatt för hot och våld på arbetsplatsen är större inom yrkesgrupper som har mycket direktkontakt med människor, till exempel inom hälso- och sjukvård (Arbetsmiljöverket, 2019). Arbetsrelaterat våld är vanligt förekommande över hela världen. Det finns olika typer av aggression, fientlig aggression och instrumentell aggression. Den fientliga aggressionen innefattar en impulsiv typ där motivet innebär att reagera eller skada mot något som personen anses vara en orättvisa. Den instrumentella aggressionen är mer beräknande och används för

att uppnå ett mål där personen är mer medveten och planerande (Buschman & Andersson, 2001). Riskfaktorer för arbetsrelaterat våld inkluderar miljöfaktorer, organisatoriska faktorer och individuella psykosociala faktorer (Zhang et al., 2017). Det är en psykisk belastning att vara orolig för att bli utsatt för hot och våld på arbetet, vilket i sin tur påverkar arbetsmiljön negativt. Arbetsgivare har ett ansvar att förebygga risker för hot och våld i största möjliga mån genom att exempelvis utforma och utrusta arbetsplatsen i ett förebyggande syfte för att motverka att hot- och våldssituationer uppstår. Genom preventiva åtgärder, såsom genomtänkta rutiner, minskar risken för att personalen känner otrygghet även om risken för att bli utsatt för hot och våld är tydlig (Arbetsmiljöverket, 2019). Arbetsmiljöverket (AV, AFS 1993:2) tillhandahåller föreskrifter om hot och våld i arbetsmiljön som gäller på alla arbetsplatser. Enligt Arbetsmiljöverket (2019) finns det ett flertal faktorer som påverkar riskerna för hot och våld på arbetsplatsen. Arbetsmiljöverket listar faktorer så som kvälls- och/eller nattarbete, stress, tidsbrist och för hög arbetsbelastning som några exempel på potentiella riskfaktorer för hot och våld (Arbetsmiljöverket, 2019). Arbetsplatser, såsom exempelvis akutmottagningar, innebär en risk för att utsättas för hot och våld av individer som är aggressiva och våldsbenägna, till exempel individer som är påverkade av olika substanser (exempelvis alkohol eller droger), psykiskt sjuka eller på annat sätt labila människor. Sådant typ av hot och våld kan te sig helt oprovocerat och ibland helt oavsiktligt (AV, AFS 1993:2). Förekomsten av hot och våld inom sjukvården rapporteras vara stor och forskning har visat att sjuksköterskor, där de kvinnliga sjuksköterskorna anses utgöra en stor riskfaktor, är en av de mest utsatta yrkesgrupperna och kan frekvent bli utsatta för våldsamt beteende (Brophy, Keith & Hurley, 2018).

Kennedy och Julie (2013) belyser två dokument som har agerat som ett instrument för att rama in det arbetsrelaterade våldet som en global arbetsrelaterad risk och ett allvarligt samhällsproblem. Det första dokumentet, "The Joint Programme on Violence in the Health Sector Report", anger riktlinjer för att uppmärksamma arbetsrelaterat våld inom hälso- och sjukvården. Rapporten var ett samarbete mellan International Labour Organization, The International Council of Nurses, World Health Organization (WHO) och Public Services International. Det andra dokumentet innefattar utvecklingsarbetet om det arbetsrelaterade våldets typologi baserat på relationen mellan utövaren och offret, utformad av The University of Iowa's Injury Prevention Research Center. Typologin anses vara ett användbart verktyg då det underlättar och hjälper utvecklingen av policies genom att göra de mer effektiva (Kennedy & Julie, 2013). Vidare beskriver Kennedy och Julie (2013) att det finns fyra olika typer inom det arbetsrelaterade våldet. Typ I anses utgöra det våld med en brottslig avsikt. Våldet utförs

av en person som inte är anställd av organisationen. Det finns ingen relation mellan utövaren och offret. Typ II innefattar relationen mellan kund eller patient och servicegivaren, våldet utförs av någon som söker någon form av service. Denna typ av våld är väldigt vanlig inom sjukvårdssektorn där utövaren eller dess anhöriga utövar våld mot den som ger vård. Typ III innefattar den typ av våld som innebär att utövaren arbetar eller har arbetat tillsammans med offret. Både utövaren och offret har en relation till organisationen. Typ IIII, innebär en kategori som innefattar att våldet utförs mot offret och att det går ut över organisationen. Utövaren och offret har en relation, men inte nödvändigtvis med organisationen (Kennedy & Julie, 2013). Alla fyra typerna av våld drabbar sjuksköterskor inom hälso- och sjukvården och speciellt inom akutsjukvård och psykiatriska kliniker. Typ II, arbetsrelaterat våld, ökar globalt inom hälso- och sjukvården och därmed dess påverkan på sjuksköterskorna (Kennedy & Julie, 2013).

Enligt Itzhaki et al. (2018) finns det två huvudaspekter av sjuksköterskornas beteende som kan generera patientens ilska. Socialt avstånd mellan sjuksköterskor och patienten samt beteenden som patienten finner irriterande. Zhang et al. (2017) beskriver även att de aggressiva förövarna kan vara patienter, familjemedlemmar till patienter och besökare och det finns flera faktorer som kan trigga patienter att begå hotfulla och/eller våldsamma handlingar och exempel på dessa är långa väntetider, frekventa avbrytanden, osäkerhet i hur man ska behandla patienterna och hög arbetsbelastning.

I Sverige syns en ökad trend av gängrelaterat våld, inklusive skjutningar mellan rivaliserande gäng som leder till en ny grupp av patienter. Enligt Brottsförebyggandet rådet (BRÅ, 2019) innefattar cirka 40% av fallen med dödligt våld på grund av skjutvapen. Individer som exponeras för våld genom skjutningar, antingen genom att individen har blivit skjuten eller sett någon annan bli skjuten, är mer troligen att agera aggressivt och har en ökad chans att agera aggressivt och begå allvarliga våldshandlingar mot andra i samhället. Om dessa attityder och beteenden följer med patienterna till sjukhuset skapas en risk för de som arbetar inom sjukvården. Detta, i sin tur, ökar kraven för trygghet och säkerhet inom sjukvården och kan leda till en rädsla att ta hand om dessa patienter (Avander, Heikki, Bjerså & Engström, 2016). Avander et al. (2016) har identifierat två huvudkategorier inom hot och våld; hotfulla situationer och konsekvenser, som i sin tur visade en förändring i prioriteringen av sjuksköterskornas vård, för att i sin tur undvika en potentiell hotfull situation. Negativ stress för personalen och oviljan att vara nära patienten kan leda till bristfällig kommunikation och i slutändan, sämre kvalitet av vården.

Förekomsten av våld inom hälso- och sjukvården fortsätter att vara ett stort problem och speciellt inom akutmottagningar och det gäller för alla som arbetar inom akutmottagningar, från de som arbetar i receptionen till de som arbetar för att hjälpa till att ge vård till patienterna (Kowalenko, Gates, Lee Gillespie, Succop & Mentzel, 2013). Jackson, Hutchinson, Luck och Wilkes (2013) beskriver en skillnad mellan förövarna och skillnad i bedrövelsen hos den utsatte. Förolämpande språk från anhöriga var mindre bedrövade än när det förolämpande språket kom från patienterna. Svärande, associerat med hot har rapporterats orsaka mindre bedrövelse än svärande med personliga nedvärderande kommentarer. Psykologiska konsekvenser av att bli utsatt för hot och/eller våldssituationer i arbetet kan leda till minskad tillfredsställelse i arbetet, önskan av att byta karriär och även mer allvarliga konsekvenser såsom posttraumatiskt stressyndrom, utmattning eller en önskan att överge yrket. Indirekt leder dessa konsekvenser till sämre vård av patienter, såsom felmedicinering eller att sjuksköterskor undviker att vara nära patienter (Avander et al., 2016). Konsekvensen av en våldssituation visar sig på olika sätt i människors reaktioner. Vissa människor reagerar med direkta stressreaktioner eller i chocktillstånd. För andra individer kan symtomen visa sig efter flera timmar eller dagar. Reaktionen kan visas sig som en upplevd rädsla, skräck eller obehag efter en händelse eller en potentiell händelse. Andra människor kan förbli förhållandevis oberörda. Hur reaktionen visar sig beror på om den som har blivit utsatt har uppfattat vad som har hänt, om det var en händelse som den utsatte var beredd på samt om den utsatte var ensam vid tillfället och om den utsatte tidigare har upplevt hot eller våldssituationer (AFS 1993:2). Stress kan ofta vara en positiv reaktion som kan ge en extra kraft inför exempelvis en ansträngning utöver det normala där individen blir mer fokuserad, prestationsförmågan ökar och sinnena skärps. Stress kan dock bli negativ om kraven blir högre än förmågan samt om påfrestningen blir för stor. Vid hot och våldssituationer är det förekommande att stressen blir negativ (Prevent, 2019). Genom att som förövare ifrågasätta förmågan och kompetensen hos den utsatte leder beteendet till att förövaren nedgraderar den professionella identiteten och kompetensen hos den utsatte. Diskriminering från patienter rapporteras ha en negativ effekt på ångest och tillfredsställelsen i arbetet. Det har visat sig minska entusiasmen och engagemanget (Jackson et al., 2013). Hot och våld har också ett stort bidrag till arbetsrelaterad stress som kan leda till utbrändhet (Itzhaki et al., 2018). Konsekvenserna av att bli utsatt för dessa typer av situationer är rädsla, känslan av att bli kränkt, stress och osäkerhet. De långsiktiga konsekvenserna kan leda till att sjuksköterskornas privatliv blir drabbat genom att det genererar känslor såsom osäkerhet, ångest och rädsla (Avander et al., 2016). Verbala kränkningar är den mest vanliga typen av patient-mot-

