



Hot och våld
inom vård och omsorg

Kunskapsöversikt

Rapport 2011:16

Kunskapsöversikt

- Hot och våld inom vård och omsorg

Ulrika Hallberg
socioonom/ docent i folkhälsovetenskap

Rapport 2011:16

ISSN 1650-3171

Förord

Arbetsmiljöverket har fått i uppdrag av regeringen att informera och sprida kunskap om områden av betydelse för arbetsmiljön. Under kommande år publiceras därför ett flertal kunskapsöversikter där välrenommerade forskare sammanfattat kunskapsläget inom ett antal teman. Manuskripten har granskats av externa bedömare och behandlats vid respektive lärosäte.

Rapporterna finns kostnadsfritt tillgängliga på Arbetsmiljöverkets webbplats. Där finns även material från seminarieserien som Arbetsmiljöverket arrangerar i samband med rapporternas publicering.

Den arbetsgrupp vid Arbetsmiljöverket som har initierat och organiserat framtagandet av översikterna har inletts av professor Jan Ottosson och övertagits av omvärldsanalytiker Magnus Falk. Vi vill även tacka övriga kollegor vid Arbetsmiljöverket som varit behjälpliga i arbetet med rapporterna.

De åsikter som uttrycks i denna rapport är författarnas egna och speglar inte nödvändigtvis Arbetsmiljöverkets uppfattning.

Magnus Falk, fil.dr.

Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	5
1. Inledning.....	6
1.1 Bakgrund och problembeskrivning.....	6
1.2 Definitioner av grundbegrepp.....	8
1.3 Syfte med rapporten.....	9
2. Lagar och förordningar som ramverk.....	11
2.1 Arbetsmiljölagen.....	11
2.2 Hälso-och sjukvårdslagen.....	13
2.3 Socialtjänstlagen.....	14
2.4 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).....	14
2.5 Diskrimineringslagen.....	15
3. Prevalens av hot, våld och mobbning inom vård och omsorg.....	17
3.1 Hot och våld inom vård; anmälningar och trender.....	17
3.2 Hot och våld inom omsorg; anmälningar och trender.....	20
3.3 Mobbning bland personal inom vård och omsorg.....	22
3.4 Våld riktat mot patient från vårdare.....	23
3.5 Sammanfattande ord om prevalens av hot och våld.....	24
4. Berörda parter – utveckling av hot och våld.....	25
4.1 Organisation och ledarskap.....	25
4.2 Vårdgivare och vårdtagare.....	25
5. Övergripande ansvar - potentiella risker för hot och våld.....	27
5.1 Arbetsgivarens övergripande ansvar.....	27
5.2 Fysisk och/eller verbal aggressivitet.....	27
5.3 Maktlöshet och beroendeställning.....	28
5.4 Påverkan av alkohol, narkotika och läkemedel.....	28
5.5 Ambulanstransport och intoxikation.....	29
5.6 Arbete i vårdtagares hem, ensamarbete och hembesök.....	29
6. Konsekvenser av hot och våld.....	31
6.1 Fysiska konsekvenser.....	31
6.2 Psykiska konsekvenser.....	31
6.3 Konsekvenser för arbetsmiljön.....	32
6.4 Ekonomiska konsekvenser.....	33

7. Förebyggande arbete mot hot, våld inom vård och omsorg.....	34
7.1 Inventera och bedöma risker	34
7.2 Utarbeta handlingsplaner.....	34
7.3 Öka medvetenheten om risker.....	35
7.4 Erbjuder tillräckligt med tid att genomföra arbetet	35
7.5 Erbjuder handledning	36
7.6 Erbjuder tillgång till larm	36
7.7 Förhindra mobbning och kränkande särbehandling	36
8. Konklusioner och rekommendationer.....	38
8.1 Organisatoriska åtgärder	38
8.2 Ledarskapsåtgärder	38
8.3 Kunskapstillskott.....	39
8.4 Handledning	39
8.5 Respektfullt bemötande – mer tid för vård- och omsorgsarbete	39
Referenser	41

Sammanfattning

Hot och våld mot personal inom vård och omsorg leder till psykiska, fysiska och ekonomiska konsekvenser för den drabbade, arbetsplatsen och samhället. Hot och våld inom vård och omsorg är ett växande problem både nationellt och internationellt, och mörkertalet när det gäller prevalens antas vara avsevärt. Som ett led i att kartlägga forskningsläget har denna kunskapsöversikt tagits fram. Rapporten visar att det framför allt är inom ambulanssjukvård, akutsjukvård, psykiatrisk och geriatrisk sjukvård som riskerna för hot och våld är mest framträdande, och att det främst är unga, oerfarna och/eller utbildade kvinnor som drabbas. Arbetsplatser som frekvent drabbas av hot och våld mot anställda har visat sig ha svårt att behålla och nyrekrytera vårdpersonal. De flesta incidenter av hot och våld sker vid personlig omvårdnad av patienter med demens eller psykisk ohälsa samt av patienter inom akutsjukvården, speciellt i samband med drogpåverkan. Orsakerna till att hot och våld förekommer är troligen en komplex interaktion mellan olika faktorer där personalens bristande tid för omvårdnad av patienterna spelar en framträdande roll. Tidsbristen kan leda till att patienter upplever att deras personliga integritet kränks, eller att de blir missförstådda och/eller orättvist behandlade. Det visar sig att det är en liten grupp patienter som utövar hot och våld men sammantaget står denna grupp för många incidenter. För att förebygga och minska hot och våld inom vård och omsorg, krävs främst en radikal omorganisation av vård- och omsorg. Mer tid behövs för att vård- och omsorgspersonal ska kunna ge god vård och omsorg till sårbara, sjuka och åldrande patienter, klienter och vårdtagare. Då ytterligare personalförstärkningar knappast är att förvänta, måste den administrativa delen av vården minskas betydligt till förmån för omvårdnaden. Dessutom bör sjuksköterskor med lång klinisk erfarenhet och gedigen kompetens inom vård/omvårdnad, som idag ofta är chefer inom vården, snarare arbeta som vårdexperter och förebilder inom det praktiska patientarbetet. Mellanchefer inom vården behöver inte nödvändigtvis ha sjukvårdsbakgrund på "expertnivå" utan skulle med fördel kunna ha en personaladministrativ universitetsutbildning som grund. Vidare är det väsentligt att bemötandet inom vård och omsorg präglas av ett respektfullt bemötande – mer tid för vård- och omsorgsarbete vilket innebär ett starkare fokus på service, empati och respekt än vad som nu är fallet.

1. Inledning

1.1 Bakgrund och problembeskrivning

Hot och våld är vanliga orsaker till skador på arbetsplatsen, vilket redovisas i Statistiska Centralbyråns (SCB) årliga frågeundersökningar och i Arbetsmiljöverkets (AV) statistik över anmälda arbetsplatsrelaterade skador. I Sverige är arbetsmarknaden könsuppdelad och statistiken visar en trend att kvinnliga arbetstagare, som i ökande utsträckning arbetar i riskutsatta branscher till exempel vård och omsorg, oftare drabbas av hot och våld i arbetet än manliga. Enligt en undersökning av AFA Försäkring (2010) ser man en långsiktig minskning av allvarliga arbetsolyckor bland män, medan de ökar för kvinnor. Tyvärr uppmärksammas ännu inte kvinnors arbetssituation och arbetsmiljö i samma utsträckning som mäns, vilket kan få negativa effekter på hur länge, och i vilken omfattning, kvinnor orkar arbeta innan pensioneringen. Det är väl känt att fler kvinnor än män avslutar sitt yrkesverksamma liv i förtid på grund av hälsoskäl och bristande fysisk och/eller psykisk ork.

Vissa arbetsplatser är mer utsatta än andra när det gäller risker för hot och våld, till exempel arbetsplatser där människor står i beroendeförhållande till varandra samt arbetsplatser där makt- och myndighetsutövning förekommer. Hälften av dem som drabbas av hot och våld i sitt arbete är anställda inom kommuner och landsting. I en undersökning genomförd av AV och SCB (2001) rapporterade mer än var tredje kvinna inom vård- och omsorgssektorn att hon utsatts för hot eller våld på arbetet under de senaste tolv månaderna. Hot och våld inom vård och omsorg kan förekomma i olika skepnader, till exempel hot och våld riktat mot de anställda, hot och våld riktat mot patienter, klienter och vårdtagare samt mobbning bland de anställda.

AV har i sina undersökningar funnit att den psykosociala arbetsmiljön har försämrats och att hot och våld mot anställda inom vård- och omsorgsverksamhet har ökat under senare år och blivit ett stort och allvarligt arbetsmiljöproblem. Speciellt gäller detta anställda inom hemtjänst och personliga assistans, där ökningen delvis kan förklaras av att vårdtagarna blir allt fler samt allt sjukare och mer vård- och omsorgskrävande (AV, 2009). Arbetsvillkoren och den psykosociala arbetsmiljön inom vård och omsorg har således försämrats avsevärt. Personal inom vård och omsorg, till exempel sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden och mentalskötare utsätts ofta för hot och våld, vanligen i samband med assistans av patienter, klienter och vårdtagare vid personlig omvårdnad, duschning, intymhygien, medicinering och vid av- och påklädning (Hallberg et al., 1995).

Att hot och våld mot personalen ofta förekommer inom psykiatri och missbruksvård har länge varit känt, men anmälningsbenägenheten har troligen ökat under senare år. De vanligaste hot- och våldssituationerna på akutmottagningar och inom distriktsjukvård uppstår när de anställda försöker lugna patienter, klienter och vårdtagare som är berusade, aggressiva eller lider av demenssjukdom och/eller förvirringstillstånd. Även ambulanspersonal inom den prehospitala akutsjukvården är utsatta för våld och hot i sin yrkesutövning (Petzäll et al, 2011). En potentiell risksituation är prehospitalt omhändertagande av personer som är intoxikerade med GHB-preparat, då dessa personer pendlar snabbt mellan medvetlöshet, aggressivitet, hot och våld (Gunnarsson & Lindh, 2010). Även psykologer och socialsekreterare löper risk att utsättas för hot och våld från sina patienter/klienter, och dessa yrkesgrupper ligger bakom en stor del av de anmälda skadefallen. I en intervjuundersökning av 600 socialsekreterare (Novus Opinion, 2010) framkom att nio av tio upplever att det finns risk för hot och våld på arbetsplatsen och två av tio socialsekreterare ansåg att hot och våld hade ökat under

senare år. Förskollärare, fritidspedagoger och barnskötare är andra yrkesgrupper som löper risk att utsättas för våld i mötet med barn, som är frustrerade, aggressiva och fysiskt utagerande.

Efter flera år med sjunkande siffror, ökade antalet anmälda arbetsskador och arbetssjukdomar under år 2010 (AV, 2010), men siffrorna är trots detta lägre än för år 2008 (se tabell 1). Under år 2010 gjordes 9 500 anmälningar av arbetsrelaterade sjukdomar till AV, vilket är en ökning efter flera års nedåtgående trend. Antalet anmälda olyckor på väg till och från arbetet var under året 13 800, vilket är en avsevärd ökning jämfört med tidigare år. Antalet anmälningar av arbetsolyckor, både med och utan frånvaro från arbetsplatsen, har ökat avsevärt jämfört med 2009 års siffror; 79 100 anmälningar år 2009 jämfört med 83 400 anmälningar år 2010. Även antalet anmälda dödsolyckor bland arbetstagare och egenföretagare har ökat till sammantaget 52 personer, jämfört med år 2009 då totalt 41 personer förolyckades i samband med olycksfall i arbetet.

Tabell 1. Översikt över anmälningar av skador i arbetslivet till Arbetsmiljöverket 2004-2010.

År	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Arbetssjukdomar	9 500	9 200	10 800	12 000	14 600	17 500	21 200
Olyckor (med frånvaro)	29 400	26 600	30 300	31 500	34 100	33 200	34 000
Olyckor (ej frånvaro)	54 000	52 500	55 400	52 300	53 400	54 400	55 400
Olyckor (till och från arbetet)	13 800	11 700	13 100	12 400	13 600	14 400	14 200
Olyckor (med dödlig utgång)	52	41	68	75	68	68	58

Mer än 10 procent av de till AV anmälda allvarliga arbetsolycksfallen orsakades av hot, våld och rån (AFA försäkring, 2011). För att en arbetsskada ska betraktas som allvarlig krävs definitionsmässigt, att den drabbade haft "betydande fysiska och/eller psykiska besvär" i minst 30 dagar efter det att olyckan inträffade. Även om antalet anmälda fall av arbetsskador har ökat, behöver det inte nödvändigtvis betyda att problemen i realiteten har ökat. En ökad medvetenhet bland de anställda, och därmed en ökande tendens att rapportera incidenter till AV, kan vara bidragande förklaringar till de ökande siffrorna. Mörkertalet är dock troligen stort när det gäller förekomsten av hot och våld ute på arbetsplatserna. Statistik saknas över de incidenter som faktiskt uppkommer, men som inte resulterar i allvarliga fysiska skador. Sådana incidenter anmäls inte alltid till AV. Det finns också tecken på kraftig underrapportering av hot och våld, till exempel inom prehospitall akutsjukvård (Gunnarsson & Lindh, 2010).

Inom vård- och omsorgsområdet förekommer också mobbning bland de anställda, men den exakta prevalensen är svår att fastställa. Hur begreppet "mobbning" definieras och på vilket sätt dess förekomst mäts, varierar och påverkar också prevalenssiffran. I en studie av 2 539 anställda inom olika yrkesområden i Norge mättes förekomsten av mobbning med hjälp av olika mätinstrument, och den mest trovärdiga prevalenssiffran visade sig vara 6,8 procent av de anställda (Birkeland Nielsson et al., 2009). Heinz Leymann (1992) fann drygt tio år tidigare en något lägre siffra i Sverige, nämligen omkring 3,5 procent av ett representativt urval av samtliga anställda i landet. Kivimäki och medarbetare (2000) fann i en finsk studie av 5 655 sjukvårdsanställda (varav 4 981

kvinnor), som var 19-63 år gamla, att 5 procent rapporterade att de hade varit utsatta för mobbning på arbetsplatsen. Mobbningen kunde inte hänföras till någon specifik social- eller yrkesgrupp, men var relaterad till ökad sjukfrånvaro. Vartia (2001) fann att effekter av arbetsplatsmobbning inom offentliga sektorn i Finland (n = 949, varav 85 procent kvinnor) inte bara drabbar den mobbade personen, utan också drabbar arbetskamraterna ("bystanders"). Vartia menar att mobbning därför inte ska ses som enskilda personers problem, utan snarare som ett allvarligt arbetsmiljöproblem som berör alla på arbetsplatsen.

Bristfällig arbetsorganisation och svagt och/eller otydligt ledarskap kan vara bidragande orsaker till att mobbning uppstår på en arbetsplats. Svagt eller sviktande ledarskap kan leda till osäkerhet, stress och frustration hos de anställda och därmed öka konfliktrisken på arbetsplatsen. Konflikter, som inte hanteras eller löses, eskalerar vanligen och kan övergå i djupa personkonflikter och systematisk mobbning. Risken för mobbning ökar ytterligare om chefen/arbetsledaren inte aktivt tar ställning i konflikten, och det är känt att chefer är mycket osäkra och inaktiva i sådana situationer (Leymann, 1992). Arbetsplatsen kan därför bli en potentiell arena för konflikter, där personer som "avviker" från arbetsgruppens homogenitet ofta är inblandade i konflikter. Många chefer väljer att "inte se" vad som pågår i personalgruppen på arbetsplatsen. Konflikten kan därför fortgå under lång tid innan den övergår i systematisk mobbning. Starka, kompetenta och drivande personer kan utgöra ett hot i arbetsgruppen genom att avvika från gruppens "likhetstänkande" och de tycks ofta vara utsatta för förtal, ryktes-spridning och mobbning (Hallberg & Strandmark, 2004; Strandmark & Hallberg, 2006; 2007). Avsikten med mobbningen är helt enkelt att stöta bort den oönskade och hotfulla personen från arbetsplatsen. Forskning från Australien (Mc Grath, 2010) visar också att sjuksköterskor, som är mer kompetenta än kollegorna ("upward comparison"), kan mötas av avundsjuka och mobbning. Även kollegor med till exempel önskad ålder eller önskat kön kan utsättas för mobbning ("downward comparison"). Mobbning på arbetsplatsen kan förhindras och för detta krävs både mod och kunskap, enligt Hallberg och Strandmark (2004).

1.2 Definitioner av grundbegrepp

Det saknas generellt accepterade definitioner av begreppen hot, våld och mobbning. Olika arbetstagare och olika yrkesgrupper kan dessutom ha olika uppfattningar och olika gränser för vad de betraktar som hot, våld och mobbning på arbetsplatsen (Sandström, 1996). I Arbetsmiljöverkets föreskrifter ges en bred definition, där hot och våld kan vara "allt från mord till trakasserier" (AFS, 1993:2). I dagligt tal skiljer man dock på innebörden i begreppen hot, våld och mobbning och samtliga har sina egna specifika definitioner. Alla dessa begrepp och definitioner innebär att det rör sig om handlingar som överskrider gränserna för vad som är lagligt, socialt accepterat och tillåtet. Omständigheter som ökar risken för, och möjliggör hot, våld och mobbning inom vård och omsorg, liksom krafter som gör det möjligt för hot och våldshandlingar samt mobbning att pågå under längre tid, kommer särskilt att kartläggas i denna rapport. De definitioner som anges nedan i texten kan anses relativt vedertagna (t.ex. Greenberg och Barling, 1999; Neuman och Baron, 1998; Schat et al, 2006; Schat och Kelloway, 2005).

