

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2013:7

## Ambulanspersonals erfarenheter av hot och våld

Patrik Alsbäck  
Thomas Bergén



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Ambulanspersonals erfarenheter av hot och våld

Författare: Patrik Alsbäck, Thomas Bergén

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Examensarbete med inriktning mot ambulanssjukvård

Handledare: Andreas Claesson, universitetsadjunkt

Examinator: Angela Bång, universitetslektor

## Sammanfattning

Hot och våld inom ambulanssjukvård är ett arbetsmiljöproblem såväl nationellt som internationellt. Ambulanssjukvården är den första länken i vårdkedjan och ställs inför många olika utmaningar varav hot och våld kanske är den största av dem alla då personalen som är där för att hjälpa istället är den som behöver hjälp. Forskningen inom området är begränsad och uteslutande kvantitativ vilket är ett problem då fenomenet är en högst subjektiv upplevelse. Syftet med studien var att beskriva ambulanspersonalens erfarenheter av hot och våld inom ambulanssjukvården. Metoden var empirisk med kvalitativ ansats och datainsamlingen bestod av intervjuer. Resultatet visar att hot och våld inom ambulanssjukvården har stor påverkan på personalen såväl psykiskt som fysiskt. Fenomenet är ofta oförutsägbart och därför svårt att skydda sig mot men med hjälp av kroppsspråk och planering är det möjligt att förebygga hot och våld. Sociala problem samt den egna utrustningen och attityden upplevs som möjliga orsaker till att personalen utsätts för övergrepp. Den publicerade forskningen inom ambulanssjukvård har aldrig tidigare undersökt hur individerna bakom siffrorna i statistiken upplever hur det är att utsättas för hot och våld i yrket. Att ta del av ambulanspersonalens erfarenheter av fenomenet är således ny kunskap som belyser problematiken ur ett annat perspektiv vilket kan bidra till att medvetenheten om hot och våld ökar hos både personal, arbetsgivare samt högskolor och universitet.

Nyckelord: *Violence, Paramedic, Ambulance, Prehospital, Violent, Emergency medical service*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>Förekomst</b>	<b>1</b>
Typ av våld och skador	2
Våldsverkaren	2
Tid och plats för våldet	2
Våldsorsak och uppsåt	2
Upplevelser av hot och våld	3
Hot och våld i en storstad i Sverige	3
<b>Prevention</b>	<b>4</b>
Utbildning och handlingsplan	4
Skyddsåtgärder	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>4</b>
<b>SYFTE</b>	<b>4</b>
<b>METOD</b>	<b>4</b>
<b>Ansats</b>	<b>4</b>
<b>Förförståelse</b>	<b>4</b>
<b>Deltagare</b>	<b>5</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>5</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>6</b>
<b>Etiska överväganden</b>	<b>6</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>6</b>
<b>Förändrat psykiskt status</b>	<b>6</b>
Att lida av koncentrationssvårigheter	6
Att lida av klaustrofobi	7
Att känna obehag på nätter	7
Att känna sig otrygg i yrket	7
Att må fysiskt dåligt efter misshandel	7
Att inte våga närma sig patienter vid risk	7
Att ha ökad tolerans vid mindre våld	7
Att få stöd efter fysisk misshandel	7
<b>Yrkesidentiteten passerad - personligheten hotad</b>	<b>8</b>
Att bli överrumplad och känna sig trängd	8
Att frukta för sitt liv och mista kontrollen	8
Att sakna flyktväg	8
Att värna om den egna säkerheten	8
Att bli utsatt för fysiskt våld	9
Att övermanna vid dödligt hot	9
<b>Erfarenheter ökar beredskap</b>	<b>9</b>
Att uppleva sociala problem som motiv till hot och våld	9
Att uppleva personlig utrustning och attityd som motiv till hot och våld	10
Att uppleva anhöriga som motiv till hot och våld	10
Att uppleva sjukdom och ålder som motiv till hot och våld	10
<b>Handlingsplan efter tidigare händelse</b>	<b>10</b>

Att förebygga hot och våld genom öppet kroppsspråk	10
Att förebygga hot och våld genom aktiv planering	11
<b>DISKUSSION</b>	<b>11</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>11</b>
Ansats	11
Deltagare	11
Datainsamling	12
Dataanalys	12
Etiska överväganden	12
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>12</b>
Förändrat psykiskt status	13
Yrkesidentiteten passerad - personligheten hotad	14
Erfarenheter ökar beredskap	14
Handlingsplan efter tidigare händelse	15
<b>Slutsatser</b>	<b>17</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>18</b>
<b>Bilagor</b>	

# INLEDNING

Hot och våld inom vård och omsorg i allmänhet och inom ambulanssjukvården i synnerhet är ett växande arbetsmiljöproblem både internationellt och nationellt.