sjuksköterskor våld med hot innehållande ett aggressivt och nedvärderande språk som det mest vanliga och problematiken sträcker sig globalt, över hela världen. Dessa typer av kränkningar och övergrepp kan förminska självkänslan och skada självförtroendet. Den drabbade kan också uppleva känslor av hjälplöshet, förödmjukelse och depression (Jackson et al., 2013). Vidare beskriver Jackson et al. (2013) att sjuksköterskor blir utsatta för verbala påhopp dagligen och att det involverar nedsättande förolämpningar och/eller kommentarer, förlöjliganden och sarkasm som ofta sägs högt inför andra människor för att den utsatte ska uppmärksammas negativt. Kowalenko et al. (2013) beskriver att det är förväntat att mer användning av våld sker nattetid, speciellt i samband med alkoholintag. Många händelser som innehåller våld och/eller hot i arbetslivet antas dock aldrig registreras. Konsekvensen av detta innebär att fysiska symptom och olika psykiska reaktioner så som stress och rädsla aldrig kommer fram i en allmän statistik (AFS 1993:2). Jackson et al. (2013) beskriver fenomenet med underrapportering och att det kan härledas till sjuksköterskornas uppfattning om att rapporteringarna ändå inte leder till några konsekvenser. De tenderar att normalisera kränkningar från patienter på grund av att mentaliteten innefattar att arbetsrelaterade kränkningar "comes with the territory", vilket innebär att de accepterar situationen som ett naturligt resultat av situationen som den är eller att de är i ett tillstånd av förnekelse gällande patientrelaterat våld (Kennedy & Julie, 2013, s. 1). Kennedy och Julie (2013) beskriver att sjuksköterskor hanterar hot- och våldssituationer på olika sätt. De kan använda kollegor att prata med och använda kollegorna som bollplank, de kan hjälpa till att utföra andra uppgifter och använda sin egen familj och vänner som ett sätt att klara av att hantera dessa typer av situationer. Ett bra omhändertagande efter en händelse innebär en möjlighet att kunna bearbeta upplevelserna samt att det ger en möjlighet att vara bättre förberedd vid liknande händelser i framtiden (AFS 1993:2).

Innan 2000-talet fanns det minimalt med publicerad forskning som behandlade problemen med våld mot personal inom hälso- och sjukvårdssektorn. Under de senaste 20 åren har många aspekter av hot och våld på arbetet undersökts. De flesta studier upptäckte typ II våld, vilket innebär fysiska eller verbala övergrepp av patienter eller anhöriga till patienten. Typ II våld är den mest vanliga typen av arbetsrelaterat våld inom hälso- och sjukvårdssektorn (Brophy et al., 2018). De senaste 20 åren har forskningen studerat många olika aspekter av hot och våld på arbetet. Den tidigare forskningen har fokuserat på hur våldet och aggressiviteten uppstår samt dess konsekvenser. Det finns väldigt lite forskning som har fokuserat på hur aggressiviteten i arbetslivet kan förebyggas och hur den drabbade kan få bästa möjliga hjälp (Göransson et al., 2011). Våldet inom hälso- och sjukvården ökar globalt

och i Sverige, men fortfarande är detta ämne sparsamt studerat inom svensk akutsjukvård (Avander et al., 2016).

I denna studie kommer sjuksköterskors upplevelser av hot och våld inom akutsjukvården att undersökas, deras hanteringsstrategier samt hur sjuksköterskornas arbetssätt förändras eller har förändrats på grund av den potentiella rädslan för hot och våld. Detta kommer att utföras genom en kvalitativ ansats och analyseras genom en induktiv tematisk analys.

Syfte

Syftet med studien var att undersöka upplevelsorna kring hot och våld för sjuksköterskor inom akutsjukvården.

Frågeställningar

1. Hur upplever sjuksköterskor inom akutsjukvården hot och våld?
2. Vad gör sjuksköterskorna för att hantera hot och våld samt upplever de att strategierna är framgångsrika?
3. Hur påverkar den potentiella rädslan för hot och/eller våld personalens arbetssätt?

Metod

Deltagare och urval

Studien genomfördes genom ett strategiskt urval av respondenter från en akutmottagning på ett sjukhus i Mellansverige. Ett missivbrev (*Bilaga 1*) upprättades och delades ut på den berörda akutmottagningen till potentiella respondenter. Alla respondenter som medverkade i studien behandlades konfidentiellt och kommer att fortsätta behandlas konfidentiellt.

Kriterierna för urvalet var att respondenterna arbetade som sjuksköterskor på den valda akutmottagningen och att de arbetat på en akutmottagning i minst ett år. 8 stycken sjuksköterskor valdes ut till den aktuella studien med ett åldersspann inom 25–55 år ($M=40.13$). Respondenterna hade arbetat på akutmottagningen mellan 1–9 år ($M=4.06$). 2 av respondenterna var män och 6 av respondenterna var kvinnor.

Material och mätinstrument

En intervjuguide utformades och en pilotintervju genomfördes på en testperson för att sedan kunna korrigera oklarheter i intervjuguiden. Den uppdaterade intervjuguiden användes sedan i samtliga 8 intervjuer (*Bilaga 2*). Intervjuerna varade mellan 30–50 minuter.

Tillvägagångssätt

Alla intervjuer genomfördes individuellt och på respondenternas arbetsplats på en avskild och lugn plats. Innan intervjuerna fick respondenterna ta del av missivbrevet (*Bilaga 1*) för att säkerställa att de förstod syftet och de etiska aspekterna av intervjun samt för att kunna reda ut eventuella oklarheter eller frågor samt för att fråga respondenterna om tillåtelse att använda citat. Intervjuerna som genomfördes med en intervjuguide (*Bilaga 2*) var semistrukturerade, vilket innebar att intervjuerna innehöll övergripande strukturerade frågor med möjlighet till öppna följdfrågor som utvecklades under intervjuernas gång.

Intervjuerna startade med inledande frågor kring hur länge de arbetat som sjuksköterska, hur länge de arbetat inom akutsjukvården samt var de hade arbetat innan. Därefter behandlades de övriga frågeområdena under intervjuerna. Intervjuerna liknade mer en dialog mellan respondenten och den som intervjuade snarare än en formell intervju. Detta var något som togs i beaktning under pilotintervjun då det upptäcktes vara svårare för respondenterna att utveckla sina svar om intervjun enbart handlade om att ställa frågorna i intervjuguiden.

Genom att arbeta för att få intervjuerna att likna dialoger snarare än rena, formella intervjuer, bidrog intervjuerna till att respondenterna svarade mer utförligt och djupgående på frågorna. Avslutningsvis erbjöds respondenterna att få ta del av det sammanställda resultatet samt information om hur den slutgiltiga uppsatsen kommer att publiceras. Samtliga intervjuer genomfördes med en och samma intervjuare, detta för att få sådana enhetliga intervjuer som möjligt samt för att underlätta för respondenterna i deras redan pressade schema.

Design och dataanalys

Ljudupptagningar av samtliga intervjuer gjordes med hjälp av en diktafonapplikation i en mobiltelefon av märket Iphone 8. Intervjuernas ljudupptagningar transkriberades, vilket innebar att alla intervjuer författades ord för ord. Den insamlade datan analyserades med en tematisk induktiv analys i enlighet med Braun och Clarke (2013). Det transkriberade materialet lästes sedan igenom enskilt av båda författarna flertalet gånger för att kunna skapa en djupare förståelse samt för att skapa egna uppfattningar av materialet. Under tiden som materialet lästes igenom sammanfattades små anteckningar som kunde vara av potentiellt intresse. Därefter utfördes kodningen, först och främst individuellt, för att sedan jämföras och adderas. Vidare kunde sökandet efter temana påbörjas och utfördes genom att den information som framkom genom intervjuerna författades och skrevs ner i olika "mind-maps", tankekartor, på flertalet post-it lappar, för att sedan kunna skapa provisoriska teman. Efter en

genomgående analys, som utfördes flertalet gånger definierades, identifierades och namngavs de olika temana.

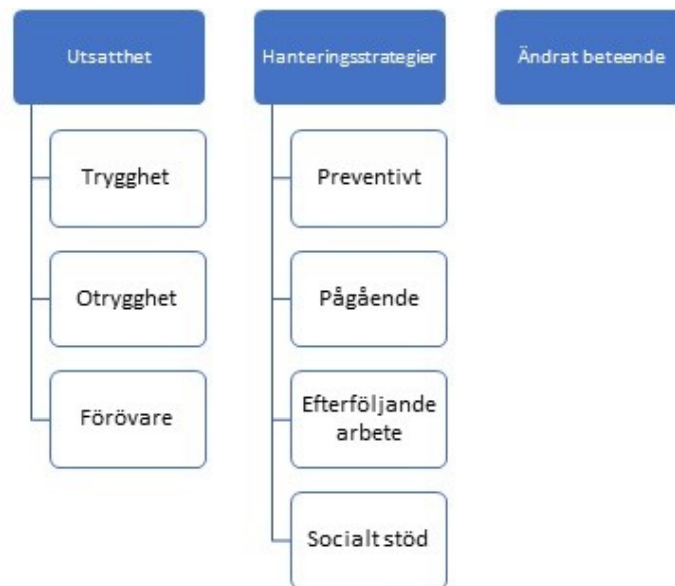
Forskningsetiska överväganden

I enlighet med Vetenskapsrådet (2002) finns fyra huvudkrav på forskning, informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet och samtyckeskravet. I denna studie anses samtliga fyra krav tillgodosetts och uppfyllts. Informationskravet innebär att respondenterna skall bli informerade om deras uppgift i studien, vilka villkor som gäller för deras deltagande samt att de ska upplysas om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst har möjlighet att avbryta sin medverkan omedelbart. I denna studie har detta krav uppfyllts, genom att det i missivbrevet, samt innan intervjuerna utförts, beskrivits och informerats om respondentens uppgift i studien, dess villkor för deltagande samt att de när som helst kan avbryta sitt deltagande. Respondenterna har hela tiden haft möjlighet till kontakt med de ansvariga för studien via telefon eller mail. Respondenterna har också blivit meddelade att deras uppgifter i studien inte kommer att användas för något annat än i studiesammanhang.