Med *hot* inom vård och omsorg avses muntliga (eller skriftliga) hotelser om fysiskt våld eller skadegörelse (Arnetz, 2001). Hoten kan vara riktade mot en vårdgivare eller mot vårdtagaren själv, till exempel som hot om självmord. Exempel på hot som riktas mot en eller flera vårdgivare kan vara obscena eller aggressiva gester, sexuella

närmanden eller anspelningar. Hot kan också utgöras av personangrepp och innebära nedsättande kommentarer och omdömen om en specifik vårdgivare. Ett uppträdande från vårdtagarens sida som visar på bristande respekt eller total avsaknad av respekt för vårdgivaren, kan upplevas som hotfullt av vårdgivaren. En ständig oro och rädsla för att något obehagligt eller farligt ska inträffa kan förstärka vårdgivarens rädsla och sårbarhet. Detta kan i sig påverka vårdgivare inom vård- och omsorg på ett negativt sätt, både fysiskt och psykiskt.

Begreppet *våld* inom vård och omsorg kan definieras som en avsiktlig, eller synbarligen avsiktlig, aggressiv handling, som leder till psykisk eller fysisk skada hos en annan människa. Flera forskare har gjort försök att definiera begreppet våld i en strävan att finna ett universellt begrepp som till fullo innefattar vad som kan anses ingå. Stenmetz (1986), till exempel, definierar våld som en avsiktlig eller synbarligen avsiktlig handling för att skada en annan person fysiskt. Strasburg (1978) instämmer i Stenmetz' definition men lägger till den psykologiska dimensionen; att otillbörligt använda sig av hot och våld mot en person i avsikt att skada den personen fysiskt eller psykiskt. Rippon (2000) skiljer inte mellan våld och aggression. Han definierar våld som ett beteende, som är avsett att skada en levande varelse. Våldet kan vara fysiskt eller verbalt, aktivt eller passivt och kan fokusera direkt eller indirekt på offret och utgöra en manifestation av aggression och ilska. Han menar vidare att aggression kan uppstå även i frånvaro av ilska. Nolan och medarbetare (2001) har en mer operativ definition av begreppet våld och menar att våld är en handling som innefattar fysiskt våld, som att slå, sparka eller bita, använda tillhygge, aggressivt beteende (t.ex. spotta, nypa, bita eller riva) eller verbalt hot utan fysisk kontakt. Åström och medarbetare (2002) menar att våld innefattar allvarliga och mindre allvarliga incidenter med utgångspunkt i vårdpersonalens egen förmåga att själva bedöma vad som är hot och våld, det vill säga handlingar av fysisk, psykologisk, sexuell eller ekonomisk natur som leder till skada eller risk för skada hos vårdpersonalen. Sammanfattningsvis kan man säga att det torde vara av vikt att ha en öppen och bred definition av begreppet våld, så att man också har möjlighet att betrakta våldshandlingar av olika karaktär som just våld.

Med *mobbning* inom vård och omsorg avses sammanfattningsvis, trots att ett flertal definitioner har presenterats (t.ex. Heinz Leymann, 1995), upprepade negativa handlingar som riktas mot en individ, eller en grupp av individer på arbetsplatsen under en längre tidsperiod. Handlingarna kan utföras av en eller flera personer och syftet är att skada eller att stöta bort den mobbade personen/gruppen från arbetsplatsen. Tidsaspekten i definitionen är viktig och indikerar att kränkningarna sker vid upprepade tillfällen under lång tid (minst sex månader). Mobbning kan bero på en obalans i maktförhållanden på en arbetsplats. Personen som utsätts för mobbning är ofta i underläge och har svårt att hävda sig gentemot den eller de som utsätter honom/ henne för trakasserier och mobbning. Mobbning kan ske direkt via fysiska eller verbala trakasserier eller indirekt genom social isolering och förtal av den utsatta individen. Kort- och långsiktiga konsekvenser av mobbning på människors hälsa och välbefinnande, som psykosomatiska besvär, sömnsvårigheter, ångest och depression, kan uppstå.

1.3 Syfte med rapporten

Mot bakgrund av de ökande anmälningarna om hot och våld på arbetsplatser inom vård och omsorg, prioriterar AV i samarbete med Socialstyrelsen tillsynen inom vård och omsorg för att förbättra arbetsmiljön inom dessa områden. Regeringen, som tilldelat AV särskilda medel för denna satsning, menar att "en ökad satsning på att förebygga

hot- och våldsrisker med utgångspunkt från ett jämställdhetsperspektiv innebär ett bra komplement till verkets ordinarie tillsynsverksamhet". Förhoppningen är att denna kunskapsöversikt, som bygger på en översiktlig genomgång av aktuell litteratur på området, ska leda till fördjupad kunskap och ökad medvetenhet om problematiken kring hot, våld och mobbning inom vård och omsorg samt ge förslag på åtgärder för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön och därmed förhindra att dessa destruktiva handlingar fortgår. I syftet med denna rapport ingår att:

- Beskriva hur situationen ser ut idag inom vård och omsorg när det gäller hot, våld och mobbning och dess utveckling och omfattning.
- Beskriva och diskutera riskfaktorer, riskmiljöer och möjliga förklaringar till att hot, våld och mobbning uppstår inom vård och omsorg.
- Beskriva vad som görs idag för att förebygga och förhindra hot, våld och mobbning inom vård och omsorg samt för att hantera uppkomna situationer.
- Identifiera eventuella kunskapsluckor i det förebyggande arbetet samt ge förslag på ytterligare åtgärder för att förbättra den psykosociala arbetsmiljön.

2. Lagar och förordningar som ramverk

Nedan följer en beskrivning av de lagar och förordningar som reglerar ansvarsfördelningen vad gäller hot och våld inom vård och omsorgsområdet och vilka åtgärder som ska vidtas för att förebygga och förhindra att hot- och våldssituationer uppkommer samt hur uppkomna hot- och våldssituationer ska hanteras.

2.1 Arbetsmiljölagen

Arbetsmiljölagen (AML, 1977:1160) är allmänt hållen och berör i princip allt som händer på en arbetsplats, men syftar främst till att ohälsa och olycksfall ska förebyggas. Det framgår också att arbetsmiljön ska anpassas till människors olika fysiska och psykiska förutsättningar. Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna (AFS, 1993:2) innehåller mer detaljerad information för olika yrkesgrupper och branscher. Enligt Arbetsmiljölagen bör arbetet ge möjlighet till variation, sociala kontakter, samarbete, personlig och yrkesmässig utveckling, självbestämmande och yrkesmässigt ansvar. Arbetsgivaren och de anställda ska samverka för att uppnå en god arbetsmiljö, men huvudansvaret vilar på arbetsgivaren. Arbetsgivaren måste "vidta alla åtgärder som behövs för att förebygga att arbetstagaren utsätts för ohälsa eller olycksfall" och ska ständigt arbeta för att skapa en god och säker arbetsmiljö. Avsikten är att risker ska upptäckas och åtgärdas innan "något allvarligt händer". Detta regleras närmare i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete (AFS 2001:1), som gäller för alla arbetsgivare. Det systematiska arbetsmiljöarbetet ska omfatta de fysiska, psykologiska och sociala faktorer som är av betydelse för arbetsmiljön och ska följas upp och ingå som en naturlig del av den dagliga verksamheten. En arbetsmiljöpolicy ska också finnas som beskriver hur ohälsa och olycksfall i arbetet ska förebyggas. När arbetet är förknippat med stora risker ska det finnas skriftliga instruktioner för arbetet.

Arbetsgivaren ska därför utreda risker som finns för hot och våld och vidta de åtgärder som en sådan utredning föranleder. Det kan till exempel röra sig om åtgärder som utbildning, förändringar på organisationsnivå, förbättringar av säkerhetsrutiner eller anskaffning av nya tekniska hjälpmedel. Vidare ska arbetsgivaren se till och ansvara för att det finns fastställda säkerhetsrutiner som fortlöpande följs upp och är kända av alla arbetstagare som arbetar under riskfyllda förhållanden. Arbetsgivaren ska kontinuerligt upplysa arbetstagare om de risker som finns på arbetsplatsen och vad han/hon ska göra för att undgå dem.

Arbetsgivaren ska också förvissa sig om att endast de arbetstagare som fått tillräckliga instruktioner utför de riskfyllda arbetsuppgifterna. Enligt AFS (1993:2) ska arbetstagare vara tillräckligt utbildade och informerade för att kunna utföra sitt arbete på ett säkert sätt. Detta kan till exempel innebära att arbetstagarna måste genomgå särskild utbildning i bemötande av personer/patienter i kris, självförsvar och konflikt-hantering. De anställda har också ett ansvar för att en god och säker arbetsmiljö upprätthålls genom att följa givna föreskrifter och iaktta försiktighet. Det kan till exempel vara att använda den skyddsutrustning som finns samt omgående rapportera alla tillbud. AFS 1993:2 preciserar vilka krav som ställs på arbetsmiljön när det gäller hot och våld och kan vara ett stöd vid inventering av risker på arbetsplatsen. Det framgår att på arbetsplatser där det förekommer risker för hot och/eller våld ska särskilda säkerhetsföreskrifter finnas. Dessa säkerhetsföreskrifter ska följas upp regelbundet och

ska vara kända av samtliga arbetstagare, som i sin yrkesutövning löper risk att drabbas av hot och/eller våld.

Om en hotfull situation uppstår, ska arbetstagaren ha möjlighet att snabbt tillkalla hjälp. Arbetsgivaren ska ansvara för att det finns larmutrustning där det behövs, att det finns rutiner för vem som ska ta emot larm och rutiner för vilka åtgärder som ska vidtas om ett larm utlöses. I arbetsgivarens ansvar ingår även att ansvara för att övningar av säkerhetsrutiner genomförs regelbundet, att underhåll av larmutrustning utförs på ett adekvat sätt och att andra nödvändiga tekniska hjälpmedel finns tillgängliga på arbetsplatsen (AFS, 1993:2). Beroende på den enskilda arbetsplatsens behov, kan larmutrustningen vara fast eller bärbar, tyst eller ljudande och fungera som centrallarm eller som närlarm. Med andra nödvändiga tekniska hjälpmedel avses till exempel videoövervakning eller bevakningsspeglar. Arbetsplatsen, när det gäller utformning, placering och utrustning, ska vara beskaffad så att risker för hot och våld förebyggs (AFS, 1993:2). Som exempel kan nämnas att reträttvägar ska vara lätt tillgängliga för de anställda och föremål, som eventuellt kan användas som tillhyggen, ska inte vara åtkomliga för patienter, klienter och vårdtagare. Arbetsskador, som trots förebyggande insatser ändå inträffar, ska anmälas till Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket. Våld och allvariga hot om våld ska polisanmälas. Arbetstagare som löper ökad risk för att drabbas av hot och våld på sin arbetsplats ska erbjudas regelbundna stödsamtal och handledning. Arbetsgivaren ska också "beakta den särskilda risk för ohälsa och olycksfall som kan följa av att arbetstagaren utför arbete ensam" (AML, 1977). Innebär arbetsuppgifterna påtaglig risk för våld eller hot får de inte utföras som ensamarbete. Vad som gäller vid ensamarbete preciseras i föreskrifterna om ensamarbete (AFS, 1982:3). Vid ensamarbete ska arbetsgivaren särskilt ta i beaktning arbetstagarens möjligheter till kontakt med andra människor, att arbetstagaren har adekvat utbildning och information och har tillräckliga fysiska och psykiska förutsättningar för att klara av arbetet. Så långt det är möjligt ska ensamarbete ordnas så att det inte innebär en större risk för skada än om det utförs tillsammans med andra. Vid arbete i en klients bostad där arbetstagaren är anställd av klienten gäller inte arbetsmiljölagen, utan istället gäller bland annat Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om omvårdnadsarbete i enskilt hem (AFS 1990:18). Vid planering, organisation och genomförande av arbete i enskilt hem ska hänsyn tas till alla förhållanden som kan påverka arbetstagarens fysiska och psykiska hälsa. Arbetsgivaren ansvarar för att arbetstagaren får tillräckligt med utbildning, instruktioner, information och handledning för att kunna utföra arbetet. Vid psykiskt påfrestande arbete ska arbetstagaren regelbundet få stöd och handledning.

På alla arbetsplatser ska säkerheten regelbundet ses över genom skyddsronder. På arbetsplatser med fler än fem anställda ska, enligt arbetsmiljölagen, ett eller flera skyddsombud tillsättas. På arbetsplatser med fler än 50 anställda ska det även finnas en skyddskommitté. Uppgifter om vilka som ingår i skyddskommittén och vem eller vilka som är skyddsombud, ska finnas på arbetsplatsen. Skyddsombudet ska vara en person med insikt i, och intresse för, arbetsmiljöfrågor och vara väl förtrogen med de arbetsförhållanden som råder på arbetsplatsen. Skyddskommittén ska verka för att tillfredsställande arbetsförhållanden upprätthålls och behandla frågor om företagshälsövård, handlingsplaner avseende arbetsmiljö, planering av nya arbetsmetoder och lokaler och utbildning rörande arbetsmiljön. Har en arbetstagare utsatts för hot eller våld ska han/hon skyndsamt få hjälp att lindra fysisk och psykisk skada. Människor reagerar dock olika i hot- eller våldssituationer. Vissa reagerar direkt med chock- eller stress-tillstånd, medan andra reagerar först efter flera timmar eller dagar. Andra människor kan förbli till synes helt oberörda. Reaktionen beror delvis på hur man uppfattat det som hänt, om man var beredd eller inte på det inträffade, och om man varit med om liknande situationer tidigare. Mycket lidande kan förhindras genom förebyggande

åtgärder, välfungerande rutiner och ett adekvat omhändertagande av den som råkar ut för hot eller våld på arbetsplatsen. På större arbetsplatser bör det finnas någon form av krisgrupp som kan stå till förfogande för "debriefing" och krisbearbetning vid allvarigare händelser. Dessutom ska arbetstagarna i miljöer, där hot och våld är vanligt förekommande, erbjudas regelbundet stöd och professionell handledning. Närmare om vilket stöd som ska erbjudas vid kris anges i Arbetarskyddsstyrelsens föreskrifter om Första Hjälp och Krisstöd (AFS 1999:7). Arbetsplatsen ska med hänsyn till verksamhetens art och storlek kunna tillgodose det behov av psykiskt och socialt stöd som kan uppstå vid olycksfall. Arbetsgivaren ska ha tillräckliga kunskaper om krisstöd för att kunna ordna detta på ett lämpligt sätt, och arbetstagarna ska vara informerade om hur de kan ta del av detta.

2.2 Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) ska vården vara lättillgänglig, vara av god kvalitet, främja goda kontakter mellan patient och personal och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet (HSL, 1982). Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och främja patientens värdighet. Patienten ska ha möjlighet att själv välja mellan olika tillgängliga behandlingsalternativ. I och med den vårdgaranti, som numera råder, är den enskilda patienten försäkrad om att få påbörja sin behandling inom en viss uttalad tidsperiod. Inom den psykiatriska vården finns en förhöjd risk för hot och våldssituationer. Det kan därför enligt HSL vara särskilt betydelsefullt att landstingen har ett väl utvecklat samarbete med kommunerna när det gäller vård och omsorg av personer med psykiska funktionsnedsättningar. I detta samarbete bör också brukarorganisationer och anhöriga ges möjlighet att lämna sina synpunkter. Ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad för att skapa hög patientsäkerhet och vårdkvalitet, och kvaliteten i verksamheten ska systematiskt kontrolleras och utvecklas. Verksamhetschefen ska se till och ansvara för att patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet tillgodoses.

Psykiatrisk vård kan också bedrivas under tvång enligt Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991:1128), som är tillämplig för patienter som lider av en allvarlig psykisk störning och har ett oundgängligt behov av psykiatrisk dygnet-runt-vård och som inte vill eller kan ge sitt samtycke till sådan vård. Enligt denna lag bör patienter endast utsättas för tvångsvård om syftet med dessa åtgärder står i rimlig proportion till den enskilda patientens hälsotillstånd. Om det är möjligt att använda mindre tvingande åtgärder, ska detta ske i första hand. När man bedömer att man behöver använda tvång ska detta ske med största möjliga skonsamhet och hänsyn till patienten. Vid behov får det tvång användas som bedöms nödvändigt för att upprätthålla ordning och säkerhet på vårdavdelningen. Vid uppenbar fara för att patienten ska kunna skada sig själv eller andra på ett allvarligt sätt, är det tillåtet att efter chefsläkares bedömning och beslut, spärra fast en patient med bälte under kortare perioder i närvaro av personal. Om det bedöms vara nödvändigt får en patient även hållas avskild från medpatienter under kortare perioder, till exempel om han/hon uppvisar störande eller aggressivt beteende som försvårar vården. Om det anses vara nödvändigt, får kroppsvisitering av en patient ske. Syftet kan till exempel vara att kontrollera om patienten bär på kniv, vapen, droger etc., som kan användas så att han/hon skadar sig själv eller någon annan på vårdinrättningen. Försändelser till patienten får också kontrolleras så att dessa inte innehåller sådana föremål. Behovet av tvångsvård ska fortlöpande prövas, både i förvaltningsrätt och av specialistläkare. Tvångsvård ska bedrivas så att kraven på säkerhet uppfylls. Personal, utrustning och lokaler som krävs för att en god säkerhet ska kunna upprätt-

hållas, måste vara tillgodosedda. Vård enligt LPT ska, i så stor utsträckning som möjligt, planeras i samråd med patienten och även med hans/hennes närstående när det är lämpligt. Patient, som tvångsvårdas, har rätt till en stödperson som ska bistå honom/henne i personliga frågor.