I en översiktsrapport av Arbetsmiljöverket (2011) finns det beskrivet att 75 procent av ambulanspersonal har varit föremål för hot och våld i yrkesutövandet. Det är mer än någon annan yrkeskategori inom vård och omsorg enligt samma rapport, men trots det är forskningen inom området sparsam. Alla människor har rätt till en trygg arbetsmiljö oavsett yrke och ambulanssjukvården är inget undantag. Mot den bakgrunden finns det ett behov av att studera problemet närmare och ta del av ambulanspersonalens egna erfarenheter av hot och våld i prehospitla vårdsituationer. I studien innefattar begreppet hot och våld alla typer av övergrepp, verbala såväl som fysiska, som ambulanspersonal kan utsättas för.

## BAKGRUND

### Hot och våld

#### Definition

Definitionen för **hot** enligt Nationalencyklopedin (2012) är; ”Varning om möjlig obehaglig följd som talaren e.d. kan utsätta den tilltalade för, om denne inte handlar på ett önskvärt sätt”. Medan **våld** definieras som, ”Användning av fysisk styrka som påtrycknings eller bestraffningsmedel mot någon”.

#### Förekomst

I en amerikansk studie av Pozzi (1998) framkom att 90 % av ambulanspersonalen varit utsatt för någon form av hot och våld under deras yrkesverksamma karriär. Mechem et al. (2002) visade en något lägre siffra där 79,5 % av personalen hade utsatts för överfall inom yrket och av dessa överfall skedde 93,2 % under pågående vård av patienten. Majoriteten av övergreppen, 95,5 % var riktade mot manlig personal. I en annan amerikansk studie med 490 deltagare hade 61 % varit utsatta för hot och våld (Corbett, Grange & Thomas 1998). Under en månads tid var 4,5 % av ambulanspersonalen i studien av Grange och Corbett (2002) involverade i våldsamma situationer. Mock et al. (1998) påvisade att 5 % av de undersökta ambulansuppdragen var av våldsamt karaktär.

I en studie från Australien framkom att 87,5 % av ambulanspersonalen utsatts för någon form av hot eller våld under det senaste året (Boyle, Koritsas, Coles & Stanley 2007). En hög förekomst kunde även ses i en studie från Iran där 74,6 % hade exponerats för våld, enligt Rahmani, Hassankhani, Mills och Dadashzadeh (2012).

I en svensk studie av Petzäll, Tällberg, Lundin och Suserud (2011) hade 26 % av deltagarna utsatts för hot medan 16 % hade exponerats för fysiskt våld under det senaste året. Den andra svenska studien redovisar att 80,3 % av ambulanspersonalen hade varit utsatta för hot och våld (Suserud, Blomquist & Johansson 2002). Författarna redogör

vidare att 35 % av ambulansbesättningen varit exponerade för hot och våld minst en gång under tre månader.

### **Typ av våld och skador**

Den vanligaste typen av våld enligt studierna var verbalt hot med en förekomst som varierade mellan 20,7 % och 82,4 % medan fysiskt våld varierade mellan 13 % och 67 %. Sexuella trakasserier och övergrepp var mindre vanligt och förekom mellan 11 % och 37,7 %. (Boyle et al. 2007; Grange et al. 2002; Rahmani et al. 2012; Suserud et al. 2002; Mock et al. 1998). Rahmani et al. (2012) undersökte även förekomsten av kulturella trakasserier som bestod av 8,7 % i den studien. Det fysiska våldet bestod av knuffar, slag, sparkar, spottning, bett och drag i håret med en förekomst som varierade mellan 6 % och 66 %. Det användes även vapen i form av tillhyggen, skjutvapen, flaskor, stickvapen, yxor och kvastar (Mechem et al. 2002; Petzäll et al. 2011; Pozzi 1998). Skadorna bestod av ögon-, ansiktsskador, blödningar, frakturer, hematom (35,7 %), rivmärken (12,5 %) och vrickningar/stukningar (17,9 %) (Corbett et al. 1998; Mechem et al. 2002).

### **Våldsverkaren**

Enligt Grange och Corbett (2002) var patienten våldsverkaren i 89,7 % av de undersökta fallen och ett liknande resultat kunde ses i studien av Petzäll et al. (2011) där 87 % var patient. I fem av 16 ambulansuppdrag var förövaren inte patient, enligt Mock et al. (1998). Närstående var våldsverkaren i 27 % av fallen, enligt Petzäll et al. (2011) medan 29 % var utomstående. I studien av Grange och Corbett (2002) kunde en något lägre siffra ses när våldsverkaren var utomstående, 10,3 %. I nio av tio fall, 90 %, var förövaren av manligt kön, enligt Petzäll et al. (2011). Däremot i studien av Mock et al. (1998) var 63 % av våldsverkarna kvinnor. Högst frekvens av våld förekom bland patienter i åldrarna 30-44 år, 7,4 % (Grange et al. 2002).

### **Tid och plats för våldet**

Det mest förekommande våldet skedde mellan 18.00 och 06.00 med en förekomst som varierade mellan 52,3 % och 62 % (Mechem et al. 2002; Petzäll et al. 2011; Mock et al. 1998). Dagarna då våldet var som mest frekvent var framförallt under veckosluten, 45,5 % respektive 36 %, enligt Mechem et al. (2002) och Petzäll et al. (2011) medan Grange et al. (2002) påvisade att det istället var tisdagar och fredagar, 59,1 %.