Det andra kravet, konfidentialitetskravet, uppfylls genom att alla respondenter skall ges största möjliga konfidentialitet och att deras uppgifter inte kommer att användas på något annat sätt än i den aktuella studien. Nyttjandekravet, det tredje kravet, uppfylls på så vis att de insamlade uppgifterna endast kommer att användas i denna studie som ligger till grund för den aktuella kandidatuppsatsen. Respondenternas uppgifter får inte och kommer inte att användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2002). Respondenterna har också blivit informerade, genom missivbrevet (*Bilaga 1*), att de har möjlighet att ta del av det slutgiltiga resultatet om så önskas. Vetenskapsrådet (2002) beskriver det fjärde kravet, samtyckeskravet, som att respondenter i en undersökning har rätt att själva bestämma över sin medverkan. Respondenterna skall också ha rätt att självständigt bestämma om, hur länge, och på vilka villkor de skall delta. Respondenterna ska kunna avbryta sin medverkan när som helst. I enlighet med informationen i missivbrevet (*Bilaga 1*), samt den muntliga information som givits till respondenterna innan intervjuernas början, anses även samtyckeskravet vara uppfyllt.

Resultat

Resultatet presenteras utifrån de teman som framkommit under den induktiva tematiska analysen (Figur 1): “Utsatthet”, “Hanteringsstrategier” och “Ändrat beteende”. Två av temana innehåller tre eller flera underteman. Resultatet kommer att presenteras i löpande text samt åskådliggöras med citat hämtade ur intervjuerna som gjorts i studien. Inget av citaten benämns med vem av respondenterna som har sagt vilket citat, då samtliga respondenter var noga med att poängtera vikten av anonymitet.



Figur 1. Resultatet i de framtagna temana tillsammans med tillhörande underteman.

Utsatthet

Samtliga respondenter uppgav att hot och våld var ständigt närvarande i deras arbete, under i stort sett varje arbetspass. Vissa av respondenterna hade inte blivit utsatta för fysiskt våld, men alla respondenter hade upplevt verbala kränkningar och hot. Respondenterna beskrev att mottagningens larm och väktare bidrog till en tryggare arbetsplats. Dock menade en av respondenterna att det förvisso fanns larmfunktioner och personlarm, men att de inte räckte till alla och därmed respondenterna fick ropa på sina kollegor om något skulle inträffa.

Nej, vi använder inte alltid personlarmen som finns men det finns alltid några som har, vi har inte personlarm så det räcker till alla. Vi köper in nya men de försvinner. Men det är inte så att alla på hela passet har något så att man tar hjälp av varandra och ropar.

En av respondenterna berättade att respondenten kände att det var väldigt tråkigt att arbeta i en miljö med hot och våldssituationer då de arbetade med att rädda liv och därmed inte ville

behöva oroa sig för att bli utsatta för hot och/eller våld: ”Alltså det är ju trist egentligen. Att man befinner sig i en arbetsmiljö där man kan göra det. Att man på något sett inte kan skydda sig då vi ändå jobbar med att hjälpa människor”. Dessutom ansåg respondenten att akutmottagningen var en väldigt utsatt arbetsplats, framförallt på grund av den stora risken att drabbas av hot och våld på arbetsplatsen. En av respondenterna beskrev att respondenten tyckte att det fanns en alldeles för hög acceptans gällande våld och hot på arbetsplatsen och ansåg att detta aldrig skulle vara okej i någon annan bransch: ”Jag tror inte det skulle vara accepterat i en annan bransch. Om det skulle vara i en miljö bland de som sitter vid kontor så skulle detta nog aldrig vara accepterat tror jag. Inte en chans, aldrig i livet”.

Flertalet respondenter uppgav att det fanns en oro för att bli utsatt för hot och våld, men att de accepterat att det är så det är inom yrket. De var medvetna om att det fanns en hotbild gällande hot om våld vid skjutningar exempelvis mot hela akutmottagningen.

Samtliga respondenter uppgav att de någon gång blivit utsatta för verbala påhopp med hot och två tredjedelar av respondenterna hade någon gång blivit utsatta för fysiskt våld. Respondenterna upplevde att det hade blivit mer vanligt med hot och våld och att det blivit grövre i och med att det var mer vanligt med grupper som använde vapen i bråk med andra grupper och som kom till akutmottagningen och bråkade med personalen för att få komma in på mottagningen eller få som de ville i andra frågor. En respondent beskrev en situation som påverkat respondenten mycket där patienten var påverkad av droger och höll på att dö. Respondenten uppgav att situationen var obehaglig och där respondenten fick välja mellan sin egen säkerhet och att rädda patientens liv.

Det är ju dessutom så att den personen höll på att dö och var väldigt våldsamt. För då kan jag inte bara inte sticka för den är aggressiv för jag ska ju rädda liv. Det var ju så att väktarna fick hålla fast personen för den är så aggressiv. Och vi var tvungen att vända patienten men han hölls ned av väktarna. Till slut fick jag gå in och säga släpp patienten för vi måste vända för annars dör han. Och han får då slå mig om det krävs för rädda livet. Det påverkade mig väldigt mycket.

En annan respondent berättade att respondenten blivit slagen i huvudet av en patient men att det snarare gjorde respondenten arg istället för rädd och att respondenten berättat om händelsen för sin gruppchef men att det inte hände något mer efter det och att respondenten inte skrev någon avvikelserapport gällande incidenten: ”Efter det gick jag till min gruppchef och jag blev jätte, jätte arg men inte rädd. Sen efter det hände inget mer. Jag har inte ens

skrivit en avvikelse på det”. En annan respondent beskrev att denne blivit hotad verbalt flera gånger.

Dels verbala hot, är väl det vanligaste skulle jag säga och då är det allt från lite mer subtila till jag skulle kunna slå sönder dig och det här rummet till direkta dödshot och att man går emot eller går emot en vägg.

Samma respondent berättade om en allvarlig situation som respondenten ansåg kunde slutat mycket illa.

Där blev jag ju inte hotad egentligen utan det var att jag försatte mig och var oförsiktig med en person som senare visade sig vara gärningsman till ett allvarligt brott och där var jag ganska oreflekterade och använde inte dom strategierna som jag vanligtvis gör. För att jag gjorde inte associationerna till att det här kan vara en riskfylld situation och egentligen kanske det är den farligaste situationen jag har stått i.

Trygghet. En respondent beskrev en viss trygghet i larmknapparna, men att det kändes osäkert efter att polisen lämnat av någon patient som befunnit sig i en hotfull situation eller som tidigare varit aktör i hot och våldsbrott. De respondenter som menade att de kände sig trygga på sin arbetsplats påtalade att skalskyddet och larmfunktionerna ingav trygghet: ”Vi har byggt på vårt skalskydd och vi har utvecklat rutiner för hur vi larmar så jag känner inte någon otrygghet på min arbetsplats, det gör jag inte”.

Larmen som gick direkt till polisen, och att det fanns möjlighet för väktare att assistera, gjorde att en del av respondenterna kände en trygghet. Respondenterna påtalade även att det fanns kameror som filmade och kontakten med polis och väktare uppgavs vara mer frekvent än tidigare. Möjligheten till en så kallad katastroflåsning utgjorde en trygghet för respondenterna. Katastroflåsning innebar att hela akutmottagningen låstes och att lampor blinkade för att göra alla uppmärksamma på att något allvarligt hade hänt.

Otrygghet. En del av respondenterna beskrev arbetsmiljön som otrygg och med en känsla av att ständigt behöva vara på vakt. De poängterade att lokalerna var bristfälliga med för små rum och för mycket människor på samma plats samtidigt. En annan respondent såg det som en självklarhet att alla skulle få känna sig trygga på sin arbetsplats och ansåg att det var fel att det var så många som arbetade på akutmottagningen som inte kände sig trygga.

En av respondenterna påtalade att katastroflåsningarna, där personalen låste hela akuten och alla lampor blinkar, innebar en otrygghet då det skapade en oro att något allvarligt hade hänt.

Om det blir situationer som innehåller hot eller våld, då tänker man kring detta mer. Vid exempelvis katastroflåsningar så blir man ju lite mer osäker på sin trygghet men man vet ju samtidigt att vid allvarligare situationer kommer polisen oftast innan. För dessa låsningar sker oftast efter påringning från polis eller så.

En respondent beskrev situationerna med mängden människor som ett problem.

Man får ingen riktig koll. Och händer något då får man inte riktigt koll och då är det kanske redan lite kaos. Det är otryggt. Och man tänker kanske då att hur ska man kunna få ut alla här om det sker något och hur ska man själv kunna fly undan. Det gör mig otrygg när mängden patienter och anhöriga är stor.