2.3 Socialtjänstlagen

Samhällets sociala tjänster ska enligt Socialtjänstlagen (SOL, 2001:453) främja människors ekonomiska och sociala trygghet och jämlikhet i levnadsvillkor samt främja deras aktiva deltagande i samhällslivet. Verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmanderätt och integritet. De insatser som socialtjänsten efter bedömning beviljar, ska utföras av personal med lämplig utbildning och vara av god kvalitet som systematiskt ska säkras och utvecklas. Insatser ska utformas och genomföras i samråd med den enskilde brukaren. Barns bästa ska tas i särskilt beaktande och socialtjänsten ska verka för att barn växer upp under trygga och goda förhållanden. Kommunernas socialtjänst ska samarbeta med landstingen när det gäller vård och omsorg av personer med psykiska funktionsnedsättningar. Utredningar, som genomförs i de fall som socialnämnden ingriper till ett barns beskydd, ska bedrivas på ett sådant sätt att ingen i onödan utsätts för skada eller olägenhet. Utredningar ska inte heller göras mer omfattande än vad som är motiverat. Socialnämnden i en kommun har laglig rätt att, utan att vara hindrad av sekretesslagen, polisanmäla brott som hindrar socialnämndens verksamhet.

2.4 Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Personer med vissa funktionsnedsättningar har rätt till insatser enligt Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS, 1993:387). LSS är en rättighetslag och ett komplement till andra lagar, som ska garantera personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor, att de får den hjälp de behöver i det dagliga livet och att de själva kan påverka vilket stöd och vilken service de får. Målet är att den enskilde får möjlighet att leva som andra människor i samhället. Begreppet "vissa funktionshindrade" innefattar personer med utvecklingsstörning eller diagnoser inom "autismspektrat", personer med begåvningsmässiga funktionshinder till följd av förvärvad hjärnskada och andra omfattande och varaktiga psykiska och fysiska funktionsnedsättningar, som inte beror på normalt åldrande. Syftet med den verksamhet, som bedrivs enligt LSS, är att verka för att personer med vissa funktionsnedsättningar (brukare) får möjlighet att leva sitt liv på samma villkor som andra människor. Verksamheten ska vara av god kvalitet och grundad på respekt för brukarens självbestämmanderätt och integritet. Brukaren ska ha största möjliga inflytande över de insatser som ges och kvaliteten i verksamheten ska fortlöpande och systematiskt kontrolleras och säkras. Brukaren ska med hjälp och stöd av LSS tillförsäkras möjligheter till goda levnadsvillkor och stärkas i att leva ett självständigt och jämställt liv. Planeringen av stödinsatserna ska göras i samråd med brukaren. Var och en som arbetar med insatser enligt LSS ska medverka till att insatserna är av god kvalitet och har också skyldighet att anmäla eventuella missförhållanden till Socialstyrelsen. Missförhållanden som upptäcks ska dokumenteras, utredas och avhjälpas utan dröjsmål.

2.5 Diskrimineringslagen

Diskrimineringslagen, som trädde i kraft i januari 2009 (DL, 2009) och då ersatte flera tidigare lagar, ska motverka diskriminering och främja en god arbetsmiljö för alla. Detta innebär att människor ska ha lika rättigheter och möjligheter oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion, funktionshinder eller sexuell läggning. Med trakasserier avses ett uppträdande som kränker någons värdighet eller sexuella värdighet. Om en arbetsgivare får kännedom om att en arbetstagare upplever sig ha blivit trakasserad, så är arbetsgivaren skyldig att utreda omständigheterna kring detta. Om det visar sig finnas grund för arbetstagarens upplevelser, måste arbetsgivaren vidta åtgärder för att förebygga trakasserier i framtiden. En arbetsgivare får inte utsätta en arbetstagare för repressalier till följd av att han anmält att arbetsgivaren handlat i strid med lagen eller för att han avvisat eller fogat sig i arbetsgivarens trakasserier. I diskrimineringslagen behandlas fem former av diskriminering:

- (1) *Direkt diskriminering*, vilket innebär att någon missgynnas eller behandlas sämre än någon annan i jämförbar situation och att detta har samband med ålder, kön, etnicitet, religion, funktionshinder eller sexuell läggning
- (2) *Indirekt diskriminering*, vilket innebär att en person missgynnas genom att någon bestämmelse tillämpas, som verkar neutral men som missgynnar personer som omfattas av de nämnda diskrimineringsfaktorerna (punkt 1 ovan)
- (3) *Trakasserier*, vilket innebär ett uppträdande eller bemötande som kränker en persons värdighet och som har samband med diskrimineringsfaktorerna (punkt 1 och 2 ovan)
- (4) *Sexuella trakasserier*, vilket innebär ett uppträdande av sexuell natur som kränker någons värdighet samt
- (5) *Instruktioner att diskriminera*, vilket innebär order eller instruktioner att diskriminera som lämnas till någon, som står i någon form av beroendeförhållande till den som lämnar instruktionen och som åtagit sig att fullgöra uppdraget.

En arbetsgivare som har minst 25 anställda ska upprätta en jämställdhetsplan, som inkluderar en sammanställning över åtgärder som behövs på arbetsplatsen samt en plan för jämställda löner (lönekartläggning). Arbetsgivare ska också bedriva målinriktat arbete för att förebygga diskriminering på grund av etnisk tillhörighet och religion eller annan trosuppfattning. Jämställdhetsplanen ska ses över och eventuellt förnyas vart tredje år. DL (2009) ställer inte krav på upprättande av en likabehandlingsplan. Dock ställs speciella krav på utbildningssamordnare att varje år upprätta en plan med åtgärder för att främja lika rättigheter och möjligheter för barn, elever eller studenter som deltar i eller ansöker om att bli antagna till utbildningen/verksamheten oavsett kön, etniskt ursprung, religion, funktionshinder och sexuell läggning för att förebygga och förhindra trakasserier som avses i lagen.

Diskrimineringsombudsmannen (DO) utövar tillsyn av att DL följs och tar emot och utreder anmälningar om diskriminering och trakasserier. Nyligen, år 2011, har DO konstaterat att landstingen inte lever upp till lagens krav om att arbeta för att alla behandlas lika i arbetslivet. Många landsting arbetar med jämställdhetsfrågan, men det är sämre ställt när det gäller de övriga diskrimineringsgrunderna, speciellt etnisk tillhörighet och religion. Likabehandling är en arbetsmiljöfråga, som inte kan belysas vid ett enstaka tillfälle. Snarare krävs att frågan diskuteras aktivt i vardagen på varje arbetsplats. DO kritiserar också vissa landsting för att inte arbeta tillräckligt mycket med att upptäcka eventuell diskriminering. DO menar också att arbetet mot sexuella

trakasserier och trakasserier som har samband med kön, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning är otillräckligt och måste förbättras.

3. Prevalens av hot, våld och mobbning inom vård och omsorg

3.1 Hot och våld inom vård; anmälningar och trender

Det finns flera definitioner av begreppen vård, omvårdnad och omsorg och för definition av vård/omvårdnad har i denna kunskapsöversikt en formulering från Luleå universitet valts som har följande lydelse: "Omvårdnad syftar till att hjälpa en person att planera och genomföra handlingar, som hör till det dagliga livet och syftar till att förbättra hälsa/friskhet, förebygga ohälsa/sjukdom samt återställa och bevara hälsa/friskhet". Begreppet omsorg har stora likheter med begreppen vård/omvårdnad och kan definieras som "insatser där omsorgsarbetare tillsammans med brukare söker bevara, utveckla, förändra och skapa livsstrategier för och i olika situationer (Socialstyrelsen, 2006-100-20).

Hot och våld drabbar kvinnor och män på olika sätt och tar sig olika uttryck i mansdominerade och kvinnodominerade yrken. Män har hittills varit mer utsatta för fysiskt arbetsrelaterat våld än kvinnor, medan kvinnor oftare har drabbats av mobbning och trakasserier av olika slag. Det finns dock indikationer på att detta mönster håller på att förändras, och att antalet olycksfall i arbetet ökar något för kvinnor och minskar något för män (AV, 2011). Hot och våld riktat mot de anställda är bland de vanligaste orsakerna till arbetsskador och en tredjedel av de arbetsskador som anmäls till AV rör hot och våld (AFA försäkring, 2011). Mellan åren 2005 och 2009 anmäldes drygt 6 600 fall av allvarliga arbetsskador som uppkommit genom hot och våld riktat mot anställda på deras arbetsplatser. Definitionen av "allvarliga skador" innebär att skadorna har föranlett "betydande psykiska och/eller fysiska besvär i minst 30 dagar efter det att skadan inträffat". Omkring hälften av alla allvarliga skador är förorsakade av hot och våld (drygt 3 300 fall) och skadorna drabbar bland annat anställda inom kommun och landsting. Skötare och vårdare inom omsorg och vård svarar för hälften av dessa anmälningar, varav två av tre drabbade är kvinnor (AV, 2010).

I arbetsmiljöundersökningen (AV, 2010) uppgav 18 procent av kvinnorna och 10 procent av männen att de hade varit utsatta för våld eller hot om våld på sina arbetsplatser under de senaste tolv månaderna. Sex av tio anmälningar till Arbetsmiljöverket om hot och våld kom från anställda inom vård- och omsorgsområdet och de flesta anmälningarna rörde sjuksköterskor. AV:s arbetsskadestatistik (2010) indikerar en ökande trend när det gäller hot och våld på arbetsplatser inom vård och omsorg och att detta utgör ett stort och allvarligt arbetsmiljöproblem. Mellan åren 2005 och 2009 (AFA försäkring, 2011) kom drygt 10 procent av samtliga anmälda arbetsplatsolyckor med sjukfrånvaro på grund av hot och våld från anställda inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Prevalensen av hot och våld på arbetsplatser i inom vård och omsorg är svår att ange exakt, då det saknas vetenskapliga studier i tillräcklig omfattning. Enligt Nolan och medarbetare (2001) är uppskattningsvis 3 miljoner arbetstagare i Europa utsatta för hot och våld på sina arbetsplatser, vilket motsvarar 2 procent av samtliga anställda inom alla yrkeskategorier. Hot och våld inom vård- och omsorgsyren har studerats i många länder men få jämförbara studier har gjorts, då både begreppsdefinitioner och mätmetoder skiljer sig åt mellan de länder och studier som presenterats. Från en svensk studie (Arnetz et al., 1996), baserad på frågeformulärdata, rapporterades en prevalens av 40 procent när det gäller hot och/eller våld från vårdtagare riktat mot anställda inom akut medicinsk vård. Våld på arbetsplatsen visade sig bland annat ha samband med

vårdgivarens erfarenhet i yrket (antal år) och hur ofta hon eller han hade kontakt med vårdtagaren. Forskning (Hallberg & Norberg, 1995) har visat att sjuksköterskor som utsatts för hot och våld på arbetsplatsen reagerar med ilska, skam, skuld, upplevelser av professionell inkompetens och degradering, samt att de ofta lägger skulden för det inträffade på sig själva. Camerino och medarbetare (2008) undersökte exponering för våld från patienter/anhöriga riktat mot vårdpersonal inom 565 vårdinstitutioner i åtta EU-länder. Undersökningsgruppen bestod av cirka 34 000 personer (varav 30 342 kvinnor) som besvarade mätinstrument med ett års mellanrum. De länder som ingick i studien var Belgien, Tyskland, Finland, Frankrike, Italien, Polen, Slovakien och Nederländerna. För att få en översiktlig bild över förekomsten av våld i dessa EU-länder, har en tabell (Tabell II) konstruerats utifrån forskarnas artikel. Som framgår, är den genomsnittliga siffran för förekomst av våld i de åtta länderna omkring 22 procent, där Frankrike har den högsta (39,1 procent) och Nederländerna den lägsta (10,4 procent) förekomsten. Manliga sjuksköterskor och vårdare, liksom yngre personal, var mer frekvent exponerade för våld på arbetsplatsen jämfört med kvinnliga kollegor. Inom psykiatrisk vård, akutsjukvård, geriatrisk vård samt långtidsvård rapporterades våld från patienter och anhöriga mer frekvent än inom andra avdelningar. Även vårdpersonal som arbetade omväxlande dag- och nattsift eller enbart nattsift, var mer frekvent exponerad för våld på arbetsplatsen än annan vårdpersonal. Brist på sjuksköterskor eller skötare inom en vårdenhet resulterade i ökad förekomst av våld riktat mot den kvarvarande personalen på arbetsplatsen.

Tabell II. Arbetsplatsvåld riktat mot vårdpersonal i åtta EU-länder, där sample B är ett år senare (Camerino et al., 2008).

Land	SampleA (antal)	Procent (%)	SampleB (antal)	Procent (%)
Belgien	4 143	12,1 %	948	23,3 %
Tyskland	3 508	10,3 %	972	28,0 %
Finland	3 658	11,3 %	762	19,8%
Frankrike	5 365	15,7 %	2 071	39,1 %
Italien	5 541	16,2 %	1 059	19,9 %
Polen	4 354	12,8 %	810	19,2 %
Slovakien	3 361	9,9 %	542	17,0 %
Nederländerna	3 976	11,7%	411	10,4 %

De flesta situationer med inslag av alla typer av hot och våld, dvs. lindrig, grov och allvarlig, uppkommer inom den psykiatriska vården, och trots att det fortfarande är brist på studier som bevisar det, antas det ökande våldet vara ett internationellt fenomen (Nolan et al., 2001). Nolan och medarbetare (2001) fann att hot och våld var signifikant mer frekvent, och dessutom av allvarligare art, inom psykiatrisk vård i Storbritannien jämfört med förhållanden inom psykiatrisk vård i Sverige. 71 procent av psykiatrisjuksköterskorna från Storbritannien (n = 296) rapporterade att de hade varit utsatta för våld (verbala hot, aggressiva beteenden, slag, sparkar, bett samt användande av vapen) under de senaste 12 månaderna jämfört med 59 procent av psykiatrisjuksköterskorna från Sverige (n = 720). Psykiatrisjuksköterskorna från Storbritannien rapporterade lägre självförtroende än kollegorna i Sverige och önskade också få bättre kontroll över sitt arbete. Forskarna tolkade skillnaderna mellan länderna som en effekt av vårdens organisation: i Storbritannien gavs den psykiatriska vården inom

primärvården (community care) medan psykiatrivården i Sverige till största delen gavs på sjukhus eller andra vårdinrättningar. Det innebär att sjuksköterskorna i Storbritannien arbetar mer isolerat och utan teammedlemmar som kan ge stöd och hjälp i kritiska situationer.

Åström och medarbetare (2002) fann en prevalens av 30 procent när det gäller hot och/eller våld riktat mot anställda inom äldreården i Sverige. Almvik och medarbetare (2006) i Norge, fann i sin studie att 32 av 82 patienter (39 procent) på två psykiogeriatriska avdelningar riktade hot och/eller våld mot personalen under en 3-månadersperiod. Flertalet incidenter var relaterade till personlig omvårdnad av patienterna, som var mellan 56 och 104 år gamla. Orsaken till att hot och våld uppstod kan, enligt författarna, vara brister i kommunikationen relaterade till demenssjukdomar och/eller kognitiva brister hos patienterna. Forskarnas slutsats är att resultaten från deras studie i Norge överensstämmer i stort sett med andra liknande studier och visar, att ett fåtal patienter svarar för merparten av det våld och hot som förekommer.

Eley och medarbetare (2007) jämförde arbetsmiljösituationen inom samma avdelningar inom äldreomsorgen i Queensland, Australien med tre års mellanrum. De fann att förekomsten av hot och våld hade ökat substantiellt under dessa tre år. Studiens konklusion var att arbetsmiljön måste förbättras och stärkas betydligt, för att personal som avsåg att gå i pension skulle kunna ersättas med nya och yngre medarbetare. Åström och medarbetare (2004) undersökte förekomsten av våld under ett år inom geriatrisk vård i Sverige och fann att 11,4 procent av personalen (97 av 848 anställda) hade varit utsatta för incidenter av våldskaraktär. Mer än en tredjedel av den drabbade personalen fick fysiska sår eller skador till följd av incidenterna och två av dem behövde konsultera läkare för sina skador. De vanligaste reaktionerna på våldet bland de drabbade var ilska (n = 31), förvåning (n = 25) och motvilja riktat mot de våldsamma patienterna (n = 24). Josefsson och Ryhammar (2010) undersökte förekomsten av hot och våld i svensk äldreomsorg och fann att 48 procent av 212 tillfrågade legitimerade sjuksköterskor hade varit utsatta för indirekt hot om våld (trakasserier och insinuationer), 42 procent hade varit utsatta för direkt hot om våld och 40 procent hade varit utsatta för våld i konkret handling. Dessutom hade 45 procent av sjuksköterskorna bevittnat när deras kollegor varit utsatta för hot och våld på arbetsplatsen. Endast 41 av sjuksköterskorna (20 procent) hade genomgått någon form av utbildning, eller fått information om hur hot och våld i vården ska hanteras. Detta förvånade forskarna, då arbetsgivaren är skyldig att se till att de anställda har den utbildning och information som krävs för att kunna utföra och känna säkerhet i sitt arbete.

Ambulans- och akutvårdspersonal riskerar också att särskilt ofta utsättas för hot och våld i sitt arbete, vilket har uppmärksamrats alltmer under senare år. Trots den ökade uppmärksamheten och att hot och våld påverkar ambulanspersonalens välbefinnande i negativ riktning, så är forskningen än så länge begränsad (Mc Kay, 1994; Petzäll et al., 2011). Ambulanspersonal är vanligen de första som anländer till en olycksplats och de arbetar ofta ensamma med patienter, anhöriga och ibland också med gärningsmän. Många av de patienter som ambulanspersonalen möter i sitt arbete kan vara påverkade av alkohol, starka mediciner och/eller andra droger, vilket också ökar riskerna för att hot och våld ska uppstå. Studier har visat att 75 procent av ambulanssjukvårdarna har varit utsatta för hot och våld i sitt arbete, som också utförs på trångt utrymme i ambulansen och ofta skyndsamt på grund av den akuta situationen. Suserud och hans medarbetare (2002) fann i en studie att 67 procent av ambulanssjukvårdarna hade varit utsatta för våld och 17 procent hade varit utsatta för verbala och fysiska hot, där skjutvapen hade förekommit. Studien (Suserud et al., 2002) gjordes inom ett avgränsat geografiskt område och det är därför svårt att dra generella slutsatser utifrån resultat. Petzäll och medarbetare (2011) fann att 66 procent av ambulanspersonalen

(n = 134 ambulanssjuksköterskor från elva ambulansstationer i fyra län) upplevde hot och/eller våld under sina arbetspass, vilket hade en negativ inverkan på deras välbefinnande. Under det senaste året hade 26 procent av ambulanssjuksköterskorna utsatts för hot och 16 procent varit utsatta för fysiskt våld, vanligen knuffar, slag, sparkar och brett. Enligt Gunnarsson och Lindh (2010) kan man utgå från att mörkertalet är stort när det gäller förekomst och anmälan av hot och våld inom prehospitäl ambulanssjukvård. Sammanfattningsvis kan man, vilket är i linje med den bedömning som Rippon (2000) gör, se en ökning av hot och våld inom vården och då speciellt riktad mot vårdgivare inom akutvårdsavdelningar, psykiatriavdelningar och geriatriska avdelningar och annan äldreomsorg. Nolan och medarbetare (2001) menar att man kan anta att ökningen av våld och hot riktad mot personal inom vården, speciellt inom psykiatrisk vård, är ett internationellt fenomen.

3.2 Hot och våld inom omsorg; anmälningar och trender

Begreppet omsorg har, som tidigare nämnts, i denna kunskapsöversikt definierats i linje med Socialstyrelsens skrivning (2006) som "insatser där omsorgsarbetare tillsammans med brukare söker bevara, utveckla, förändra och skapa livsstrategier för och i olika situationer". Omsorgsarbetare finns inom olika områden, främst inom socialtjänst, hemtjänst, barnomsorg samt handikapp- och äldreomsorg. AV har i sin arbetsmiljöstatistik (2011) nyligen presenterat en större granskning av arbetsmiljön och funnit att hot och våld blivit ett stort, allvarligt och ökande problem för personal inom social omsorg, hemtjänst och personlig assistans. Enligt Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökning (AV, 2010) är det undersköterskor och vårdbiträden inom omsorg och sociala tjänster som oftast drabbas av hot och våld i sitt arbete. Anmälningsbenägenheten är dock fortfarande låg, beroende på en mängd olika omständigheter, varför mörkertalet är stort. Enligt en intervjustudie med 600 socialsekreterare (Novus Opinion, 2010) framkom att ärendemängd, och därmed arbetsbelastning, har ökat samtidigt som nio av 10 socialsekreterare upplever risker för hot och våld på arbetsplatsen. Enligt två av 10 socialsekreterare har hot och våld på arbetsplatsen ökat betydligt under senare år. Hög arbetsbelastning och ökad stressnivå i kombination med myndighetsutövning kan vara en förklaring till ökad förekomst av hot och våld på arbetsplatsen. Även personal på gruppboenden, behandlingshem och institutioner upplever att risken för hot och våld är betydande. Interna regler, som måste finnas på gemensamma boenden, kan leda till konflikter, som sedan urartar i hot och våld riktad mot de anställda.

Personal inom hemtjänst och äldreomsorg har fått en starkt förändrad arbetsmiljö. En del av förklaringen till detta, och till ökningen av förekomsten av hot och våld på arbetsplatsen, är att det är allt fler äldre personer som vårdas i sina egna hem och som dessutom är alltmer psykiskt och/eller fysiskt sjuka. De arbetsuppgifter som främst är förenade med risker för hot och våld mot personalen är assistans vid sängläggning, toalettbesök, duschning, påklädning samt vid medicinering (Hallberg et al., 1990). Nattpersonal inom äldreomsorgen löper speciellt stor risk att bli utsatta för våld och hot, till exempel vid byte av inkontinensskydd på halvvakna och/eller medicinpåverkade äldre människor som hör dåligt och/eller ser dåligt i mörkret och kanske är dementa och mörkrädda. Människans "självbevaringsdrift" kan i ett sådant sammanhang resultera i hotelser, sparkar och slag. Vård- och omsorgssituationer som innebär att vård- eller omsorgstagaren upplever maktlöshet, till exempel att inte ha kontroll över sina egna beslut och sin egen situation, är speciellt kritiska. Troligen kan orsaken till att hot och våld uppstår inom omsorgen vara ett komplext samspel mellan kritiska

omständigheter i vård- eller omsorgsmiljön och riskfaktorer relaterade till kommunikation och samspel mellan vårdtagare och vårdgivare.

Inom socialtjänstens område anmäldes 859 fall av arbetsrelaterat hot och våld under år 2009. För arbetsplatser inom vård och omsorg med boende var motsvarande siffra 517 anmälda fall, och när det gäller personal inom öppna sociala insatser gjordes 164 anmälningar om hot och våld i arbetet. Manliga socialarbetare är starkt överrepresenterade när det gäller att ha blivit utsatta för fysiskt våld på arbetsplatsen. Det rör sig oftast om att de har blivit rivna, slagna, sparkade eller spottade på av klienter. Drygt 30 procent av de anställda inom socialtjänsten uppgav år 2006 i en undersökning genomförd av SKTF (2007) att de varit utsatta för hot under det senaste året. Två procent av de anställda hade under det senaste året blivit utsatta för våld i tjänsten, vilket även bekräftades av AV:s arbetsmiljöstatistik år 2010 (AV, 2011). Dessutom rapporterade 79 procent av de anställda att de hade medarbetare som blivit hotade under det senaste året, medan 19 procent av de anställda hade medarbetare som blivit utsatta för våld under det senaste året. Trots detta, uppgav 73 procent av de anställda inom omsorgen att de känner sig trygga på arbetsplatsen när det gäller risker för hot och våld. Drygt 16 procent av de anställda hade dock funderat på att byta arbete på grund av riskerna för hot eller våld. På frågan om de upplevde att det blivit vanligare med hot och våld på arbetsplatser inom socialtjänsten under de senaste åren, svarade 21 procent "ja", 48 procent svarade "nej" och 31 procent svarade "vet ej".

Anställda inom äldreomsorgen drabbas ofta av hot och våld i sitt arbete (Menckel, 2002; Viitasara, 2003). Flertalet våld- och hotsituationer rapporteras ske när personalen ska assistera brukarna vid av- och påklädning, toalettbesök, duschning eller intimitetshygien (Hallberg et al., 1990; Novak et al., 1994). Orsakerna till att hot och våld är vanligt förekommande inom äldreomsorgen är flera, men kan bland annat vara nedsatt kognitiv förmåga eller demenssjukdom hos vårdtagarna och/eller negativ inverkan av lugnande och/eller smärtstillande medicinering. Komplicerade och integritetshotande omvårdnadssituationer, samt bristande tid för vårdaren att utföra dessa, kan också bidra till att frustration, aggressivitet, hot och våld uppstår hos vårdtagaren. Aggressivt beteende innebär en tendens att använda fysiskt och/eller psykiskt våld för att skada sig själv och/eller andra människor. Fientlig aggression orsakas således av någonting i den yttre miljön som ger upphov till frustration och ilska, vilket kan resultera i hot och våldsamheter. Voyer och medarbetare (2005) undersökte i en studie vilka faktorer som predicerar aggressivt beteende hos vårdtagare inom äldreomsorgen. De fann att kognitiv funktionsnedsättning hos vårdtagaren, manligt kön, bruk av neurologiska mediciner, sömnstörningar, fysiskt tvång och nedstämdhet hos vårdtagaren var betydelsefulla och signifikanta prediktorer av aggressivitet. Syn- och hörselnedsättningar liksom miljöns beskaffenhet visade sig också kunna initiera aggressivt beteende hos vårdtagaren (Talerico et al., 2002; Vance et al., 2003). Äldre personer med diagnosen demens är också särskilt känsliga för förändringar eller byte av fysisk miljö, vilket också är en faktor som kan utlösa ilska, olust, osäkerhet och aggressivitet (Hall & O'Connor, 2004).

Isaksson och medarbetare (2007) har analyserat 41 kvinnliga vårdgivares tolkning, beskrivning och hantering av våld från boende på tre olika äldreboenden i Sverige. I en kvalitativ analys av data framkommer att våld är något subjektivt som bestäms "in the eyes of the beholder". Denna tolkning från forskargruppen innebär att varje vårdgivare (i studien) tolkar våld på sitt eget sätt, och våld kan då vara allt från "muntlig smädelse" till "livshotande skada". Vårdgivarna i studien beskriver våldet som utmanande, avsiktligt, ursäktligt, ett normalt inslag i arbetet och som kontextuellt. Denna tolkning innebär att vårdgivarna "normaliserar" situationen och därmed ser de inte sig själva som "offer" och inte heller de boende som "förövare". Om detta förhållningssätt från vårdgivarnas sida "förs över" till våldssituationer i vården, leder det till en

underrapportering av hot och våld. Både fysiska och verbala hot från vårdtagare/brukare riktade mot vårdgivare tycks också vara underrapporterade av personal inom social omsorg. Distasio (1994) hävdar att omsorgspersonal inte gärna rapporterar hot och våld om de inte själva lidit uppenbar fysisk skada av incidenten. Brockman (2002) menar att den största förklaringen till underrapportering av hot och våld är attityder till hot och våld på arbetsplatsen och hur dessa situationer brukar hanteras i praktiken. Underrapportering påverkas av hur närmaste chef hanterat tidigare hot- och våldssituationer och, framför allt, chefens tidigare benägenhet att anmäla hot och våld. Om ledning och chefer är passiva i detta avseende, och deras kunskaper om hot och våld på arbetsplatsen är begränsade, är risken stor att arbetstagare som utsatts för hot eller våld inte heller anmäler detta. Det har framkommit att ledningen på en del arbetsplatser anser att en viss grad av hot och våld från vårdtagarna "hör till" arbetets villkor, och att man till och med kan hålla arbetstagaren ansvarig för att hot och våld uppstår på arbetsplatsen (t.ex. Dalphond et al., 2000; Stanley & Goddard, 2002).

3.3 Mobbning bland personal inom vård och omsorg

Mobbning bland personal inom vård och omsorg, bör också få ett utrymme i denna kunskapsöversikt. Exakta siffror på prevalens av mobbning är svåra, och troligen omöjliga, att finna. Definitionen av begreppet varierar, liksom de mätinstrument som används av forskare på området, vilket gör jämförelser mellan studier osäkra. Enligt flertalet definitioner innebär mobbning upprepade negativa handlingar som utförs medvetet och riktas mot en person under en längre tidsperiod. Den person som handlingarna riktas mot befinner sig i ett styrkemässigt underläge gentemot förövaren/förövarna och har därför ett begränsat handlingsutrymme. Utövarna av mobbning kan vara en grupp eller en ensam person, som är aktivt eller passivt "uppbackad" av en eller flera andra personer, kollegor och/eller chefer. En undersökning (Leymann, 1992) av ett riksrepresentativt urval av arbetstagare i Sverige visade att 3,5 procent hade varit utsatta för mobbning på sina arbetsplatser. Av de mobbade var det något fler kvinnor (55 procent) än män (45 procent). Ett frågeformulär användes i studien (Leymann Inventory of Psychological Terror, LIPT, 1990), där det efterfrågades hur ofta 45 väl beskrivna oetiska handlingar förekom på arbetsplatsen. Många av dessa handlingar förekommer i normal kommunikation, men vid frekvent användande får handlingarna en fientlig inriktning. Begreppet "mobbning" användes således inte explicit i frågeställningarna. Om ett i förväg fastställt antal negativa handlingar förekom, tolkades det som att personen var utsatt för mobbning. Mobbning inkluderar att någon hindrar en persons möjligheter att kommunicera eller upprätthålla sociala kontakter och sprider rykten och skvaller om personen, försvårar arbetssituationen för personen eller attackerar och hotar hans/hennes fysiska och psykiska hälsa. Man uppskattar att vuxenmobbning ökat till att drabba omkring 2-5 procent av alla anställda (Mikkelsen & Einarsen, 2001). Anställda som utsätts för långvarig mobbning tvingas ofta till sjukskrivning med betydande risk för utslagning från arbetsplatsen. Mobbning innebär angrepp och intrång i individens privata sfär, vilket har ett starkt samband med psykisk ohälsa (Einarsen et al., 1996).

Djupintervjuer med anställda som utsatts för mobbning inom vård och omsorg (Strandmark & Hallberg, 2006, 2007; Hallberg & Strandmark, 2007; Hallberg & Strandmark, 2004) visar att mobbning startar med ett maktspel. Starka och kompetenta personer kan upplevas som obekväma och hotfulla av arbetsgruppen (vars homogenitet rubbas) och de utsätts för risk att stötas ut från gruppen. Chefer och överordnade kan vara aktivt eller passivt inblandade i utstötningssprocessen, som kan pågå under lång tid och inkluderar förtal, ryktesspridning, svek, social isolering, kränkningar och orättvisor.

Inledningsvis tar den mobbade på sig skulden för det som sker, vilket snart leder till sviktande självkänsla. Successivt tar både den psykiska och fysiska hälsan "stryk". De fysiska symtomen, till exempel magbesvär, ångest, oro och nedstämdhet, leder ofta till sjukskrivning för symtomen utan att den bakomliggande orsaken (mobbningen) avslöjas. Psykologisk bearbetning och upprättelse, vilket sällan erbjuds, tycks vara nödvändig för att kunna återgå till ett "normalt" liv. Andra forskare har också på liknande sätt rapporterat bakgrunden till vuxenmobbning. Mc Grath (2010) i Australien, menar att arbetstagare blir mobbade när de väcker avundsjuka hos sina kollegor genom att ha eftersträvansvärda egenskaper, som till exempel att vara mer kompetent än mobbaren. Med stöd av ett frågeformulär (Workplace Envy and Bullying Questionnaire), samlade Mc Grath in data från 411 slumpmässigt utvalda personer (67 procent kvinnor) anställda i offentlig och privat sektor. Resultatet visade ett signifikant positivt samband mellan känslor av avundsjuka och mobbning. Sambandet var ännu starkare om arbetstagarna rapporterade "avundsjuk ilska". I Australien är arbetsplatsmobbning mycket vanligt förekommande (Mc Grath, 2010).

Mobbning kan förebyggas genom medvetna satsningar på den psykosociala arbetsmiljön och ett kommunikativt ledarskap med ökade möjligheter till inflytande för de anställda. Ledarskapet inom vård och omsorg beskrivs som svagt och/eller otydligt av de mobbningsdrabbade informanterna (Strandmark & Hallberg, 2006; 2007). Ledaren/chefen måste lyssna, uppmuntra och respektera de anställdas åsikter, samtidigt som kränkande behandling och mobbning inte får accepteras på arbetsplatsen. Ökad medvetenhet om mobbning krävs för att motverka mobbningstendenser samt mod och styrka att ingripa verbalt när sådana negativa handlingar utförs. Konflikt-hantering är en nödvändig förutsättning för att hantera och/eller lösa konflikter. I en "stödande miljö för hälsa" (WHO, 1986) ska anställdas personliga styrkor användas för att utveckla verksamheten. Drivande och kompetenta personer inom vård och omsorg är arbetsplatsens främsta resurser men löper risk att utsättas för mobbning och utstötning. En bidragande faktor till varför mobbning uppstår är enligt informanterna i ovan refererade forskning, att den psykosociala arbetsmiljön inom vård och omsorg är en potentiell arena för konflikter. Under lång tid har otillräckliga resurser resulterat i att personalen reducerats, och under tiden har antalet svårt sjuka patienter/klienter ökat. Ökat vårdtryck leder till ökad stress och minskad tolerans. Vårdförbundet har i maj 2011 deklarerat att de kommer att fokusera på arbetsmiljöfrågor, och att den ojämna arbetsbelastningen är ett ökande problem i vården.