Respondenten vidareutvecklade sitt resonemang genom att beskriva konsekvenserna av de trånga lokalerna och den stora problematiken med överbelastningen av människor som respondenten ansåg utgjorde stora problem i säkerheten.

Man vet ju inte vem någon är och vi personalen är utspridda och det står bårar överallt, i vägen för dörrar och nödutgångar. Alltså flyktvägen är inte ens, man skulle inte ta sig någonstans för man kommer ingenstans. Det skulle bli totalt kaos om någon skulle komma med ett vapen. Det är nog kört då.

En av respondenterna beskrev också lokalerna som dåliga ur säkerhetssynpunkt och att om någon ville ta sig in på akuten så kunde en potentiell förövare komma in, trots att akuten var låst. Vidare beskrev samma respondent att lokalerna hade dolda platser som resulterade i att det kändes otryggt, samt att väntrummet var helt öppet och att det inte fanns möjlighet att låsa: ”Jag försöker inte tänka på lokalerna för det är verkligen inte så bra lokaler. Sen skulle vi verkligen skulle behöva väktare och nya lokaler”. Respondenten vidareutvecklade tankarna kring oro gällande lokalerna och såg det som en orosfaktor kring säkerheten.

Är man på en specifik avdelning och då framförallt nattetid så är man väldigt själv och ensam, det är nämligen avskilt i en egen korridor på akuten, så händer något där ser inte så många det om det inte är flera patienter och anhöriga där, för alltså ibland är ju andra patienter och anhöriga de som

gör en trygg då de ser och hör och skulle säkerligen påkalla andras uppmärksamhet eller ja, se till på ett eller annat sett att man får någon hjälp.

Förövare. En av respondenterna beskrev att dementa patienter och irriterade och trötta anhöriga förekom i princip dagligen och respondenten ansåg att det ingick i personalens arbete att hantera dessa personer genom att bemöta de på ett bra sätt för att undvika att en hotfull situation uppstod. Respondenterna betonade problemen med äldre dementa, patienter och anhöriga som den största källan till hot och våld. De beskrev också att drogpåverkade och alkoholpåverkade patienter var ett stort problem gällande hot och våld. De äldre dementa patienterna beskrevs i vissa fall som våldsamma och hotfulla, men att det fanns en annan typ av förståelse för dessa patienters utfall då de inte är vid sina fulla sinnes bruk. En av respondenterna berättade att denne blivit utsatt för fysiskt våld på arbetet, men att det mest hade varit drogpåverkade personer som hade brukat våld: ”Av patienter har jag blivit, men inte av anhöriga. Men det är mest intoxer. Det är ju inte specifikt personbundet de slår utan de kan ju vara mer att de fåktar och slår runt om en ändå”. Flera respondenter nämnde att patienter som lider av någon form av alkohol- och/eller drogproblematik är svårhanterliga då de ibland inte förstår sitt eget bästa. En respondent beskrev ett tillfälle där en patient vägrade vård och blev arg över att respondenten försökte hjälpa patienten.

En gång så var det en patient som var alldeles blå för han tagit överdos och vi gav han antidot och när han stod rakt framför mig i ansiktet och skrek och var galen över att vi tagit bort kicken han hade och jag trodde verkligen han skulle slå mig. Sen försökte vi hela tiden få han att förstå att om inte vi gjort som vi gjorde skulle han dött. Men han vara bara så arg och elak och framförallt hotfull. Efter detta så tänker jag på detta varje gång jag ger antidot till någon. För han stod verkligen så nära och skrek och jag var säker på att han skulle slå mig och då även slå ihjäl mig.

Respondenterna reflekterade även över könsskillnader och beskrev att förövare fanns bland båda könen. De kvinnliga respondenterna benämnde osäkerheten kring att hantera män och framförallt flera män samtidigt. De upplevde att män ofta uttryckte ett hat mot kvinnor och att det var ovanligt att kvinnor uttryckte hat mot någon i personalen. Respondenterna beskrev också att det fanns förövare med rasistiska åsikter där de uttryckte hat mot personal med invandrarbakgrund.

Jag tycker nog till visst del att det är män. Men äldre dementa tanter kan också vara riktigt aggressiva och bångstyrda. Men då är det lite annorlunda ändå. Men generellt är det män som är

aggressiva men visst unga, drogpåverkade tjejer är inte alls roliga dem heller alltid. De kan klösas och gömma saker på sig och hugga tag i en. Men männen är nog de som fåktar mest.

En annan respondent beskrev problematiken kring unga män som potentiella hot och/eller våldsutövare.

Återkommande situationer är ju grupper av yngre män som söker vård tillsammans. Eller egentligen, en söker vård och tar med sina kompisar. Dem är ofta hotfulla och otrevliga. Det känner man innan, ser man en sådan grupp så ser man det rätt snabbt och så drar man öronen åt sig lite.

Respondenterna beskrev problematiken med det ökade våldet i samhället som ett stort problem för akutsjukvården och sjukvården överlag. De beskrev att det fanns en ständig oro vid situationer med mycket människor som kunde vara svårhanterliga och oförutsägbara: ”Man tänker på det hela tiden för att våldet har ökat och vi är mer utsatta idag än tidigare. Att som samhället har utvecklats idag med våld, skjutningar, knivdåd”. En annan respondent beskrev det ökade våldet och den ökade oron för en typ av våldsvåg där även personalen kunde bli en måltavla för de kriminella. Respondenterna uttryckte en oro för att personalen skulle kunna hamna i situationer som innehöll våld och hot för att anhöriga ville få sin vilja igenom.

Det har blivit mycket vanligare med våld, hot och våld. Det har i viss mån blivit grövre hot och våld. Med just vapen, grupper som söker sig till varandra och inte bara ska bråka med varandra utan även bråka med oss i personalen för att komma in eller få så som de vill.

Respondenterna beskrev att de upplevde mer våldssituationer i samband med alkoholintag. Löningshelger orsakade generellt mer bråk på stan vilket sedan spred sig till akutmottagningen, med det ökade penningflödet ökade även bråken. Gängbråk förekom dock hela månaden runt och inträffade inte under någon speciell period under månaden men var vanligare på kvällen: ”Med en som söker hjälp och väntat flera timmar finns en trötthet och en rädsla och oro där som triggat dem. Men det grova bråket sker oftast kring kvällar och nätter och också gärna vid lön och så”.

Det rådde olika känslor mellan respondenterna kring känslorna av hot och våld. Vissa berättade att de inte tänkte alls på att de kunde hamna i en hot och våldssituation medan majoriteten tänkte att de faktiskt kunde hamna i en hot och våldssituation.

En respondent beskrev att respondenten tänkte på hot och våldssituationer hela tiden på grund av att våldet har ökat och att personalen var mer utsatt än tidigare.

Hanteringsstrategier

Preventivt. I det förebyggande arbetet arbetade flera respondenter med att försöka bemöta patienter och anhöriga på ett bra sätt för att undvika att det skulle kunna utvecklas till hotfulla situationer. Respondenterna menade att de försökte upptäcka risker i tid och försökte se hotfulla situationer i förväg och genom ett bra samarbete i gruppen, tillsammans med larmfunktioner och möjlighet till hjälp av väktare, försökte de arbeta preventivt för att förhindra hotfulla situationer. En av respondenterna talade om att alltid försöka ha ryggen fri och att inte låsa in sig på något sätt i rummet eller i lokalen. Flera respondenter menade att de alltid försökte plocka undan potentiella vapen och dylikt för att minimera hoten. En av respondenterna beskrev att de idag hade tätare kontakt med polis och väktare och att de ökat på skalskyddet och monterat upp kameror. Alla respondenter påtalade att det behövdes preventiva förbättringar. Övningar genom utbildningar i hot och våld och speciellt att träna på vardagliga situationer, var något som alla respondenter saknade. Respondenterna beskrev att akutmottagningen minimerat antalet anhöriga som fick följa med in på mottagningen. Tidigare kunde i princip hur många som helst följa med in, men numera fick patienterna bara ta med 1–2 anhöriga. Något som egentligen var bestämt och skulle efterföljas men enligt en respondent efterföljdes det inte. Medan vissa respondenter menade att de hade haft simuleringsövningar gällande hot och våld, medverkat i utbildningar och hade bestämda rutiner, menade två respondenter att de inte hade medverkat i någon utbildning eller kände till några specifika rutiner, detta till trots att en av respondenterna beskrev att det ingick i sjukhusets introduktionsprogram för nyanställda. En respondent beskrev hur personalen utbildats i hur personalen ska hitta flyktvägar i farliga situationer. Respondenten beskrev att de hade fått lära sig att de skulle skydda sig själva för att undvika att bli skadade. Respondenten själv hade medverkat två gånger på en sådan utbildning, men respondenten ansåg att det borde ske oftare.

Jag själv har tänkt ut min flyktväg genom balkongen. De vill att vi ska aktivt tänka på att om något händer ska vi springa och skita i alla andra. Det är hemskt men så är det, skydda dig själv. I bästa fall kunde du rycka med dig ett barn om det stod någon längs vägen du springer enligt utbildningen vi gick. Lika att om du låser en dörr så släpp inte in någon annan oavsett om det är en kollega eller inte, det är ju ingen som vill tänka så här men så menar de att vi skyddar oss bäst. Det

är inte som en film eller något heroiskt alls. Man rekommenderas att tänka på sig själv för annars kommer du dö.