3.4 Våld riktat mot patient från vårdare

Övergripping i form av hot och våld riktat mot en patient, klient eller vårdtagare från en eller flera vårdare förekommer också inom vård och omsorg. Rapporter om enskilda fall, där yngre eller äldre patienter, klienter eller vårdtagare behandlats på ett oacceptabelt sätt har presenterats i TV-program, dags- och kvällstidningar samt i andra media. Mörkertalet när det gäller förekomst är här troligen betydande, och området kommer inte heller att beröras djupare i denna rapport. Främst tycks dessa övergrepp drabba kvinnliga patienter inom psykiatrisk vård, och det kan då röra sig om sexuella kränkningar eller andra gränsöverskridande handlingar (Aldén, 1999). Äldrevårdens patienter kan även drabbas av hot och våld från de anställda, vilket troligen delvis kan relateras till de anställdas frustration, överbelastning och otillräcklighet när det gäller tillgång på tid, empati och respektfull människosyn. Arbetsgivaren har, enligt arbetsmiljölagen (1977), huvudansvaret för arbetsmiljön, vilket inkluderar att skapa en god och hälsofrämjande arbetsplats för dem som vistas där. Ottawafördraget (WHO,

1986) betonar betydelsen av gynnsamma betingelser och en stödjande miljö på arbetsplatsen. Våld mot patienter, klienter och vårdtagare är absolut inte acceptabelt.

3.5 Sammanfattande ord om prevalens av hot och våld

Den faktiska förekomsten av hot och våld riktat mot vård- och omsorgspersonal är svår att fastställa, då många drabbade sjuksköterskor, undersköterskor, vårdare/skötare och omsorgsarbetare av olika skäl inte anmäler övergreppen. Verbalt hot och våld tycks mindre ofta rapporteras än situationer där fysiskt våld och hot om fysiskt våld förekommer. Anmälningsbenägenheten är beroende av flera olika faktorer och, som tidigare nämnts, spelar även arbetstagarens position på arbetsplatsen en roll liksom existerande attityder till rapportering och anmälan på chefsnivå. Kvinnor utan fasta anställningar har otrygga och utsatta positioner i arbetslivet och är också utsatta för större risker att drabbas av hot och våld på arbetsplatsen än andra anställda. Benägenheten att anmäla hot och våld bland dessa anställda har dessutom minskat under senare tid. Distasio (1994) menar att vårdpersonal ogärna rapporterar att de utsatts för hot och våld, om de inte själva har drabbats av uppenbar fysisk skada eller lidande i samband med en sådan situation. En bidragande orsak till bristande rapportering av hot och våld är att personal som utsatts för hot och våld från patienter, speciellt inom psykiatri, ofta möts av skepsis och tvivel från sina kollegor. Det är inte ovanligt att kollegor hävdar att de som utsatts för hot och våld har bemött patienterna på ett "felaktigt", oprofessionellt och/eller okänsligt sätt, eller så får de av någon annan anledning "skylla sig själva" för att de blivit utsatta (Lanza, 1987). Det finns också, förutom skuldbeläggandet, en förringande och överslätande attityd hos personal, speciellt inom psykiatri, som antyder att "litet får man tåla". Det är möjligt att det också kan finnas en viss uppgivenhet kring att anmäla "oförrätter" som våld och hot: det tjänar inte så mycket till då ingenting händer. De vetenskapliga studier som finns tillgängliga, och som refereras till i denna rapport, redovisar olika prevalenssiffror beroende på vilken yrkesgrupp och vård- och omsorgsriktning det handlar om. Som exempel kan nämnas prevalensen av hot och våld inom akutmedicin (42 procent), psykiatri (59 procent), social omsorg (20 procent), socialtjänst (30 procent) och för ambulanspersonal (67 procent). Ett genomsnittsvärde av prevalensen av hot och våld i åtta EU-länder visade sig vara 22 procent.

4. Berörda parter – utveckling av hot och våld

4.1 Organisation och ledarskap

Akutvårdsavdelningar, avdelningar för psykiatrisk vård och äldreomsorg men även vård- och kirurgavdelningar är potentiella riskavdelningar, som alla rapporterar ökad frekvens av hot och våld (Jackson et al., 2002). Vissa avdelningar har ett stort antal unga och/eller nyutbildade vårdgivare och på dessa avdelningar löper de anställda en ökad risk att utsättas för hot och våld. Riskfaktorer, som kan leda till kränkande särbehandling, kan vara brister i organisationen, för hög, för låg eller ojämn arbetsbelastning eller brister i personalpolitiken. Bristande kontinuerligt informationsflöde på arbetsplatsen och otillräcklig information för nyanställd/nyutbildad personal, som inte själva kan komplettera med tidigare förvärvade kunskaper och erfarenheter, är riskfaktorer för arbetsmiljön. Att inte veta hur kliniska situationer ska hanteras riskerar att underminera relationerna med patienter och deras anhöriga samt bidrar till att hot- och våldssituationer uppstår (Camerino et al., 2008). Aggressiva interaktioner med olika aktörer riskerar att försämra det organisatoriska klimatet, vilket i sig kan leda till stress, dåligt samarbete och låg vårdkvalitet. När det gäller hot och våld på arbetsplatsen kan ökad risk finnas speciellt:

- På avdelningar med låg gruppsamhörighet i personalen och där personalen upplever att ledningen behandlar dem orättvist, dvs. psykosociala orsaker (Neumann & Baron, 1998).
- Där vårdpersonalen saknar kunskap om och träning i kommunikation och konflikthantering samt saknar adekvat och regelbunden handledning (Duxbury & Whittington, 2005).
- Där personalen arbetar i skift, har låg bemanning, hög arbetsbelastning samt där hot och våld riktad mot patienter/klienter förekommer (Whittington et al., 1996).

4.2 Vårdgivare och vårdtagare

Faktorer som bidrar till utveckling av hot och våld kan vara relaterade till berörda individers personlighet och hälsotillstånd, faktorer i den miljö där vård och omsorg bedrivs eller i den speciella omvårdnads- eller omsorgsuppgift som ska genomföras. Troligen sker ett subtilt samspel mellan dessa faktorer och i olyckliga fall kan våld eller hot, riktat mot vårdgivaren, användas av klienten, patienten eller vårdtagaren. Det finns enligt forskning (t.ex. Lawoko et al., 2004) samband mellan förekomsten av hot och våld på arbetsplatsen, hur de anställda mår fysiskt och psykiskt samt deras engagemang i vård och omsorg. Personal anställd på dagtid, som är unga, oerfarna och heltidsarbetande, är oftare utsatta för hot och våld på arbetsplatsen än äldre, mer erfaren och deltidssamarbetande nattpersonal (Åström et al., 2002). Anställda med lägre yrkestitel, status och kunskaper, till exempel vårdbiträden, löper också ökad risk att utsättas för hot och våld på arbetsplatsen. Att arbeta nära patienter i intima situationer, till exempel av- och påklädning, duschning och matsituationer, ökar risken för att utsättas för hot och våld. Detta gäller särskilt om vårdgivaren har en negativ inställning till det som händer i hans/hennes eget liv. Även missbruk av alkohol och/eller droger samt upplevelser av

trötthet hos vårdgivaren ökar risken att bli utsatt för hot och våld i arbetet (Cooper & Swanson, 2002; Gerberich et al., 2004). Låg grad av medvetenhet om mellanmänniskt samspel är ett hinder för all vård- och omsorgspersonal och kan bidra till att hot- och våldssituationer uppstår. Så är speciellt fallet i samspel med patienter som lider av psykisk ohälsa (Cooper & Swanson, 2002).

Aggression hos patienter är en betydande riskfaktor för hot och våld inom psykiatrisk vård, som vårdgivare bör kunna förutse. Abderhalden och medarbetare (2004) använde Bröset-Violence-Checklist (Almvik & Woods, 1998) för att förutsäga risker för våldsamt beteende hos patienter inom psykiatrisk vård. Genom att bedöma variablerna förvirring, irritabilitet, stökigt beteende, verbala hotelser och attackerande av objekt kan sjuksköterskan snabbt bilda sig en uppfattning om hur stor risken för aggressionsutbrott är. Om värdet på skalan för en viss patient/klient överstiger en viss poäng, indikeras en uppenbar risk för aggressivitet och våldsamt beteende. Tillståndet bör i så fall omedelbart behandlas preventivt, samtidigt som vårdaren planerar hur ett eventuellt aggressivt utbrott ska hanteras. Det finns studier som visar att sjuksköterskor oftare rapporterar våldrelaterade incidenter på arbetsplatsen än vad andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården gör (Fottrell, 1980; Love & Hunter, 1996). Nolan och medarbetare (2001) bekräftar att våldsamma incidenter inom den psykiatriska vården är ett stort arbetsmiljöproblem för sjuksköterskegruppen, som behöver mer uppmärksamhet från arbetsledning, utbildare och forskare. Hög arbetsbelastning och personalbrist är faktorer som kan bidra till stress och tidsbrist i arbetsgruppen och därmed öka risken för hot- och våldssituationer (Menckel & Viitasara, 2002). Många sjuksköterskor inom psykiatrisk vård uppfattar också att våld ingår som en "normal" del av arbetet.

5. Övergripande ansvar – potentiella risker för hot och våld

5.1 Arbetsgivarens övergripande ansvar

Hot och våld på arbetsplatsen har många olika skepnader, och det är därför svårt att med exakthet peka ut alla potentiella risksituationer och tänkbara riskgrupper. Målsättningen måste givetvis vara att ingen ska behöva utsättas för någon situation som inkluderar hot och våld på arbetsplatsen. För att nå det målet är relevant utbildning, dokumenterade säkerhetsrutiner och förebyggande insatser nödvändiga förutsättningar. Det innebär också att all personal måste vara medveten om vilka eventuella risksituationer som finns på arbetsplatsen samt ha fått instruktioner, om hur man ska agera i hot- och våldssituationer. Det ligger i arbetsgivarens ansvar att informera all personal, även nyanställda, praktikanter och studerande, om detta. Arbetsgivaren måste således säkerställa att även tillfällig personal har fått tillräcklig utbildning och information för att klara de arbetsuppgifter de tilldelas och för att kunna förutse och hantera eventuella risksituationer. Arbetsplatsens säkerhetsrutiner måste vara kända för alla arbetstagare som är, eller kan bli, berörda av risker i arbetet, det gäller således även nyanställda, praktikanter och studerande. Arbetsmiljöverket rekommenderar att informationen ges redan samma dag som en person anställs (AFS, 1993:2). Under introduktionstiden för en nyanställd kan det dessutom vara lämpligt med någon form av "fadderverksamhet". I många fall kan företagshälsovården hjälpa till med säkerhetsfrämjande åtgärder, till exempel ge utbildning som avser riskbedömningar samt ge information om hur man ska agera i hot- och våldssituationer (AFS, 1993:2).

Det är även önskvärt att arbetsgivaren erbjuder berörd personal utbildning i konflikthantering och bemötande av personer i kris och/eller upprört tillstånd (AFS, 1993). Enskilda hot- och våldshandlingar kan vara svåra att förutse. Unga och oerfarna vårdare, liksom personal med bristande människokänedom, empati och social kompetens, kan troligen "medverka till" att risksituationer uppstår inom vård och omsorg. Det är därför nödvändigt med utbildning och att dokumenterade säkerhetsrutiner och förebyggande insatser finns. Det är också viktigt att personal som har utsatts för hot och våld på arbetsplatsen får ett snabbt och professionellt omhändertagande och, vid behov, fortsatt stöd. Nedan berörs exempel på potentiella risker på arbetsplatsen; fysisk och/eller verbal aggressivitet, maktlöshet och beroendeställning, påverkan av alkohol, narkotika och läkemedel, ambulanstransport och intoxikationer samt arbete i vårdtagarens hem, ensamarbete och hembesök.

5.2 Fysisk och/eller verbal aggressivitet

Äldre förvirrade patienter med demenssjukdom eller annan kognitiv nedsättning kan vara fysiskt och/eller verbalt aggressiva och rikta sin ilska, irritation eller frustration mot sina vårdgivare. Forskning har visat att det är en minoritet av äldre patienter inom vård och omsorg, som svarar för en majoritet av de incidenter som uppstår (t.ex. Almvik et al., 2006). Samtidigt bör uppmärksammas att möjligheten är stor att hot och våld har underrapporterats. De flesta som arbetar inom hemtjänst, hemsjukvård och annan äldreomsorg har erfarenhet av fysiskt våld från boende, som är förvirrade, aggressiva och/eller lider av demenssjukdom. Dessa incidenter av fysiskt våld, till exempel att bli klöst, sparkad eller få handleden omvriden, rapporteras sällan som våld. För att minska

riskerna för våld är det viktigt att personalen är lyhörd, har tillräcklig erfarenhet och god empatisk förmåga, eller "fingertoppskänsla", för att kunna identifiera och hantera riskbeteenden och risksituationer. Beteenden som indikerar upprördhet hos patienten, och därmed signalerar en potentiell risksituation, kan vara ett högt tonfall, en spänd hållning eller oro samt svårigheter att sitta stilla. Andra tecken kan vara att patienter, klienter och vårdtagare har (kända) erfarenheter av tidigare motgångar och därför kan ha låg frustrationströskel. Patienter som uppvisar ett aggressivt beteende, utgör en signifikant stressfaktor för hälso- och sjukvårdspersonalen (Rodney, 2000).

5.3 Maktlöshet och beroendeställning

Ofta uppstår hotsituationer när patienter/klienter står i beroendeställning till den eller de som ger dem vård och omsorg. Patienter/klienter kan i sådana situationer känna sig vara i underläge och uppleva att deras integritet hotas av maktlöshet, beroendeställning, sjukdom och vård. För att skydda sig själva kan de därför i en sådan situation uppträda hotfullt, upprört och arrogant. En annan källa till frustration är att vårdtagare kan uppleva sig ha blivit förorättade av myndighetspersoner, och att det har fattats felaktiga beslut som rör dem utan att de varit delaktiga. Sådana kränkande situationer kan resultera i att trakasserier, hot eller våld riktas mot personalen. Denna typ av situationer bemöts bäst genom att vårdgivaren uppträder på ett lugnt och respektfullt sätt (Menckel, 2000). Allt vård - och omsorgsarbete bygger på medmänsklighet, empati och respektfullt bemötande, vilket innebär att ett professionellt förhållningssätt krävs inom vård och omsorg (SKTF, 2011). För att förebygga att hot- och våldssituationer uppstår är det viktigt att vård- och omsorgsgivare bemöter klienter, patienter eller omsorgstagare på ett empatiskt och respektfullt sätt. Det är också betydelsefullt att låta en hotfull person få "tala till punkt" och att verkligen lyssna på vad det är han/hon vill förmedla. Inom vård och omsorg förekommer det ibland att patienter, klienter eller vårdtagare vårdas oberoende av sin egen vilja. Ibland inträffar det också att sanktioner och begränsningar används på sätt som inte är acceptabla för patient, klient eller vårdtagare, vilket kan vara kränkande, hotfullt eller upprörande för honom/henne. Sådana situationer kan utvecklas till potentiella risksituationer för hot och våld.

5.4 Påverkan av alkohol, narkotika och läkemedel

Det finns en ökad risk för hot och våld på grund av att patienter, klienter och vårdtagare är aggressiva och våldsbenägna till följd av berusning eller psykisk ohälsa (AFS, 1993). Hot och våld inom psykiatri och missbruksvård är vanligt förekommande och anmälningsstendensen har ökat under senare år. Våldet är ofta allvarligare i dessa grupper eftersom patienter, klienter eller vårdtagare vanligen är yngre och starkare än andra patient- och klientgrupper. I kontakter med aggressiva och våldsbenägna patienter, klienter och vårdtagare, speciellt om de inte tidigare är kända för vårdgivarna, är det viktigt att vara extra uppmärksam och lyhörd samt vidta förebyggande åtgärder. En vårdgivare bör i ett sådant sammanhang inte arbeta ensam, alltid tänka på att placera sig nära utgången från rummet, "att ha ryggen fri", och att ha en mobiltelefon eller ett larm lätt tillgänglig. Vid vårdintygsbedömning av en drogpåverkad och aggressiv person är det möjligt att få biträde och stöd av polis om behov av detta anses föreligga. Hembesök hos patienter, klienter och vårdtagare med missbruksproblem, bör i möjligaste mån undvikas och ersättas med möte på arbetsplatsen eller på lämplig institution. Inom psykiatrisk tvångsvård och missbrukarvård enligt Lagen för vård av

missbrukare (LVM, 1991) finns möjlighet att genomföra åtgärder som visitering och avskiljande av patienten för att förhindra och/eller bryta allvarliga våldssituationer (LVM, 1991).

5.5 Ambulanstransport och intoxikation

Ambulanspersonal får ofta begränsad information om patientens tillstånd vid en uttryckning. Vid ankomsten till olycksplatsen är det därför alltid viktigt att snabbt göra en bedömning av patientens allmäntillstånd samt av risken för en möjlig våldssituation (AV, 2006). Vid ambulansförflyttning av en intoxikerad patient, vilket är en allt vanligare uppgift inom akutsjukvården, finns en förhöjd risk för hot och våld. Intoxikerade patienter, speciellt om det rör sig om GHB-preparat, kan vara mycket oberäknliga och snabbt pendla mellan ett tillstånd av djup medvetslöshet och ett aggressivt tillstånd (Gunnarsson & Lindh, 2010). När en våldssituation uppstår under en transport befinner sig patienten och vårdaren i ett mycket trångt utrymme, ofta med små möjligheter att skapa fysiskt avstånd dem emellan. Därför kan det inledningsvis också vara lämpligt att försäkra sig om att patienten inte bär något dolt vapen (Gunnarsson & Lindh, 2010). En annan potentiell risksituation uppstår när ambulanspersonal förnekar patienten någonting som han/hon vill ha eller kräver något av patienten som han/hon inte accepterar. Detta kan resultera i känslor av maktlöshet och utsatthet hos patienten, vilket kan "trigga igång" aggressivitet och en våldssituation riktad mot ambulanspersonalen. Vårdpersonal på akutmottagningar kan också utsättas för hot och våld när de tar emot och försöker lugna aggressiva och berusade patienter. Vårdgivaren befinner sig generellt sett i en maktposition gentemot patienten, vilket kan upplevas som frustrerande för patienten. Detta kan i sin tur leda till att patienten uppträder hotfullt eller våldsamt för att "skrämmas" och på så sätt få sin vilja igenom. I en sådan situation krävs inlevelse och att eventuellt gå patienten delvis till mötes för att inte öka frustrationen och "trappa upp" konflikten. Bemötandet och samspelet mellan vårdgivare och vårdtagare spelar ofta en mycket stor roll för hur en hotfull situation utvecklar sig.

5.6 Arbete i vårdtagares hem, ensamarbete och hembesök

Vid ensamarbete och arbete i enskilt hem måste arbetstagarens personliga förutsättningar, utbildning och erfarenheter beaktas speciellt omsorgsfullt, då vårdtagare och vårdgivare kommer i mycket nära kontakt med varandra. Några tänkbara riskfaktorer vid vård- och omsorgsarbete i en vårdtagares hem är opraktiska och/eller dåliga arbetsställningar, psykisk press, tidspress samt hot och våld. De oftast anmälda skadorna är belastningsskador, känslor av otillräcklighet och psykisk belastning, vilket också upplevs av vårdgivarna som de största svårigheterna i arbetet i vårdtagares hem. Enligt Arbetsmiljöverket är anställda inom social omsorg en av de yrkesgrupper där psykiskt påfrestande ensamarbete är vanligast förekommande. Inom omsorgen om äldre personer samt personer med funktionsnedsättning är ensamarbete vanligast under kvälls- och nattetid, medan personliga assistenter och vårdare inom psykiatri och hemtjänst arbetar ensamma även under dagtid. Vårdtagare/brukare kan av olika orsaker bli aggressiva, förvirrade, ledsna och/eller lida av psykiska problem, vilket kan utgöra potentiella risker vid ensamarbete eller arbete i vårdtagares hem.

I vården av och omsorgen om personer med demenssjukdom kan hot och våld vara ett dagligt inslag. Även inom psykiatrisk vård och vid personlig assistans av personer är hot och våld vid ensamarbete vanligt förekommande. Personliga assistenter, som står vårdtagaren mycket nära, kan även bli tillfrågade om sexuella tjänster eller om hjälp att få tillgång till pornografiska bilder, att dricka alkohol eller att få möjlighet att röka. De största riskerna vid ensamarbete är således hot, våld, känslor av otillräcklighet, isolering och risken för sexuellt ofredande. Fysisk överbelastning vid förflyttningar av vårdtagare/brukare är också förhöjd vid ensamarbete. Enligt LSS garanteras personer med omfattande och varaktiga funktionshinder goda levnadsvillkor och den hjälp de behöver i det dagliga livet. Boende i gruppboenden ska kunna påverka vilket stöd, hjälp och service de vill ha. Målet är att de ska kunna leva sitt liv i enlighet med sina egna önskemål, i likhet med andra människor. Vårdgivaren måste lyssna till hur den boende vill leva sitt liv och stödja honom/henne i denna process så långt som det är möjligt. Att arbeta i en annan människas bostad eller i en gruppboende, kräver att vårdgivaren visar ett respektfullt bemötande så att vårdtagaren kan bevara sin självkänsla, sitt självbestämmande och sin värdighet. Risk för hot och våld kan uppstå om vårdtagaren upplever att det brister i dessa avseenden och att han/hon inte blir respekterad och lyssnad på.

6. Konsekvenser av hot och våld

Hot och våld från patienter/vårdtagare, riktat mot anställda inom vård och omsorg, har många konsekvenser. Nedan kommer att beskrivas fysiska och psykiska konsekvenser för den drabbade vårdgivaren, konsekvenser för arbetsmiljön och arbetsgruppen samt ekonomiska konsekvenser för hälso-och sjukvården.

6.1 Fysiska konsekvenser

Olika yrkesgrupper och olika personer har olika uppfattningar och gränser för vad de betraktar som hot och våld på arbetsplatsen. Om en anställd inom vård- och omsorgsområdet blir utsatt för hot eller våld på sin arbetsplats är det individuellt om, hur och när han/hon reagerar (Sandström, 1996). Många reagerar med stressymptom såsom osäkerhet, sömnstörningar och rädsla. Andra kan reagera med ilska och tillrättavisa den aggressive/aggressiva vårdtagaren eller genom att försöka avleda hans/hennes tankegångar. Speciellt inom geriatrik/äldreomsorg och psykiatri är det inte så ovanligt att vårdgivare kan få slag, nyp och bett av patienter som till exempel lider av demenssjukdom eller andra kognitiva störningar och då särskilt vid personlig omvårdnad eller kroppskontakt som innebär ett intrång i patientens personliga sfär. Mörkertalet är troligen stort vad gäller den faktiska förekomsten, eller prevalensen, av hot och våld inom vård och omsorg. Det finns, enligt både forskning och praktisk erfarenhet, en tendens och möjlig tradition, att endast anmäla hot och våld om en anställd lidit avsevärd fysisk skada av det inträffade och/eller tvingats stanna hemma från arbetet.

I en studie av kommunalt anställda som blivit utsatta för våld på arbetsplatsen (Menckel & Viitasara, 2000) uppger 18 procent att de fått lättare fysiska skador och 0,2 procent att de fått allvarliga fysiska skador av incidenten. Detta innebär att allvarliga fysiska skador endast förekommer i enstaka fall, och det har visat sig att det i stort sett enbart är manliga personliga assistenter och vårdare som drabbats. Studien visade att handläggare inom sociala omsorgsområdet inte har drabbats av hot och våld som föranlett fysiska skador, men 3 procent av dem hade varit sjukskrivna i samband med incidenter av hot och våld på arbetsplatsen. Studien visade också att bland handläggare inom social omsorg var den mest frekvent rapporterade formen av våld i mötet med klienter/vårdtagare av typen klösningar och nypningar och att klienter/vårdtagare knuffat och/eller spottat på sina handläggare. Undersköterskor och vårdare är de yrkesgrupper som oftast varit utsatta för slag från patienter, klienter och vårdtagare, och de har också oftare än andra yrkesgrupper varit utsatta för klösningar och nypningar. Av vårdare, manliga personliga assistenter och undersköterskor uppger sig 40 procent ha blivit knuffade och/eller sparkade av patienter, klienter och vårdtagare. En mer sällsynt, men allvarligare, form av våld och hot är där vapen eller tillhyggen har använts, vilket 27 procent av de manliga personliga assistenterna uppgav sig ha varit utsatta för (Menckel & Viitasara, 2000). I våld- och hotsituationer inom psykiatrisk vård, utsätts mentalskötare och mentalvårdare ofta för ilska från vårdtagare, som vanligen är både yngre och starkare än andra patientgrupper (AFA Försäkring, 2011).

6.2 Psykiska konsekvenser

Mörkertalet är mycket stort när det gäller hot och våld, som resulterar i negativa psykologiska konsekvenser för en vårdgivare. Formell statistik saknas eftersom hot och våld som inte har fysiska konsekvenser, så gott som aldrig anmäls. De flesta

anmälningarna av hot och våld på arbetsplatsen som görs, anmäls av sjuksköterskor (Fottrell, 1980; Holden, 1985; Love & Hunter, 1996). Rädsla för att komma att utsättas för våld är en signifikant stressor inom denna yrkesgrupp (Leary & Brown, 1995).

Forskning har visat att emotionella reaktioner hos vårdpersonal som har utsatts för hot eller våld främst handlar om förvåning, aggression och avsky mot patienten i fråga. Skuld-känslor hos den vårdgivare som utsatts förekommer också, och kan förklaras av att han/hon tror sig ha förorsakat incidenten (Ryan & Poster, 1989). Även känslor av maktlöshet och rädsla hos vårdgivare som utsatts för hot och/eller våld har beskrivits (Åström et al., 2004). Studien av Åström och hans medarbetare visade också att en tredjedel av den vårdpersonal som blivit utsatt för hot och våld i sin yrkesutövning upplevde aggression, och en fjärdedel upplevde antipati mot de vårdtagare som hade utsatt dem för hot eller våld. I situationen av hot eller våld upplevde vårdgivaren känslor av rädsla, fruktan och maktlöshet. Dessa känslor slog sedan tillbaka på vårdtagaren genom att vårdgivaren efteråt kände antipati mot honom/henne.

Menckel och Viitasara (2000) fann i en studie att av dem som blivit utsatta för hot och våld på sina arbetsplatser inom vård och omsorg, upplevde 42 procent ilska, 39 procent irritation, 36 procent var ledsna och 35 procent var frustrerade i efterförloppet. Känslor av ilska och irritation var ungefär lika vanliga i alla yrkesgrupper, medan handläggare och kvinnliga personliga assistenter oftare än andra kände sig ledsna. För manliga personliga assistenter och undersköterskor var det vanligt att känna frustration. Känslor av besvikelse var vanligast bland manliga personliga assistenter och handläggare, medan arbetsledare och kvinnliga personliga assistenter kände sig kränkta av hot- och våldsincidenterna. Vanliga omedelbara reaktioner på traumatiska händelser som rapporterats i studien var hjärtklappning, svettningar och illamående. Flera som blivit utsatta för hot och våld i sitt arbete rapporterade att de känt sig paralyserade medan andra reagerade med ilska och genom att gå till motattack.

Ofta upplever personal som bevittnat en våldsincident att de blivit mer uppskakade av händelsen än vad våldsoffret blivit. Att bli utsatt för hot och våld kan också väcka upp känslor av tidigare svåra upplevelser, som till exempel att ha blivit rånad eller utsatt för misshandel. Hos vissa personer kan händelsen leda till social fobi och en rädsla att återgå till arbetet. Ångest, som kan uppstå efter en våldsincident, kan också få psykosomatiska uttryck, till exempel som huvudvärk eller magbesvär (Rinnan & Sylwan, 2000). Hur en person reagerar under och efter hot- eller våldsincidenter på arbetsplatsen är högst individuellt och beror bland annat på omständigheterna och händelseförloppet i sig, hur förberedd personen var på att något sådant skulle kunna inträffa och om personen hade tidigare erfarenheter av liknande situationer. Vetskapen om att risker finns att utsättas för hot och våld i arbetet kan i sig innebära en psykisk press för den anställde (ASF, 1993).

6.3 Konsekvenser för arbetsmiljön

Mörkertalet är, som tidigare nämnts, stort när det gäller förekomsten av hot och våld inom vård och omsorg. 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. En situation där en patient, klient eller vårdtagare riktat hot eller våld mot en vårdgivare, riskerar att påverka de anställda i deras fortsatta arbete både med den aktuella vårdtagaren och med andra vårdtagare. Över hälften av de anställda inom vård och omsorg, i synnerhet undersköterskor, vårdare, vårdbiträden och personliga assistenter som varit utsatta för hot- och våldssituationer på sina arbetsplatser, har blivit mer försiktiga och på sin vakt

efter det att incidenten ägde rum (Menckel & Viitasara, 2000). Andra, främst arbetsledare, specialister och handläggare, upplever att händelsen inte påverkat deras yrkesutövning, medan arbetsglädjen har minskat för en fjärdedel. Den minskade arbetsglädjen var särskilt framträdande bland de personliga assistenterna. Långvarigt psykiskt påfrestande arbetsförhållanden kan ge upphov till olika försvarsstrategier i personalgruppen. Dessa strategier kan bestå i att arbetet med den "besvärlige" omsorgstagaren delas upp på flera anställda och att deras engagemang i omsorgstagarna minskas. Ansvar för den uppkomna situationen bollas mellan olika "nivåer" med hopp om att problemet på så sätt ska "försvinna". En annan försvarsstrategi är att lägga skulden på någon annan och nedvärdera dennes arbetsinsats för att upprätthålla bilden av sin egen kompetens. Detta innebär risk för att osämja ska uppstå i arbetsgruppen. Ytterligare en strategi är att de anställda distanserar sig från vårdtagarna och skapar en gemenskap inom personalgruppen genom en hård och cynisk jargong i samspelet med vårdtagarna (Rinnan & Sylwan, 2000).

6.4 Ekonomiska konsekvenser

En arbetsplats drabbas hårt av ekonomiska konsekvenser efter hot- och våldssituationer, som riktats mot de anställda. En negativ konsekvens är att vårdgivarnas motivation att även fortsättningsvis utföra ett högkvalitativt arbete inom vård och omsorg hotar att sjunka. Då stress, sömnsvårigheter och oro kan följa i spåren efter incidenter av hot och våld på arbetsplatsen, så finns det risk att även sjukskrivningarna ökar. Fler sjukskrivningsdagar i kombination med försämrade vårdkvalitet innebär på sikt ekonomiska konsekvenser. Vårdpersonal som har utsatts för hot- och våldssituationer på arbetsplatsen, överväger ofta att lämna sitt yrke på grund av psykologiska konsekvenser som rädsla och olust. Det har visat sig att de också ofta genomför detta beslut i praktiken (Ito et al., 2001; Sofield & Salmon, 2003). Givetvis är dessa förluster av kvalificerad och erfaren vårdpersonal ett stort problem för vård- och omsorgssektorn, då kompetent personal är en nödvändighet för en kvalitativt god vård och omsorg (Jackson et al., 2002). Om en arbetsplats inom vård- och omsorgsområdet vid upprepade tillfällen drabbas av hot- och våldssituationer riktade mot personalen, kan det dessutom bli allt svårare att rekrytera ny personal. Sammantaget kan man säga att hot och våld på arbetsplatser inom vård och omsorg försämrar arbetstrivsel, ekonomi och vårdkvalitet.

7. Förebyggande arbete mot hot, våld inom vård och omsorg

Arbetsmiljön är ytterst arbetsgivarens ansvar. Arbetsgivaren är skyldig att planera, genomföra och följa upp arbetsmiljöarbetet. I det förebyggande arbetet ingår inventering och bedömning av risker, att utarbeta handlingsplaner, att öka medvetenheten om risker hos de anställda, att se till att de anställda har tillräckligt med tid för att utföra sitt arbete, att se till att handledning erbjuds de anställda vid behov och att se till att larmutrustning finns tillgänglig och fungerar. Mobbning bland personalen ska också förebyggas och en nolltolerans av mobbning bör vara ett mål.

7.1 Inventera och bedöma risker

Risker för hot och våld på arbetsplatsen är inte alltid genast uppenbara. När det gäller arbete inom vård och omsorg finns betydande risker för att hot och våld kan uppstå, till exempel på geriatriska och psykiatriska avdelningar samt vid ambulanstransporter och på akutmottagningar. Därför ska, enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter (AFS, 1993:2), arbetsgivaren närmare utreda vilka riskerna för våld och hot är samt vidta de åtgärder som krävs. Arbetsmiljöverkets föreskrifter är tvingande för arbetsgivaren. Arbetet ska anordnas så att riskerna, så långt som det är möjligt, kan förebyggas. Detta innebär att risker för hot och våld ska bedömas både för arbetsplatsen som helhet och för enskilda arbetssituationer på arbetsplatsen. Arbete som kan innebära risk för hot eller våld för arbetstagaren ska kringgärdas med särskilda säkerhetsrutiner. Det är också ett krav att arbetstagarna snabbt ska kunna kalla på hjälp om en hot- eller våldssituation inträffar. Om en hot eller våldssituation inträffat, ska händelsen utredas och dokumenteras och arbetstagaren ska skyndsamt få den hjälp och det stöd som han/hon behöver.

För att leva upp till Arbetsmiljöverkets föreskrifter ska regelbundna undersökningar av aktuella arbetsförhållanden ske på arbetsplatsen, till exempel genom skyddsronder, personalmöten, medarbetarsamtal, enkäter eller intervjuer med arbetstagare och skyddsombud (www.av.se, Riskbedömning, 2011). Faktorer som ska vägas in i en riskbedömning är uppgifter om på vilka platser och i vilka situationer tidigare hot och våld riktat mot personal har ägt rum. Dessutom ska antalet tidigare incidenter av hot och våld på arbetsplatsen vägas in, liksom tidigare (och eventuell nuvarande) förekomst av mobbning och kränkande särbehandling på arbetsplatsen. Sjukfrånvaro vägs också in i bedömningen liksom omfattningen av ensamarbete, hur schemalagningen ser ut och vilken kunskap personalen har när det gäller säkerhet (www.av.se, Hot och våld, 2011).