I preventivt syfte kunde personalen bli förvarande av både polis och ambulans, till exempel om en skjutning ägt rum. På så vis kunde personalen påkalla väktare innan patienter och anhöriga skulle inkomma. En av respondenterna beskrev att de gått igenom potentiella händelser och rutiner på studiedagar och hur man skulle tänka kring placeringen i lokalen, samt hur de skulle undvika att trigga potentiellt hotfulla personer. Samtliga respondenter fick frågan om de kände igen de säkerhetsrutiner som fanns på arbetsplatsen, dels preventiva, pågående samt det efterföljande arbetet. En del av respondenterna uppgav att de kände till rutiner, men att det för det mesta innehöll information om det skedde någon incident, men att de inte kände till många preventiva rutiner: ”Vi har nog PM och rutiner på mycket som jag då inte har läst. Det satt tidigare ett PM om hur man ska reagera vid bombhot som ringdes in men det togs bort”. Rutinerna, beskrev respondenterna, som att de skulle försöka sätta sig själva och andra i säkerhet och försöka begränsa utrymmet för den person som skulle undvikas genom att låsa in den personen så gott det gick. En av respondenterna påtalade att det aldrig gick att hjälpa alla och att de därmed ska hjälpa sig själva i första hand. En av respondenterna beskrev att de hade utbildningar i hot och våldssituationer men att det behövdes mer utbildning. Under utbildningarna hade det även framkommit att det gjordes väldigt få avvikelserapporter, som ska skrivas om det har förekommit någon incident. Samma respondent beskrev, som preventiv åtgärd, att personalen hade trygghetslarm som de alltid skulle ha på sig men att alla inte hade på sig sitt trygghetslarm. Samtidigt beskrev respondenten att respondenten inte visste om alla rutiner eller vad som skulle göras i olika situationer.

Jag borde känna till alla rutiner mycket bättre. Det är verkligen så. Jag känner ju till en del och en del har man hört om men det är verkligen så att jag är dålig på dessa. Jag vet inte exakt vad jag skulle göra om något händer mer än att trycka på larmet då. Men egentligen vet jag inte alls så bra, jag skäms nästan nu när du frågar.

En annan respondent berättade att de hade sina rutiner, såsom nolltolerans mot hot och våld. Respondenten fick frågan om denne ansåg att det rädde nolltolerans på akutmottagningen: ”Absolut inte”. Flera respondenter hade en önskan om fler vakter till akutmottagningen och som enbart skulle finnas stationerade på akutmottagningen. En önskan fanns om fler

utbildningar i både självförsvar och vad personalen som grupp kunde göra tills hjälp kom. Flera respondenter påtalade avsaknad av preventiva åtgärder för att förhindra potentiella hot och våldssituationer. Respondenterna nämnde att de flesta preventiva åtgärderna var något som de själva lärt sig genom erfarenhet eller genom att de fått tips av kollegor.

Pågående. Flera respondenter uppgav att de valde att inte gå in till en patient om de kände en osäkerhet kring patienten och att de vid en agiterad situation, försökte tala lugnt och sansat men ändå bestämt med patienten.

Att inte gå in till någon själv kanske om man är osäker på den personen. Sen att jag försöker vara lugn och sansad men ändå bestämd. Jag försöker nog använda mig av min mammaröst. Att jag är ganska bestämd och säga åt någon på skarpen men inte aggressiv eller själv vara den som höjer rösten först. På samma sätt som man säger åt sina barn.

En respondent beskrev att de ofta använde personlarmet, som var tänkt att fungera som ett överfallslarm, när patienter blev dåliga. Respondenten påtalade att respondenten var emot detta från början, då det fanns en risk, att om larmet användes till något annat, kanske de skulle komma dit utan beredskap när något hotfullt eller våldsamt faktiskt skett.

Sen använder vi i personalen ofta larmet för att larma vid dåliga patienter också vilket jag var emot lite i början för vad säger man, för om vi använder det till annat kanske ingen kommer när det väl sker något illa eller man kommer dit utan beredskap om att något hotfullt eller våldsamt kanske sker.

Efterföljande arbete. Två av respondenterna tillfrågades om de kände till några efterföljande rutiner, efter en händelse, och påtalade att de rutiner som fanns om en hot- och/eller våldssituation uppstod var att den ledningsansvarige sjuksköterskan på plats skulle samla de som blivit utsatta enskilt eller i grupp beroende på vad de inblandade kände direkt efter en incident. Det beskrevs också att det fanns möjlighet att få gå till företagshälsovården. En annan respondent beskrev problematiken med underrapporteringen av att registrera så kallade vardagshot.

Det vi kanske skulle kunna utveckla oss med är att vi skulle kunna öva på att registrera vardags hot. Jag tror vi är ganska så tåliga så att det tar inte så direkt att vi säger ifrån. Många kanske inte ens registrerar själv att det är ett hot. Vi är nog för vana med det och märker då inte ens när det sker om det inte är väldigt extremt eller tydligt.

Samma respondent uppgav att det behövdes öva på att kunna säga ifrån utan att trigga patienten eller anhöriga, men så att de ändå vågade markera utan att det skulle leda till ökade hotfulla situationer.

Socialt stöd. Samtliga respondenter beskrev att deras trygghet fanns hos deras kollegor. Att de tog vara på varandra och stöttade varandra. En respondent beskrev att när någon tryckt på överfallslarmet, kom alla kollegor dit för att se vad som hade inträffat och om det fanns något att hjälpa till med. Respondenterna beskrev en gemenskap där de knöt an till varandra som en familj genom att de arbetade på en intensiv arbetsplats. Flera respondenter beskrev att de hellre samtalade med, och fann stöd i sina kollegor efter en incident istället för att prata med någon utomstående: ”Det är som min familj typ så ja. Vi är typ så nära varandra för vi är med om så mycket”. En respondent beskrev dock att denne pratade hemma med sin partner efter en incident då det kändes enklare att tala med en part som var neutral även om respondenten inte kunde berätta lika mycket detaljer som för kollegorna.

Ändrat beteende

Flera respondenter uppgav att de hade ändrat arbetssätt genom att försöka vara lite mer beräknande inför en potentiell hotfull situation. En respondent beskrev att respondenten tänkte till innan respondenten gick in till en patient och när denne visade in en patient på ett rum: ”I viss mån har jag ändrat arbetssätt, det är ju att jag försöker vara lite mer beräknande om, när det kan tänka sig uppstå en hotfull situation”.

En av respondenterna berättade att denne blivit mer försiktig i kontakt med patienter och att det hade hänt att respondenten avstått från att ta ett blodprov på en patient för att patienten varit för aggressiv.

Jag förstår att man behöver få blodprover och så men jag tänker inte riskera mig själv med en nål i närheten av den individen. Då får det vara. Jag förstår att de behöver vård men inte på bekostnad av min säkerhet. Är de så pass våldsamma kan man inte ens be en kollega hjälpa en utan man får då vänta tills de lugnat ned sig eller bestämma om någon annan åtgärd behövs.

En annan respondent beskrev ett ändrat beteende i hur mycket respondenten tål idag gällande patienter och anhöriga samt att respondenten säger ifrån mycket snabbare idag än tidigare.

Respondenten beskrev också att personalen vid potentiella hotfulla situationer går in fler i ett rum och att de ber om hjälp i ett tidigare skede.

Jag tänker till när jag går in till en patient, vad jag tar med mig, det gjorde jag aldrig i början. Och jag behöver till exempel, samma sak om jag visar in en patient på ett rum så ser jag till att rummet är okej, så det inte finns potentiella vapen framme. Att reflexhammaren och liknande är undanplockat, är något sådant framme då får det plockas undan innan.

En av respondenterna beskrev att respondenten ändrat beteende efter incidenter genom att inte ge läkemedel till patienter som inte samarbetade samt att respondenten aldrig gick in ensam till en patient om patienten ansågs hotfull. En annan respondent beskrev att respondenten medvetet försökte undvika att hamna i konflikt med någon genom att försöka fånga upp eventuella irritationer redan från början och genom att vara ärlig med att de arbetar så fort de kan, samt genom att ge patienten eller den anhörige ett erkännande på att de har väntat länge och att personalen hade full förståelse för den irritation som uppstår.

En stor skjutning som hade ägt rum i den aktuella staden hade påverkat en av respondenterna mycket då denne varit orolig för att gärningsmännen skulle vara på plats på akuten eller om det skulle utföras någon form av hämndaktion mot någon patient inne på akuten. Efter denna händelse hade respondenten blivit mer misstänksam, även efter arbetet, i vardagen, och såg det som att det de får se och uppleva i arbetet gör att de blir mer misstänksamma utanför arbetet och beskrev att respondenten helst inte går ut efter klockan 22–23 på kvällen, mycket på grund av kombinationen av vad som händer på arbetet och klimatet i den aktuella staden. Att arbeta kväll och natt gjorde patienten otrygg när respondenten skulle cykla hem efter ett arbetspass: ”Vi har ju en tur som är 18 till 02. Den tycker jag absolut inte om när jag måste cykla hem själv vid 2–3 på natten”.

Diskussion

Syftet med studien var att undersöka sjuksköterskors upplevelser och hantering av hot och våld inom akutsjukvården, samt om respondenterna till följd av potentiella hot och/eller våldssituationer förändrat sitt beteende i arbetet med patienterna. Resultatet visade att risken för att utsättas för verbala hot och fysiskt våld i arbetslivet upplevdes som förhållandevis stor. Detta berodde till stor del på att de flesta respondenter i studien själva hade erfarenhet av att bli utsatta för en eller flera hot och/eller våldssituationer i arbetet eller hade upplevt att kollegor hade utsatts i arbetet. Att arbeta på en akutmottagning innebär att personalen möter

väldigt många utsatta personer som i vissa fall inte kan kontrollera och stå för sina handlingar på samma sätt som en helt frisk person, på grund av missbruk av alkohol och/eller droger, psykisk sjukdom eller annan neurologisk nedsättning. Till akutmottagningen kommer även patienter som har varit med i exempelvis gängbråk, där brotten blivit grövre och där många patienter och/eller anhöriga bär på något form av tillhygge såsom stick- eller skjutvapen. Resultatet visade att det inte förelåg någon konstant rädsla hos respondenterna vilket delvis berodde på de olika larmfunktioner som fanns på akutmottagningen och tilliten till sina egna kollegor och yttre assistans, såsom väktare och polis. Däremot påvisade alla respondenter en känsla av utsatthet och denna känsla av utsatthet var något som samtliga respondenter betonade under intervjuerna. Vissa respondenter betonade även en känsla av otrygghet, medan andra respondenter påtalade att de, trots utsattheten, kände sig trygga. Det förebyggande arbetet visade sig vara viktigt för respondenterna gällande tryggheten. Ju mer preventiva rutiner och utbildningar kring hot och våld, desto tryggare ansåg sig respondenterna vara. Flera respondenter påtalade även vikten vid att ha ett riskmedvetet tänk för att på så vis ligga steget före och förebygga att hotfulla situationer inträffade. Samtliga respondenter betonade vikten av sina kollegor som socialt stöd, dels för att känna sig trygga, men också för den individuella förmågan att kunna hantera en redan uppkommen hot och/eller våldssituation. Kollegor var även den viktigaste komponenten i det efterföljande arbetet när någon hade blivit utsatt för hot och/eller våld. Det innebar att man hellre talade ut och fick stöd av kollegorna än att gå och prata med någon utomstående till exempelvis hos företagshälsovården.

Resultatdiskussion

Tidigare forskning visar att hot och våld inom hälso- och sjukvård är ett välkänt fenomen som ökar globalt. Tidigare forskning visar att hot och våld inom hälso- och sjukvård är ett välkänt fenomen som ökar globalt. Stor del av den forskning som finns innefattar internationell nivå och väldigt lite forskning finns på nationell och central nivå i Sverige. Denna studie synliggör problemen på ett svenskt sjukhus, respondenternas upplevelser, deras hanteringsstrategier samt de konsekvenser som uppstår på grund av rädslan för potentiella hot- och våldssituationer genom respondenternas ändrade beteende gentemot patienter och anhöriga.

Samtliga respondenter upplevde att risken för att bli utsatt för hot och våld i sitt arbete var stor och förekom i princip dagligen. Att respondenterna upplevde risken för hot och våld som stor stämmer överens med den rapporterade förekomsten av hot och våld inom sjukvården. Att arbeta som sjuksköterska och specifikt på en akutmottagning har visat på en annan typ av utsatthet som inte förekommer, eller förekommer betydligt mindre i andra yrken

(Brophy et al., 2018). Flera av respondenterna upplevde, detta till trots, inte en otrygghet i sitt arbete och menade att förekomsten av hot och våld upplevdes dagligen men att det ofta kom från äldre dementa patienter eller alkohol- och drogpåverkade personer och att de patienterna därmed inte har kontroll över sina handlingar. Respondenterna menade att problematiken från denna typ av patienter var något som förekom så pass ofta och i så pass stor utsträckning att respondenterna inte reflekterade över det som speciellt allvarligt. Kennedy och Julie (2013) beskriver denna typ av förövare som den grupp vars hot- och våldsbeteende ofta ignoreras och underrapporteras kopplat till att denna typ av förövare inte kan stå för sina handlingar då de inte är medvetna om vad de gör. Jackson et al. (2013) bekräftar detta beteende gällande hot och våld och beskriver ignoransen för denna typ av hot- och våldssituationer som en del av acceptansen på grund av sjuksköterskornas uppfattning att det ingår i arbetet.

Samtliga respondenter beskrev känslan respondenterna hade, gällande hot och våld i arbetet, som en överhängande utsatthet, men det sociala stödet från kollegor uppfattades av alla respondenter som något väldigt viktigt, dels för trivseln i arbetet, och framför allt för känslan av trygghet och som Kennedy och Julie, (2013) belyser, är det sociala stödet från kollegor, något av de viktigaste aspekterna för att känna trivsel och trygghet i sitt arbete. En del av respondenterna uppgav dock att de inte kände sig trygga i sitt arbete och att mycket av otryggheten berodde på det ökade våldet i samhället och som innebär ett stort problem för sjukvården. Det gängrelaterade våldet har ökat i samhället och respondenterna uppgav att det fanns en ständig oro vid denna typ av situationer då det oftast resulterade i många människor i omlopp och som dessutom kunde vara svårhanterliga och oförutsägbara. Det ökade gängrelaterade våldet utgjorde en oro för eventuella hämndaktioner och flera av respondenterna beskrev att de kunde vara oroliga för att hamna i oavsiktliga hot- och våldssituationer där målet var att skada någon annan. Denna upplevelse stämmer bra överens med det som Brottsförebyggande rådet (2019) rapporterar, som beskriver att det syns en ökad trend av gängrelaterat våld i Sverige med skjutningar mellan rivaliserande gäng och att detta har lett till en ny grupp av patienter. Avander et al. (2016) beskriver problematiken med individer som exponeras för våld genom skjutningar som en ökad risk att agera aggressivt och begå allvarliga våldshandlingar. Detta stämmer överens med den bild respondenterna gav över hur det hade tillkommit en ny grupp av patienter som medförde en annan typ av risk för våld- och hotsituationer. Även om det gängrelaterade våldet har ökat i omfattning, identifierades anhöriga och patienter som den största gruppen som utsatte respondenterna för hot och våld. Flera respondenter beskrev de verbala hoten som de vanligaste, där det i de enklare fallen handlade om kränkningar och i värsta fall direkta dödshot. Att de verbala

kränkningarna anses vara vanligast bekräftas bland annat av Jackson et al. (2013) som beskriver att hot med aggressivt och nedvärderande språk är det mest vanliga och att denna problematik sträcker sig globalt.

Samtliga respondenter upplevde lokalerna som en risk att bli utsatt för hot- och våld. Lokalerna beskrevs som små i förhållande till antalet patienter och anhöriga. Vissa rum beskrevs ligga avsides där rotationen på andra människor inte var särskilt stor, vilket i sin tur orsakade en känsla av utsatthet i de fall någon hot och/eller våldssituation skulle inträffa. Respondenterna beskrev problematiken med personlarm, något som alla skulle bära på akutmottagningen men där det inte fanns tillräckligt många till alla, och där vissa i personalen valde att inte sätta på sig något personlarm. Vissa av respondenterna poängterade också att mängden människor gjorde att det inte fanns någon anledning till oro, medan vissa respondenter menade tvärtom, ju fler människor, desto mer rörigt och därmed svårare att ha kontroll över olika situationer. I enlighet med Arbetsmiljöverket (2019) beskrivs kvälls- och nattarbete, för hög arbetsbelastning och lokaler, som viktiga faktorer som bidrar till riskerna för hot- och våld. 7 av 8 respondenter arbetade så kallade 3-skift vilket innebar dag, kvälls- och nattarbete. Respondenterna beskrev att gängrelaterat våld förekom vilken tid som helst på dygnet men att de drog- och alkoholpåverkade patienterna ökade vid kvälls- och nattskift samt vid löningshelger. Att arbeta kvälls- och nattetid kunde i viss mån kännas otryggt för respondenterna och respondenterna upplevde sig mer oroliga för att något skulle inträffa under dessa pass, vilket också till viss del kan bekräftas från Arbetsmiljöverket (2019) som listar just kvälls- och nattskift som faktorer som ökar risken för hot- och våldssituationer i arbetet.

Flera respondenter nämnde ett riskmedvetet tänk som en framgångsfaktor gällande hanteringen av potentiella hot- och våldssituationer. I intervjuerna nämnde ett flertal respondenter att de försökte tänka på hur de placerade sig i ett rum när de kom in till en patient och att de plockade undan eventuella vapen. Samtliga respondenter beskrev en vilja av att kunna få mer utbildning i hot och våld för att bättre kunna hantera situationer innan, under och efter en incident. Flera respondenter nämnde även sitt eget bemötande som en viktig faktor för att undvika hotfulla situationer. Vår slutsats är att respondenterna använde sig av flera varianter av preventiva strategier för att förhindra att en hotfull situation skulle uppstå. Det blev tydligt för oss att det saknades initiativ från arbetsgivarens sida gällande preventiva insatser. Många av de preventiva åtgärder som användes av respondenterna idag var baserat på erfarenhet och tips och råd från andra kollegor. Arbetsplatsen hade som regel att 1–2 anhöriga fick följa med in på akutmottagningen men efterföljandet av detta visades vara svårt

då det var svårt att följa upp vilka som gick in eller ut på mottagningen och flera respondenter nämnde att det för det mesta var låst på mottagningen, men att om man ville komma in så kunde man komma in ändå. Vi ser tydligt att arbetsgivaren skulle behöva arbeta för att förhindra att patienter och anhöriga kan komma och gå som de vill på akutmottagningen.