7.2 Utarbeta handlingsplaner

Det är viktigt att en riskbedömning leder fram till utveckling av en handlingsplan. Planen ska innehålla uppgifter om vilka åtgärder som ska vidtas vid olika typer av risker, när planen ska vara genomförd och vem som ska ansvara för att detta sker (www.av.se, Riskbedömning, 2011). I Socialstyrelsens tillsynsrapport för 2011 framgår, att vid vård av barn och unga i särskilt boende finns säkerhetsrutiner för hur man agerar när våldsincidenter inträffar i praktiken. Det visade sig att endast 30 procent av de undersökta verksamheterna hade utarbetade rutiner för att förebygga hot- och våldshändelser, men att utvecklingen hade varit mer positiv under de senare åren. Det uppmärksammades dock att säkerhetsrutinerna vid hot och våldssituationer kunde vara

integritetskränkande för ungdomar i särskilt boende och att detta skedde utan stöd i lagtexten. Socialstyrelsen har begärt att en del av verksamheterna (37 procent) ska åtgärda säkerhetsbrister som påträffats. Tidigare har flera verksamheter kritiserats för att använda otillåtna metoder vid konflikter med ungdomar i särskilt boende, men detta har nu förbättrats. I vissa fall har personalen fått kompetenshöjande utbildning. LSS-boenden skulle behöva förbättra sina rutiner och metoder för att förebygga hot och våld. Alla insatser enligt LSS ska dock bygga på frivillighet, och därför är möjligheterna små att genom tvingande åtgärder förebygga eller avvärja hot och våld.

7.3 Öka medvetenheten om risker

Utbildning av personal, och därmed ökad medvetenhet om säkerhetstänkande och potentiella risksituationer när det gäller hot och våld, är fortfarande eftersatt på många arbetsplatser. Alla anställda ska ha fått tillräcklig utbildning för att kunna genomföra sitt arbete på ett tryggt och säkert sätt. Abderhalden och medarbetare (2004) rapporterar från forskning inom vård och omsorg om "tecken" från patienter, klienter och vårdtagare som varslar om att en hot- eller våldsincident är nära förestående. Dessa "tecken" från en presumtiv våldsutövare kan vara förvirring, irritation samt verbala och fysiska hot. Om en eller flera av dessa signaler observeras hos en patient, klient eller vårdtagare, bör vårdgivare vidta åtgärder för att förhindra en potentiell hot- eller våldshändelse, menar forskarna. De åtgärder som lämpligen bör användas är att försöka lugna patienten/klienten och avleda hans/hennes uppmärksamhet från det som är provocerande eller kränkande. Över 12 procent av dem som drabbats av hot och våld i sin yrkesutövning upplevde att det hela skett oprovocerat och i situationer, som de inte bedömde hade inneburit någon kränkning av vårdtagarens integritet (Åström et al., 2004). Denna uppfattning kan givetvis överensstämma med förhållanden i verkligheten, men kan också vara ett tecken på att vårdgivare är omedvetna om vilka signaler, som upplevs som provocerande av vårdtagare, som de själva sänder ut. Mer än 80 procent av den vårdpersonal som drabbats av hot- och våld i sitt arbete, upplevde att vårdtagare medvetet och även planerat hade utsatt dem för våld eller hot (Åström et al., 2004). Inom psykiatrisk vård är våldet ofta grövre, till exempel sparkar och slag, då patienterna ofta är både yngre och fysiskt starkare än inom geriatrisk vård. Även personal på akutmottagningar kan vara utsatta för grövre våld.

7.4 Erbjuder tillräckligt med tid att genomföra arbetet

Sjuksköterskor, undersköterskor, vårdbiträden, mentalskötare och flera andra yrkesgrupper inom vård och omsorg ansvarar för patienters, klienters och vårdtagares personliga omvårdnad, till exempel duschning, intimhygien samt av- och påklädning. Ett sätt att förhindra att hot- och våldssituationer uppstår vid daglig personlig omvårdnad och omsorg av vårdtagare, är att vårdgivaren har tillräckligt med tid för att genomföra uppgiften (Åström et al., 2004). Det borde vara en självklarhet i vården och omsorgen att den dagliga omvårdnaden av patienter/klienter, som behöver hjälp med sin personliga hygien, ska kunna få den hjälpen under värdiga förhållanden, det vill säga utan att hans/hennes integritet blir kränkt. Även tekniska hjälpmedel och goda kunskaper i kommunikation och konflikthantering är värdefulla hjälpmedel, som kan minska risken för hot och våld. Troligen genomförs en stor del av den personliga omvårdnaden av patienter, klienter och vårdtagare idag under betydande tidsbrist. I

LSS står det att "den personal ska finnas som behövs för att ge en god vård", vilket bör gälla för all vård och omsorg.

7.5 Erbjudna handledning

Handledning är en nödvändighet för personal som arbetar med utagerande, aggressiva och psykiskt sjuka patienter, klienter och vårdtagare. Om arbetet innebär risk för återkommande hot och våld, till exempel klientarbete inom vård och omsorg, ska de anställda få särskilt stöd och regelbunden handledning (AFS, 1993:2). Genom att påverka samspelet mellan vårdgivare och vårdtagare kan risker för våld och hot förebyggas. Genom diskussioner och handledning av kompetent och erfaren handledare kan de enskilda vårdgivarnas medvetenhet, lyhördhet och ödmjukhet när det gäller risksituationer stärkas. Socialstyrelsen har i sin tillsynsverksamhet uppmärksammat att personal inom LSS-verksamhet får otillräcklig handledning i sitt yrkesutövande. Inom den psykiatriska vården förekommer det att tvångsåtgärder används alltför ofta vid konflikter. Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att informera och utbilda personal om när och hur tvångsåtgärder bör användas (Socialstyrelsen, Tillsynsrapport Hälsa- och sjukvård och socialtjänst, 2011). Även personal inom äldreomsorgen uppger att de skulle vilja ha tillgång till sjuksköterska för handledning i större omfattning än vad som sker idag (Socialstyrelsen, Tillsynsrapport, Hälsa- och sjukvården och socialtjänst, 2011). Almvik och medarbetare (2006) undersökte förekomsten av aggressivt beteende hos 82 patienter på två psykiatriska avdelningar. Forskargruppen fann att 32 av de 82 patienterna (39 procent), 19 män och 13 kvinnor, rapporterades vara aggressiva (violenta) under en 3-månaders period. Patienterna genererade tillsammans 210 aggressiva incidenter. Av personalen rapporterade 40 procent, att de upplevde sig hotade av patienterna i samband med incidenterna och en av dem behövde läkarvård för sina skador.

7.6 Erbjudna tillgång till larm

Enligt AFS 1993:2 ska arbetsgivaren se till att det finns larmutrustning där så krävs för säkerheten. Det ska finnas fastställda rutiner för vem som ska ta emot ett larm och vilka åtgärder som ska vidtas när larmet har utlösts. Larmet måste givetvis underhållas och kontrolleras. Om elektroniskt larm finns på en arbetsplats ska det regelbundet testas, och arbetstagarna ska övas i vad som ska göras när larmet utlöses (www.sktf.se, Hot och våld, 2011). Medvetenheten om risker för hot och våld inom vård och omsorg har ökat under senare år, och införandet av larmsystem har bidragit till att öka känslan av säkerhet. Vid ensamarbete och arbete med våldsbenägna patienter, klienter och vårdtagare är det särskilt viktigt att risker för hot och våld beaktas och hur vårdgivaren vid behov ska kunna få hjälp och stöd. Ett larmsystem kan då vara en "livlina" till den medarbetare, som är satt att ta emot larm och sätta igång de åtgärder som ska vidtas när ett larm utlöses.

7.7 Förhindra mobbning och kränkande särbehandling

Mobbning är ett komplext flerdimensionellt fenomen, som berör organisation, ledarskap, kommunikation, konflikthantering, psykosocial arbetsmiljö och de inblandades personligheter (Hallberg & Strandmark, 2004). Mobbning bland personal inom vård och omsorg kan förebyggas genom satsningar på dessa områden, dvs. det som utgör

arbetsmiljön i bred bemärkelse. Hög arbetsbelastning, upplevd otillräcklighet och begränsade rutiner skapar i kombination med ett svagt och otydligt ledarskap de basala förutsättningarna för att mobbning ska kunna initieras på en arbetsplats. Mobbning börjar ofta med en värdekonflikt, till exempel olika syn på hur god omvårdnad ska ges och kan övergå i en långdragen maktkamp. Om konflikten inte kan lösas eller hanteras, övergår den i systematisk mobbning. Ofta är det personer som av någon anledning avviker från arbetsgruppens homogenitet som utsätts för mobbningen, till exempel starka, drivande och kompetenta personer. Målet med mobbningen är att "stöta bort" den "avvikande" personen från arbetsplatsen. De strategier som används i mobbningen är till exempel förtal, ryktesspridning, svek, osynliggörande och kränkningar. En chef som är osäker i sin roll kan välja att "inte se" vad som pågår på arbetsplatsen. Genom detta förfarande uppmuntrar och sanktionerar chefen mobbningen, då arbetsplatskulturen och de oskrivna reglerna på arbetsplatsen formas av vad chefen gör eller det han/hon inte gör. Det som krävs för att kunna lösa eller hantera konflikter och därmed förhindra mobbning på arbetsplatsen, är kunskap om hur mobbning "ser ut", vilja och mod att säga ifrån att mobbning inte är önskvärd. Nolltolerans mot mobbning borde vara en självklarhet, speciellt inom människovårdande verksamheter som vård och omsorg. Detta tycks dock inte vara fallet idag, men det måste vara ett mål. På en hälsofrämjande arbetsplats ska de anställdas personliga färdigheter utvecklas med hjälp av gynnsamma betingelser. Ohälsosamma vanor och normer kan brytas genom att de inblandade blir medvetna om vad som pågår på arbetsplatsen.

8. Konklusioner och rekommendationer

Konklusionen av denna kunskapsöversikt är att omfattande åtgärder behöver vidtas för att minimera riskerna för att hot och våld riktas mot personalen inom vård och omsorg. Bristande tid för kärnverksamheten, vård och omsorg av sårbara, sjuka och äldre patienter, klienter och vårdtagare, är en starkt bidragande faktor i sammanhanget. För att påverka situationen i positiv riktning, handlar det om att radikalt förändra fördelningen av de befintliga resurserna för att ge mer tid till kärnverksamheten på bekostnad av en åtstramning av den administrativa verksamheten, som fått en helt orealistisk omfattning. Förutom radikala organisatoriska förändringar föreslås förändringar när det gäller tillsättning av mellanchefer inom vård och omsorg, kunskapsutskott för personalen i form av återkommande utbildning och kontinuerlig handledning samt ett bemötande av patienter, klienter och vårdtagare som präglas av ett respektfullt bemötande och mer tid för vård- och omsorgsarbete.

8.1 Organisatoriska åtgärder

Att anställa fler personer inom vård och omsorgssektorn vore naturligtvis önskvärt med tanke på den äldre befolkningen, med allt vad det innebär i form av ohälsa och sårbarhet och den ökande förekomsten av hot och våld mot personal inom vård och omsorg. Troligen bidrar personalens ökande arbetsbelastning, bristande tid och bemötande till otrygghet och frustration hos patienter, klienter och vårdtagare. Nyanställningar är dock i nuläget utopiskt, då ökad resurstilldelning från gemensamma skattemedel troligen inte är tänkbar. Därför måste vård- och omsorgssektorns befintliga resurser omfördelas på ett radikalt sätt för att optimera vård och omsorg och samtidigt minska riskerna för hot och våld. Dagens vård- och omsorgsverksamhet har en betydande och upprörande obalans mellan kärnverksamheten (vård och omsorg) och administrativ verksamhet (t.ex. dokumentation). Kärnverksamheten måste tillföras mer av de gemensamma resurserna, personella och ekonomiska, på bekostnad av en betydligt åtstramad administration. Idag är den administrativa verksamheten inom vård och omsorg alltför resurskrävande, både personellt och ekonomiskt. Med hänsyn tagen till den ekonomiska situationen i samhället, kan det knappast vara motiverat att lägga så stor tyngd på administrativ verksamhet, till exempel dokumentation, mötesverksamhet och konferenser, på bekostnad av en otillräcklig tid för basala insatser inom kärnverksamheten, dvs. vård och omsorg av sårbara, sjuka och äldre människor. Som ett led i att förebygga hot och våld inom vård och omsorg behövs fler människor i vården, vilket måste ske på bekostnad av en minskad administrativ verksamhet.

8.2 Ledarskapsåtgärder

Idag är många så kallade mellanchefer inom vård och omsorg utbildade sjuksköterskor eller socialsekreterare med lång klinisk erfarenhet från vård- och omsorgsarbete. Man kan utgå från att dessa mellanchefer har en betydande klinisk kompetens inom sitt yrkesområde, dvs. inom omvårdnads- eller omsorgsområdet och är experter och föredömen när det gäller den praktiska verksamheten inom vård och omsorg. I deras grundutbildning ingår enstaka kurser om organisation och ledarskap, men ofta saknar dessa mellanchefer mer avancerad ledarskapsutbildning. Det torde inte vara helt nödvändigt att en chef/ledare inom vård och/eller omsorg är utbildad sjuksköterska

eller socionom. Snarare borde de mest erfarna sjuksköterskorna och socionomerna vara ämnesexperter och föredömen inom den praktiska vård- och omsorgsverksamheten. Det vore mer önskvärt, att mellanchefer inom vård och omsorg hade en utbildningsbakgrund från organisation- och ledarskapsområdet, till exempel personaladministrativt program på universitetsnivå. För att minska förekomsten av hot och våld inom vård och omsorg så krävs starka, tydliga och kunniga chefer, som är utbildade för att organisera och leda arbetet på en arbetsplats samt verka för en kreativ och psykosocialt god arbetsmiljö. Specifik och gedigen ämneskunskap i praktisk omvårdnad, vård och omsorg ska naturligtvis finnas hos den anställda vård- och omsorgspersonalen.

8.3 Kunskapstillskott

Idag finns brister hos personalen när det gäller utbildning och kunskap om hur man agerar för att motverka eller förhindra hot och våldssituationer inom vård och omsorgsverksamhet. På regelbunden basis måste personal, dvs. nyanställda, fast anställd personal, vikarier, studenter och praktikanter, ges möjlighet att under schemalagd arbetstid informeras, utbildas och vidareutbildas i säkerhetstänkande, potentiella risker och agerande när det gäller hot och våld på arbetsplatsen. Påpekas bör vikten av att nyanställda, vikarier, studenter och praktikanter får en grundläggande utbildning i hur man motverkar och hanterar hot och våld redan innan de påbörjar sin anställning. Kommunikationskunskap, bemötande och konflikthantering är andra områden som har stor betydelse för att minimera riskerna och hantera uppkomna situationer med hot och våld på arbetsplatsen. Fortbildning inom dessa områden torde bidra till att öka empatisk förmåga, social kompetens och handlingsberedskap hos de anställda samt förhoppningsvis minska riskerna för att hot- och våldssituationer ska uppstå i vård- och omsorgssammanhang.

8.4Handledning

Enligt arbetsmiljölagen är arbetsgivaren skyldig att erbjuda handledning för personalen efter att en hot- och våldssituation inträffat på arbetsplatsen. Ofta brister dock arbetsgivaren i detta åtagande. Hot och våldssituationer leder oftast bara till informella samtal kollegor emellan. För att hantera eventuellt uppkomna hot- och våldssituationer samt förhindra nya sådana situationer, vore det önskvärt om de anställda erbjöds regelbunden handledning. En erfaren person, till exempel psykolog eller pedagog, kan fungera som handledare och gruppen kan ges möjlighet att diskutera hur hot och våldssituationer kan uppstå, hur de kan förhindras och hur en uppkommen situation kan hanteras. Diskussionerna kan bygga på fiktiva eller verkliga fallbeskrivningar.

8.5 Respektfullt bemötande – mer tid för vård- och omsorgsarbete

Det är väl känt att vård och omsorg präglas av en betydande tidsbrist på grund av en stor patient- och klienttillströmning och en för ändamålet otillräcklig personalstyrka. Tidsbristen får konsekvenser för bemötandet av vård- och omsorgssökande, där empati, lyhördhet och respekt kunde vara mer framträdande. Vård och omsorg ingår i vårt gemensamma offentliga välfärdssystem och är avsett för oss alla, när vi av någon anledning är i behov av vård och omsorg. Som ett led i att förbättra klimatet inom vård

och omsorg, och indirekt även förebygga hot och våld inom vård och omsorg, behöver bemötandet gentemot patienter och klienter förbättras. Det som föreslås är att ett mer respektfullt bemötande ska prägla mötet med patienter, klienter och vårdtagare inom vård och omsorg. Detta innebär att mötet med patienter, klienter och vårdtagare ska bygga på en positiv människosyn, lyhördhet, respekt och empati. Genom att låta ett mer respektfullt bemötande genomsyra verksamheten inom vård och omsorg, vilket givetvis kräver mer tid från personalens sida, är förhoppningen att potentiella hot- och våldssituationer kan minimeras. I kombination med en reducerad administrativ arbetsbörda, vilket också föreslås (se ovan), får personalen också mer tid att disponera på kärnverksamheten, dvs. vård och omsorg av sårbara, sjuka och åldrande människor.