Flera respondenter nämnde problemen med personlarmen som alla skulle ha på sig när de arbetade. Respondenterna beskrev att vissa struntade i att ha på sig personlarm medan vissa inte hade möjlighet att använda personlarm då det fanns för få i förhållande till antalet personal. Denna problematik ser vi som mycket allvarlig då det är en brist i säkerheten i arbetsmiljön som kan få förödande konsekvenser. Detta är något som vi anser att arbetsgivaren behöver åtgärda så fort som möjligt.

Samtliga respondenter talade om vikten av att kunna bolla tankar och idéer med andra kollegor. De flesta respondenter talade om att de undvek att prata med utomstående efter en händelse då de ansåg att kollegorna förstod situationer lättare och kunde känna igen sig i olika situationer och var därmed mer komfortabla att prata med kollegor. En rutin som framkom var att den grupp personal som hade varit med om en incident skulle sätta sig tillsammans och prata om upplevelsen direkt efter en situation. Vi tolkar det som att kollegorna emellan hade ett starkt kamratligt band mellan sig och att deras strategi att använda kollegor som en hanteringsstrategi verkar fungera väldigt bra. Arbetsmiljöverket (AFS 1993:2) betonar vikten av ett bra omhändertagande efter en incident och att det underlättar att kunna bearbeta upplevelserna, och att förmågan att hantera liknande situationer i framtiden på ett mer förberett sätt ökar om de utsatta får ett bra omhändertagande efter en incident. Även Kennedy och Julie (2013) betonar vikten av att kunna använda kollegor som ett stöd i hanteringen av hot och våldssituationer.

Flera av respondenterna beskrev ett ändrat beteende efter incidenter innehållande hot- och våldssituationer. Ett exempel på ändrat beteende var att en av respondenterna numera inte gav läkemedel till patienter som inte samarbetar. Respondenten valde att ta sin egen säkerhet i första hand framför att hjälpa patienten. Vi anser att det föreligger en stor problematik när sjuksköterskorna måste välja mellan att rädda sig själva eller att rädda patienten.

Flera av respondenterna beskrev en oro för potentiella hot- och våldssituationer och där de psykologiska konsekvenserna kunde leda till minskad tillfredsställelse i arbetet. Att respondenterna upplever hot och våld på en daglig basis kan även leda till mer allvarliga konsekvenser som till exempel posttraumatiskt stressyndrom och utmattning. Dessa konsekvenser kan indirekt leda till sämre vård av patienter (Avander et al., 2016). Itzhaki et al. (2018) betonar riskerna med arbetsrelaterad stress på grund av hot och våld, och menar

också att det kan påverka arbetsprestationen och arbetstillfredsställelsen. Prevent (2019) beskriver att stress kan orsaka negativitet om påfrestningen blir för stor. Konsekvenserna av att ständigt vara rädd, leder till stress och osäkerhet. De långsiktiga konsekvenserna kan också påverka sjuksköterskornas privatliv genom att det genererar osäkerhet och ångest (Avander et al., 2016).

Praktisk relevans och fortsatt forskning

Tidigare forskning visar att hot och våld inom hälso- och sjukvård är ett välkänt fenomen som ökar globalt, men trots att det är ett välkänt fenomen både i samhället och inom sjukvårdssektorn verkar de preventiva åtgärdsstrategierna vara bristfälliga, både internationellt, nationellt och centralt. I resultatet beskrivs för lite utbildning och otydliga riktlinjer som ett stort problem vilket också är vårt förslag till fortsatt forskning. Vidare forskning bör fokusera på hanteringsstrategier som arbetar preventivt, för att förebygga hot och våld i största möjliga mån. En idé är att verkligen belysa nolltolerans av hot och våld, både för personal och för potentiella förövare. En intressant och givande studie skulle innefatta att undersöka skillnaderna i mängden hot och våld i en form av en före och efter situation där forskaren undersöker frekvensen av hot och våld och sedan efter att de har satt in preventiva åtgärder. Ett exempel på preventiva åtgärder kan vara att patienter och anhöriga, redan från det att de anländer i väntrummet ska exponeras för skyltning där det beskrivs att all hot och våld är oacceptabelt, att det råder nolltolerans samt att det i de fall det inträffar kommer att polisanmälas. Fortsatt ska denna typ av skyltning även finnas i alla rum på akutmottagningen. Efter en tid bör man undersöka om denna typ av exponering bidrar till att patienter och anhöriga tänker efter och avstår från att utsätta personalen för hot och/eller våld.

Flera respondenter nämnde problematiken med bristen på utbildning i hot och våld och detta bör också finnas med i innehållet gällande hanteringsstrategier i preventivt syfte. Genom att fokusera på de anställdas förmågor och dess hanteringsstrategier, vilket i denna studie visades bero till stor del på det sociala stödet från kollegor, bör arbetsgivaren utveckla stödet från kollegorna. Ett exempel på utvecklande av stöd från kollegor kan vara betalda aktiviteter där personalen som grupp får utföra aktiviteter där de kommer närmare varandra och möjliggör att kollegorna får ett ännu starkare band emellan varandra. Dock bör den externa hjälpen, exempelvis företagsvården, också förstärkas genom att personalen får möjlighet att besöka företagsvården på betald arbetstid. På så vis kommer troligen flera i personalen börja inse värdet av att få diskutera med en neutral part som förhoppningsvis kan leda personalen in på en väg där personalen inser att det verkligen ska och bör råda nolltolerans mot hot- och

våld i arbetet. Genom att en neutral part belyser problemet och att ett hotfullt och/eller våldsamt beteende inte är acceptabelt, någonsin, ökar förhoppningsvis personalens insikt om att så är fallet, detta i sin tur kan förhoppningsvis åtgärda den stora underrapporteringen som finns i dagsläget.

Vi konstaterar genom vår egen studie och tidigare forskning att det förekommer hot och våld inom akutsjukvården för sjuksköterskor på daglig basis. Vi ser stora risker med att detta kan leda till konsekvenser som påverkar personalen och patienter och dess säkerhet. Vi ser också stora risker på ett samhälleligt plan då risken för sjukskrivning till följd av utsattheten eller rädslan för potentiella hot- och våldssituationer gör att det drabbar samhället med stora kostnader. Vi anser att vidare forskning bör fokusera på preventiva åtgärder och dess funktion då vi upplever att det saknas konkreta hanteringsstrategier som verkligen fungerar. Vidare forskning bör även fokusera på alla yrkesgrupper inom akutsjukvård för att se om andra yrkesgruppers upplevelser av hot och våld stämmer överens med sjuksköterskors upplevelser. I det preventiva arbetet bör introduktionsprogram för nyanställda vara obligatoriskt och utbildningar i hot och våld samt vardagssituationer med hot och våld ser vi som absoluta nödvändigheter för alla som arbetar inom vården och framförallt inom akutsjukvård. Även om en del av respondenterna nämnde att det fanns ett introduktionsprogram för nyanställda, var det tydligt att medverkandet i detta program inte följdes upp av arbetsgivaren, vilket resulterade i att flera i personalen aldrig medverkat i något introduktionsprogram.

Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att öka insikten av sjuksköterskors subjektiva upplevelser av hot och våld inom akutsjukvård. Till denna studie valdes en kvalitativ inriktning då vi ville få en mer djupgående och nyanserad bild av sjuksköterskornas upplevelser av hot och våld.

Datansamlingen föranleddes av semistrukturerade intervjuer med en intervjuguide som innehöll öppna frågor för att ge respondenterna möjlighet att förklara och berätta om sina upplevelser. Spontana följdfrågor uppkom under intervjuernas gång. Efter pilotintervjun ansåg vi att det fanns en risk i att en alltför formell intervju skulle försvåra möjligheterna för respondenterna att öppna upp sig i sina svar och ge oss ett innehåll på ett mer djupgående och utvecklande plan. Därav startades varje intervju med att småprata lite om studien, om arbete i största allmänhet och allmänna ting, allt för att respondenterna skulle känna sig bekväma och för att intervjuerna mer skulle likna en dialog, snarare än en formell intervju. Detta utförande bidrog till att vi anser att vi täckte in våra frågor i intervjuguiden och framförallt de frågor som belyste våra frågeställningar. Vår uppfattning är att respondenterna kände sig mer

bekväma med denna typ av intervjusituation och därmed utvecklade sina svar mer djupgående. En del faktorer i den valda metoden kan ha haft en betydelse för resultaten. En fördel med att använda en kvalitativ ansats är att vi valde att utgå från en semistrukturerad intervjuguide där en del frågor var förutbestämda för att täcka det valda området och för att respondenterna skulle kunna svara på den typ av frågor som på ett deskriptivt sätt beskrev upplevelser av hot och våld, hanteringsstrategier och ändrat beteende. Om målet hade varit att ta reda på antalet sjuksköterskor som upplevde hot och våld i arbetslivet och hur frekvent detta upplevdes hade vi troligtvis valt en kvantitativ metod. Braun och Clarke (2013) beskriver att enskilda intervjuer är bra i den bemärkelse då man vill undersöka upplevelser och undersöka den subjektiva enskilde respondentens upplevelser.