Referenser

- Abderhalden C., Needham I., Miserez B., Almvik R., Dassen T., Haug H.J. & Fischer J.E. (2004). *Predicting inpatient violence in acute psychiatric wards using the Broset-Violence-Checklist: a multicentre prospective cohort study*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing vol 11 4, 422-427.
- AFA försäkring (2010). *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro*. Stockholm: AFA försäkring.
- AFA försäkring (2011). *Allvarliga arbetsskador och långvarig sjukfrånvaro*. Stockholm: AFA försäkring.
- AFA Försäkring (2011). *Rapport om hot och våld bland kommun- och landstingsanställda 2005-2009*. Stockholm: AFA Försäkring.
- AFS 1982:3 *Kungörelse med föreskrifter om ensamarbete*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- AFS 1993:17 *Kungörelse med föreskrifter om åtgärder mot kränkande särbehandling i arbetslivet samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- AFS 1993:2 *Kungörelse med föreskrifter om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- AFS 1996:1 *Kungörelse med föreskrifter om minderåriga samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- AFS 1999:7 *Kungörelse med föreskrifter om första hjälpen och krisstöd*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- AFS 2001:1 *Kungörelse med föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Aldén K. (1999) *Abuse in health care – routines for management of incidents*. Läkartidningen vol 96 34, 3509.
- Almvik R., Rasmussen K. & Woods P. (2006). *Challenging behaviour in the elderly – monitoring violent incidents*. International Journal of Geriatric Psychiatry vol 21 4, 368-74.
- Almvik R. & Woods P. (1998). *The Brøset Violence Checklist and the prediction of inpatient violence: Some preliminary results*. Psychiatric Care vol 5 6, 208-211.
- Arbetsmiljöverket (1995). *Hotad, mobbad eller sexuellt trakasserad på jobbet*. Information om utbildning och arbetsmarknad 5, Stockholm: SCB.
- Arbetsmiljöverket (2006). *Våld och hot inom vården*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2009). *Vård och omsorg i ordinärt boende*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2010). *Arbetsorsakade besvär 2010*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2011). *Arbetsskador 2010*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arbetsmiljöverket (2011). *Företagshälsovårdens roll*. (Elektronisk). Stockholm: Arbetsmiljöverket. Tillgänglig: <http://www.av.se/teman/hotochvald/ansvar/foretagshalsovard/> (2011-08-17).
- Arbetsmiljöverket (2011). *Hot och våld*. (Elektronisk). Stockholm: Arbetsmiljöverket. Tillgänglig: <http://www.av.se/teman/hotochvald/index.aspx> (2011-08-17).

- Arbetsmiljöverket (2011). *Interaktiv Utbildning - Hot och våld*. (Elektronisk). Stockholm: Arbetsmiljöverket. Tillgänglig: <http://arbetsmiljoverket.learnways.com/courses/course81/template.htm> (2011-08-17).
- Arbetsmiljöverket (2011). *Riskbedömning*. (Elektronisk). Stockholm: Arbetsmiljöverket. Tillgänglig: <http://www.av.se/sam/riskbedomning/> (2011-08-17).
- Arbetsmiljöverket (2011). *Våld och genus i arbetslivet*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Arnetz JE. & Arnetz BB. (1996). The development and application of a patient satisfaction measurement system for hospital-wide quality improvement. *International journal for quality in health care: journal of the International Society for Quality in Health Care* vol 8 **6**, 555-66.
- Arnetz J. (2001) *Våld i vårdarbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Brockmann M. (2002). *New perspectives on violence in social care*. *Journal of Social Work* **2**, 29-44.
- Camerino D., Estry-Béhar M., Conway PM., van der Heijden BIJM. & Hasselhorn HM. (2008). *Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study*. *International Journal of Nursing Studies* vol 45 **1**, 35-50.
- Cooper CL. & Swanson N. (2002). *Workplace violence in the health sector: State of the art*. ILO, Geneva: International Council of Nurses.
- Dalemar M. (2004). *Säkerhetsrutiner avseende risker för våld och hot i arbetet Exempel*. (Elektronisk). *Distriktsläkaren* **3**. Tillgänglig: <http://www.mediahuset.se/Distriktslakaren/dl304/dl304.htm> (2011-08-17).
- Dalphon D., Gessner M., Giblin E., Hijazzi K. & Love C. (2000). *Violence against emergency nurses*. *Journal of Emergency Nursing* vol 26 **2**, 105-15.
- Diskrimineringsombudsmannen (2011). *Granskade landsting lever inte upp till lagens krav*. (Elektroniskt). Stockholm: Diskrimineringsombudsmannen. Tillgänglig: <http://www.do.se/Press/Pressmeddelanden-och-aktuellt/2011/Granskade-landsting-lever-inte-upp-till-lagens-krav/> (2011-08-17).
- Distasio C.A. (1994). *Violence in health care: institutional strategies to coop with the phenomenon*. *Health Care Supervision* vol 12 **4**, 1-34.
- Duxbury J. & Whittington R. (2005). *Causes and management of patient aggression and violence, staff and patients perspectives*. *Journal of Advanced Nursing* vol 50 **5**, 469-78.
- Edgar C. (2004). *Hot och våld allt vanligare i arbetslivet*, (Elektronisk). Stockholm: Arbetsmiljöverket. Tillgänglig: <http://www.av.se/pressrum/pressmeddelanden/2004/374.aspx> (2011-08-17).
- Einarsen S., Raknes BI., Mathiessen SB. & Hellesoy OH. (1996). *Hellsemessige Spekter ved Mobbing I Arbeidslivet: Modererande effekter av Sosial Stotte og Personlighet*. *Nordisk Psykologi* **2**, 116-137.
- Eley R., Hegney D., Buikstra E., Fallon T., Plank A. & Parker V. (2007). *Aged care nursing in Queensland - the nurses view*. *Journal of Clinical Nursing* vol 16 **5**, 860-72.
- Fottrell E. (1980). *A study of violent behaviour among patients in psychiatric hospitals*. *British Journal of Psychiatry* **136**, 216-221.

- Gerberich SG., Churh TR., McGovern PM., Hansen HE., Nachreiner NM., Geisser MS., Ryan AD., Mongin SJ. & Watt GD. (2004). *An epidemiological study of the magnitude and consequences of work related violence: The Minnesota Nurse's study*. Occupational and Environment Medicine vol 61 **6**, 495-503.
- Greenberg L. & Barling J. (1999) *Predicting employee aggression against coworkers, subordinates and supervisors: The roles of person behaviors and perceived workplace factors*. Journal of Organizational Behavior **20**, 897-913.
- Gunnarsson L. & Lindh N. (2010). *Hot och våld i prehospitala vårdsituationer vid intoxikation med GHB-preparat*. Borås: Högskolan i Borås.
- Hall KA. & O'Connor DW. (2004). *Correlates in aggressive behavior in dementia*. International Psychogeriatrics vol 16 **2**, 141-58.
- Hallberg IR., Norberg A. & Eriksson SA. (1990). *A comparison between the care of vocally disruptive patients and that of other residence at psychogeriatric wards*. Journal of Advanced Nursing vol 15 **4**, 410-6.
- Hallberg IR. & Norberg A. (1995). *Nurses experiences of strain and their reactions in the care of severely demented patients*. International Journal of Geriatric Psychiatry vol 10 **9**, 757-766.
- Hallberg IR. & Norberg A. (1995). *Strain among nurses and their emotional reactions during one year of systematic supervision combined with the implementation of individualized care*. Journal of Advanced Nursing vol 18 **12**, 1860-1875.
- Hallberg LR-M. & Strandmark M. (2004). *Vuxenmobbing i människovårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Hallberg LR-M. & Strandmark M. (2007). *Being rejected and expelled from the workplace: experiences of bullying in the public service sector*. Qualitative Research in Psychology vol 4 **1-2**, 1-14.
- Holden R.J. (1985). *Aggression against nurses*. The Australian Nurses Journal vol 15 **3**, 1544-1548.
- Hultin, A. (2001). *Våld och hot inom vård, omsorg och skola*. Rapport 2001:06. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- Isaksson U., Åström S. & Graneheim UH. (2009). *Female caregivers' experiences of exposure to violence in nursing homes*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing vol 16 **1**, 46-53.
- Ito H., Eisen S.V., Sederer L.I., Yamada O. & Tachimori H. (2001). *Factors affecting psychiatric nursing to leave their current job*. Psychiatry Services vol 52 **2**, 232-4.
- Jackson D., Clare J. & Mannix J. (2002). *Who would want to be a nurse? Violence in the workplace - a factor in recruitment and retention*. Journal of Nursing Management vol 10 **1**, 13-20.
- Jacoby R. (1997). *Psychiatric aspects on crime and the elderly*. In Psychiatry in the elderly. Oxford: Oxford University Press.
- Johansson M. (2005). *Hot och våld*. (Elektronisk). Landstinget Kronoberg. Tillgänglig: <http://www.ltkronoberg.se/Omlandstinget/Arbomr/Personalhandbok/Arbetsmiljo/Arbetsmiljorutiner/Hot-och-vald/> (2011-08-17).

- Kivimäki, M., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2000). *Workplace bullying and sickness absence in hospital staff*. Helsingfors: Helsingfors Universitet.
- Koivuranta E. (2001). *Motiverade begränsningar eller dåligt bemötande - en rapport om behovet av att reglera sanktionerna inom social- och hälsovården*. Finland: Social- och Hälsovårdsministeriet.
- Lanza M.L. (1987). *The relationship of the severity of assault to blame placement for assault*. Archives of Psychiatric Nursing vol 1 4, 267-279.
- Lawoko S., Soares J.F. & Nolan P. (2004). *Violence towards psychiatric staff: A comparison of gender, job and environmental characteristics in England and Sweden*. Work and Stress vol 18 1, 39-55.
- Leary J. & Brown D. (1995). *Findings for the Claybury study for ward based psychiatric nurses. Stress and coping in mental health nursing*. London: Chapman & Hall.
- Leymann H. (1992). *Psykiatriska problem vid vuxenmobbing*. Solna: Arbetarskyddsstyrelsen.
- Leymann H. (1995) *Mobbing and psychoterror at workplaces*. Wien: Verlag da ÖGB.
- Love C. & Hunter M. (1996). *Violence in public sector psychiatric hospitals. Benchmarking nursing staff injuring rates*. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services vol 34 5, 30-34.
- McGrath D-L. (2010). *The relationship between envy and workplace bullying*. Presentation vid 7th International Conference on Workplace Bullying and Harassment, Cardiff, Wales, 2-4 Juni.
- McKay C. (1994). *Violence to health care professionals*. Violence and health care professionals. London: Chapman & Hall.
- Menckel E. (2000). *Hot och våld i vård och omsorg*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Meckel E. & Viitasara E. (2000). *Utsatt för våld och hot i vård och omsorg*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Menckel E. & Viitasara E. (2002). *Threats and violence in Swedish care and welfare - magnitude of the problem and impact on municipal personnel*. Scandinavian Journal of Caring Sciences vol 16 4, 376-85.
- Mikelsen E. & Einarsen S. (2001) *Bullying in Danish worklife: Prevalence and health correlates*. European Journal of Work and Organizational Psychology 10, 393-413.
- Modig, A. (2010). *Socialsekreterare om hot och våld*. Novus Opinion.
- Nachreiner N., Hansen H., Akiko Okano M.S., Gerberich S., Andrew R., McGovern P., Church T. & Watt G. (2007). *Difference in work related violence by nurse license type*. Journal of Professional Nursing vol 23 5, 290-300.
- Neumann J.H. & Baron R.A. (1998). *Workplace violence and workplace aggression. Evidence concerning specific forms, potential casues and preferred targets*. Journal of Management vol 24 3, 391-419.
- Nielsen, M. B., Skogstad, A., Matthiesen, S. B., Glasø, L., Aasland, M. S., Notelaers, G. & Einarsen S. (2009). *Prevalence of workplace bullying in Norway: Comparisons across time and estimation methods*. European Journal of Work and Organizational Psychology vol 18 1, 81-101.
- Nilsson, B. (2009). *Vård och omsorg i ordinärt boende*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.

- Nolan, P., Soares, J., Dallender, J., Thomsen, S. & Arnetz, B. (2001). *A comparative study of the experiences of violence of English and Swedish mental health nurses*. *International Journal of Nursing studies* vol 38 4, 419-26.
- Novak M. & Chappell NL. (1994). *Nursing assistant burnout and the cognitively impaired elderly*. *International Journal of Aging and Human Development* vol 39 2, 105-20.
- Petzäll K., Tällberg J., Lundin T. & Suserud S-O. (2011). *Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care*. *International Emergency Nursing* vol 19 1, 5-11.
- Rinnan T. & Sylwan U. (2000). *Hot och våld i vård och omsorg, Reaktionsmönster och anpassningsstrategier*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Rippon, TJ. (2000). *Aggression and violence in health care professions*. *Journal of Advanced Nursing* vol 31 2, 452-60.
- Rodney V. (2000). *Nurse stress associated with aggression in people with dementia: its relationship to hardiness, cognitive appraisal and coping*. *Journal of Advanced Nursing* vol 31 1, 172-80.
- Ryan JA. & Poster EC. (1989). *The assaulted nurse: short term and long term responses*. *Archives of Psychiatric Nursing* vol 3 6, 323-31.
- Sandström S. (1996) *Våld & Hot i människovårdande yrken*. Falköping: Liber utbildning AB.
- Schat A. C. H. & Kelloway E. K. (2005) *Workplace violence*. In: Barling J., Kelloway E. K. & Frone M. (eds.) *Handbook of Work Stress*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Schat A. C. H. & Kelloway E. K. (2006) *Training as a Workplace Aggression Intervention Strategy*. In: Kelloway E. K., Barling J. & Hurrell J. J., JR. (eds.) *Handbook of workplace violence*. Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- SCB (2001). *Arbetsmiljön 2001*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- SFS 1977:1160. *Arbetsmiljölagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1988:870. *Lagen om vård av missbrukare i vissa fall*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1991:1128. *Lagen om psykiatrisk tvångsvård*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 1993:387. *Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2008:567. *Diskrimineringslagen*. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet.
- SKTF (2007). *Hot och våld inom socialtjänsten och därtill relaterade frågor*. Stockholm: SKTF.
- SKTF (2011). *Våld och hot om våld i arbetslivet*. (Elektronisk). Stockholm: SKTF.
Tillgänglig: <https://www.sktf.se/templates/Section___31032.aspx> (2011-08-17).
- Socialstyrelsen (2006) *God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Tillsynsrapport Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Sofield L. & Salmon SW. (2003). *Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization*. Orthopedic Nursing vol 22 **4**, 274-83.
- Stanley J. & Goddard C. (2002). *In the firing line: Violence and power in the child protection work*. Chichester: Wiley.
- Steinmetz SK. (1986). *The violent family*. In *Violence in the home: Interdisciplinary Perspectives*, M, Lystad (ed), 51-70. New York: Brunner Mazel.
- Strandmark M. & Hallberg LR-M. (2006). *Health consequences of workplace bullying - experiences from the perspective of bully victims*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing vol 1 **2**, 109-119.
- Strandmark M. & Hallberg LR-M. (2007). *The origin of workplace bullying - experiences from the perspective of bully victims in the public health service sector*. Journal of Nursing Management vol 15 **3**, 332-341.
- Strasburg P. (1978). *Violent delinquents*. New York: Monarch.
- Suserud BO., Blomquist M. & Johansson I. (2002). *Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service*. Accident and Emergency Nursing vol 10 **3**, 127-135.
- Talerico KA., Evans LK. & Strumpf NE. (2002). *Mental health correlates of aggression in nursing homes residence with dementia*. The Gerontologist vol 42 **2**, 169-177.
- Vaez M. & Voss M. (2009). *Våld och hot om våld som ett arbetsmiljöproblem*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Vance DE., Burgio LD., Roth DL., Stevens AB., Fairchild JK. & Yurick A. (2003). *Predictors of agitation in nursing home residents*. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences vol 58 **2**, 129-137.
- Vartia M. (2001). *Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health vol 27 **1**, 63-69.
- Viitasara E., Sverke M. & Menckel E. (2003). *Multiple risk factors for violence for seven occupational groups in the Swedish caring sector*. Industrial Relations vol 58 **2**, 202-29.
- Voyer P., Verreault R., Azizah G., Desrosiers J., Champoux N. & Bedard A. (2005). *Prevalence of physical and verbal aggressive behaviours and associated factors among older adults in long-term care facilities*. BMC Geriatrics vol 5 **13**. Tillgänglig: <www.biomedcentral.com/1471-2318/5/13> (2011-08-17).
- Whittington R., Shuttleworth S. & Hill L. (1996). *Violence to staff in a general hospital setting*. Journal of Advanced Nursing vol 24 **2**, 326-33.
- Wikman, S., Estrada, F. & Nilsson, A. (2010). *Våld i arbetslivet - En kriminologisk kunskapsöversikt*. Stockholm: Arbetsmiljöverket.
- WHO (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Presenterad vid The first International Conference on Health Promotion. Ottawa: WHO.
- Åström S., Bucht G., Eisemann M., Norberg A. & Saveman BI. (2002). *Incidence of violence toward staff caring for the elderly*. Scandinavian Journal of Caring Sciences vol 16 **1**, 66-72.
- Åström S., Karlsson S., Sandvide A., Bucht G., Eisemann M., Norberg A. & Saveman BI. (2004). *Staff's experience of and the management of violent incidents in elderly care*. Scandinavian Journal of Caring Sciences vol 18 **4**, 410-416.



ARBETSMILJÖ
VERKET

Arbetsmiljöverket
112 79 Stockholm
Besöksadress Lindhagensgatan 133
Telefon 010-730 90 00
Fax 08-730 19 67
E-post: arbetsmiljoverket@av.se
www.av.se

ISSN 1650-3171

This publication can be downloaded from
www.av.se/publikationer/rapporter/

Vår vision: *Alla vill och kan skapa en bra arbetsmiljö*