Urvalet av respondenter uppfyller kriterierna för det strategiska urvalet då sjuksköterskorna skulle ha arbetat inom akutsjukvården i minst ett år och fortfarande vara verksamma inom akutsjukvården. Braun och Clarke (2013) beskriver att valet av lokal är oerhört viktigt så att både respondenten och den som intervjuar känner sig trygga och på ett neutralt sätt är skyddade från störande ljud och andra störande faktorer. Vi valde därför att intervju våra respondenter i en lugn och avskild miljö för att på så vis kunna få alla respondenter att känna sig så bekväma som möjligt. Intervjuerna utfördes utav en av oss och transkriberades av den andre personen. Anledningen till att intervjuerna utfördes utav en av oss var för att få så pass lika intervjusituationer som möjligt, och därmed transkriberades intervjuerna av den andre av oss för att på så sätt kunna lyssna igenom och noggrant anteckna allt som skrivits. En nackdel med att en av oss ständigt var den som intervjuade kan vara att följdfrågorna kunde varit annorlunda om den andre personen intervjuat. En fördel var dock att den person som inte intervjuade, kunde ge feedback och återkoppling efter varje intervju till den som intervjuade för att ständigt säkerställa kvalitén och förbättra intervjuerna efter varje gång.

Braun och Clarke (2013) beskriver en induktiv tematisk analys som en analys där det identifieras teman och mönster från data och där det från början inte finns någon tydlig teori. Vi antog, när vi började fundera på vad vi skulle studera, att det existerade mycket hot och våld inom hälso- och sjukvård, men vi visste inte i vilken omfattning eller hur det upplevdes för sjuksköterskorna. Det transkriberade materialet analyserades i flera omgångar av oss båda, där vi till en början förde egna anteckningar på det som kändes relevant för studien och som sedan fördes ihop och analyserades tillsammans. Under analysen identifierade vi olika koder som sedan lades till grund för de teman som plockades. Detta gjordes genom en så kallad "tematisk karta" där vi definierade och namngav teman i enlighet med Braun och Clarke

(2013). Anledningen till att vi i ett första skede analyserade materialet oberoende av varandra var för att vi ville öka validiteten i studien i form av en forskartriangulering (Braun & Clarke, 2013). Det finns en möjlighet att våra antaganden och perspektiv på området gällande upplevelser av hot och våld för sjuksköterskor har påverkat tolkningen av resultatet. Det är ett välkänt fenomen att sjuksköterskor får utstå hot och våld i arbetslivet och därmed tolkas resultaten utifrån detta välkända faktum. Vi anser dock inte att detta har påverkat resultaten i stor betydelse då våra antaganden blivit bekräftade under studiens gång, dels genom den data som vi samlat in och dels genom tidigare forskning. Vi identifierade en mättnad i datan tidigt i analysen där vissa respondenter uppgav liknande berättelser. Allt eftersom intervjuerna pågick märktes det att mängden ny data minskade kraftigt ju fler vi intervjuade. Däremot var alla respondenternas tidigare upplevelser av olika hot- och våldssituationer olika varandra. Denna typ av mättnad beskriver Braun och Clarke (2013) som en indikation på att antalet respondenter är tillräcklig. En svaghet med metoden kan vara att det är ganska få respondenter som gör att det är svårt att generalisera med 8 respondenter. Vi ser dock att detta, tillsammans med tidigare forskning, ger en god indikation på hur det ser ut gällande upplevelser av hot och våld för sjuksköterskor inom akutsjukvård och därmed anses resultatet och valet av metod vara applicerbart på liknande, framtida studier. I och med att datan är inhämtad från verkliga personers upplevelser stämmer den ekologiska validiteten väl med det som Braun och Clarke (2013) beskriver gällande ekologisk validitet, där de utgår från att relationen mellan den verkliga världen och den inhämtade data kan appliceras på verkligheten, vilken den tydligt gör.

Referenser

Arbetsmiljöverket. (2019). Hot och våld. Hämtad 2019-01-21 från <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/hot-och-vald/>

Avander, K., Heikki, A., Bjerså, K., & Engström, M., (2016). Trauma nurses' experience of workplace violence and threats: Short- and long-term consequences in a Swedish setting. *Journal of Trauma Nursing*, 23 (2), 51–57.
<https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000186>

Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: a practical guide for beginners*. (1. ed.) Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.

Brophy, J., Keith, M., & Hurley, M., (2018). Assaulted and unheard: Violence against healthcare staff. *New Solutions*, 27 (4), 581–606.
<https://doi.org/10.1177/1048291117732301>

Brottsförebyggande rådet. (2019). *Slutlig brottsstatistik 2018 – anmälda brott samt konstaterade fall av dödligt våld*. Hämtad från <https://www.bra.se/om-bra/nytt-fran-bra/arkiv/press/2019-03-28-slutlig-brottsstatistik-2018---anmalda-brott-samt-konstaterade-fall-av-dodligt-vald.html>

Bushman, B., & Anderson, C., (2001). Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review*, 108 (1), 273–279.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.108.1.273>

Göransson, S., Näsval, K. & Sverke M. (2011). *Psykologiska perspektiv på hot och våld i arbetslivet*. (2011:7). Hämtad från Arbetsmiljöverkets webbplats:
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/psykologiska-perspektiv-pa-hot-och-vald-i-arbetslivet-kunskapssammanstallningar-rap-2011-7.pdf>

Itzhaki, M., Bluvstein, I., Peles Bortz, A., Kostistky, H., Bar Noy, D., Filshtinsky, D & Theilla, M., (2018). Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job

stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 9 (59), 1–6. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00059>

Jackson, D., Hutchinson, M., Luck, L., & Wilkes, L., (2013). Mosaic of verbal abuse experienced by nurses in their everyday work. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (9), 2066-2075. <https://doi.org/10.1111/jan.12074>

Kennedy, M., & Julie, H., (2013). Nurses' experiences and understanding of workplace violence in a trauma and emergency department in South Africa. *Health SA Gesondheid. Journal of Interdisciplinary Health Sciences*, 18 (1), 1-9. <https://doi.org/10.4102/hsag.v18i1.663>

Kowalenko, T., Gates, D., Gillespie, L., Succop, P., & Mentzel, T., (2013). Prospective study of violence against ED workers. *American Journal Of Emergency Medecine*, 31 (1), 197–205. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2012.07.010>

Prevent. (2019). Stress i arbetet. Hämtad 2019-05-12 från <https://www.prevent.se/amnesomrade/stress/stress-ny/>

Vetenskapsrådet. (2002). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Hämtad 2019-03-26 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Våld och hot i arbetsmiljön (AFS 1993:2) Stockholm: Arbetsmiljöverket.

Zhang, L., Wang, A., Xie, X., Zhou, Y., Li, J., Yang, L., & Zhang, J. (2017). Workplace violence against nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 72, 8-44. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.04.002>

Bilaga 1

Missivbrev

Vill du delta i en studie gällande upplevelserna av hot och våld som sjuksköterska inom akutsjukvården?

Studien syftar till att undersöka upplevelserna och den emotionella påverkan av hot och våld ur sjuksköterskans perspektiv stationerade inom akutsjukvården. Studien syftar även till att undersöka hur sjuksköterskor hanterar situationer som innehåller hot och/eller våld. Att delta i studien innebär ett intervjutillfälle på ca 45–60 min med ljudupptagning. De som deltar kommer att vara anonyma för andra, men inte för oss som genomför studien. Uppgifterna kommer att behandlas konfidentiellt och kommer enbart att användas i den aktuella studien. Resultatet av studien kommer att presenteras i en C-uppsats samt vid en ventilering av uppsatsen vid Högskolan i Gävle. Att delta i studien är frivilligt och kan avbrytas när som helst. Deltagaren har möjlighet att ta del av uppsatsen när den är färdigställd. Skulle Ni ha några frågor gällande studien är Ni välkomna att kontakta någon av undertecknade.

Emelie Samba emelie_samba@hotmail.com

Pär Bäckman ofk16pba@student.hig.se

Handledare: William Montgomery william.montgomery@hig.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Hur länge har du jobbat som sjuksköterska?

- vad gjorde du innan?

Varför valde du att arbeta som sjuksköterska?

Hur länge har du jobbat inom akutsjukvården?

- vilka avdelningar har du arbetat på innan?

Trivs du på din arbetsplats?

- -vad gör att du känner så?

Vad är det bästa med ditt jobb inom akutsjukvården?

Vad är baksidan med ditt jobb inom akutsjukvården?

- Hur har det påverkat hur du jobbar?
- Hur har du ändrat ditt beteende?
- Hur har du ändrat något i ditt sätt att arbeta?

Tänker du på att du kan hamna i en hot och våldssituation?

- Hur tänker du kring detta?
- Hur påverkar det dig?
- -yrkesmässigt?
- -personligt?

Hur har det påverkat hur du jobbar? (kopplat till frågan innan)

- Hur har du ändrat ditt beteende?

- Hur har du ändrat något i ditt sätt att arbeta?

Har du någon situation som du anser har påverkat dig mer?

- Vad hände då?
- Hur påverkade den dig?

Är du orolig över att utsättas för hot och våldssituationer?

- Förklara hur det oroar dig?

Känner du dig trygg på din arbetsplats?

- -vad får dig att känna det?
- -vad gör dig trygg på arbetsplatsen?

Är det något som gör dig otrygg på arbetsplatsen?

- vad är det?

Är det något du gör idag som du inte gjorde i början för att undvika dessa situationer?

- -har du något konkret exempel?

Har ni några rutiner som du känner till som tar upp om hot och våldssituationer på arbetsplatsen?

- har de några förebyggande åtgärder?
- har de några rutiner/regler om hur ni ska göra vid en pågående situation?

Känner du till säkerhetsrutiner innan, under och efter?

- går det göra något annorlunda?
- har ni ändrat ert arbetssätt på grund av dessa situationer?

Hur är din arbetstid förlagd? Jobbar du ofta samma typ av pass?

Är det något du vill tillägga?

- ändra?
- förtydliga?
- Övrigt du vill säga?

Tack!!