Platsen för hot och våld var i patientens hem, 15 % respektive 57 %, hämtplatsen, 72 % respektive 29 %, ambulansen, 6 % respektive 8 % samt sjukhuset, 8 % (Rahmani et al. 2012; Petzäll et al. 2011).

### **Våldsorsak och uppsåt**

Mechem et al. (2002) redogör att 59,1 % av överfallen var med avsikt medan 38,6 % var oavsiktliga. Författarna definierar ett avsiktligt överfall med att det fanns ett syfte att skada och ett oavsiktligt överfall med att patienten hade ett påverkat psykiskt tillstånd relaterat till ett akut medicinskt problem. Ett oavsiktligt överfall kunde även vara en intoxikerad patient som gjorde utfall mot personalen utan ett syfte att skada. Av de oavsiktliga överfallen var 62,2 % av angriparna män, medan 37,8 % var kvinnor och av de avsiktliga överfallen var 53,8 % män och 30,8 % kvinnor.

Vanligaste orsaken till hot eller våld var att patienten var påverkad av alkohol och/eller droger, 17 %, samt att patienten hade ett sänkt medvetande, 14 %, enligt Petzäll et al. (2011). Förutom ovan nämnda orsaker var ambulansens ankomst före polisens ytterligare en orsak till hot och våld, 13 %, enligt Petzäll et al. (2011). Alkohol och droger förekom i större utsträckning i uppdrag som involverade våld i jämförelse med uppdrag där det inte var något våld inblandat, enligt Mock et al. (1998). Alkohol var inblandat i 62 % av ambulansuppdragen med våldsamt karaktär (Mock et al. 1998). Missbrukare stod för majoriteten av förekomsten av våld, enligt Suserud et al. (2002).

### **Upplevelser av hot och våld**

Deltagarna i studien av Pozzi (1998) upplevde irritation, 69 %, och ilska, 80 %, efter en hot och våldssituation. Attityden till arbetet ändrades efter en våldsamt händelse i 42 %, av fallen, medan 51 % upplevde att tillfredsställelsen i jobbet minskade. Som ett resultat av upplevt hot och våld övervägde 7 % att lämna sitt yrke. Enligt studien ansåg 71 %, 326 deltagare, att hot och våld var en del av jobbet. Vidare upplevde 84 % att den egna säkerheten var hotad på arbetsplatsen och allra mest oro kände personal med 6-12 års yrkeserfarenhet. Hot om fysiskt våld eller dödshot upplevdes särskilt obehagligt, enligt Petzäll et al. (2011). Över hälften av deltagarna i studien hade ändrat sitt beteende på olika sätt som t.ex. en större försiktighet och misstänksamhet gentemot patienter efter en situation med hot och våld.

Suserud et al. (2002) påvisade i sin studie att upplevelsen av hot och våld var relaterad till situationen beroende på om patienten var gammal och dement eller ung och narkotikapåverkad. Det ansågs lättare att tolerera hot från dementa patienter. Hotets betydelse upplevdes inte särskilt allvarligt i anslutning till händelsen utan insikten kom först i ett senare skede. 73,5 % av deltagarna upplevde att hot och våld var ett generellt problem. 98,1 % av informanterna ansåg att förhållandet till patienterna påverkades av hot och våld. I fallen där närstående var våldsamma eller hotfulla, upplevde 80,4 % av personalen att förhållandet till patienten påverkades negativt, enligt Suserud et al. (2002).

### **Hot och våld i en storstad i Sverige**

I en icke vetenskapligt publicerad undersökning som ingick i ett nationellt metodutvecklingsprojekt, granskades förekomsten av hot och våld inom ambulansverksamheten i en storstad i Sverige och det resulterade i 128 rapporterade fall av hot eller våld från hösten 2009 till våren 2012 (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2012). Flest incidenter rapporterades i oktober 2010, medan minst antal incidenter rapporterades i januari och juli 2010. Frekvensen av hot och våld var störst under dagtid (07-18) på fredagar medan minst förekomst var dagtid (07-18) på torsdagar. Verbalt hot var mest förekommande följt av en obehaglig upplevelse, medan det minst förekommande var knuff/fasthållning. Den typiska personen som upplevdes hotfull, var en man i 23-35 års ålder. Patienten upplevdes som det största hotet i majoriteten av de rapporterade fallen och då främst i samband med samtal och behandlingar. Platsen för incidenterna var framförallt i bostaden och utomhus. Reaktionen bestod till störst del av rädsla, ilska och irritation. I storstadens centrala områden rapporterades flest fall av hot och våld, följt av kringliggande stadsdelar.

## **Prevention**

### **Utbildning och handlingsplan**

Corbett et al. (1998) redovisar att 63 % av deltagarna i studien inte hade någon handlingsplan för att handskas med hot och våld. Även i studien av Pozzi (1998) med 326 deltagare, hävdade 71 % att det inte fanns några klara riktlinjer för hur våldsamma situationer skulle hanteras. En lika stor andel redogjorde att de saknade adekvat utbildning i självförsvar. I studien av Rahmani et al. (2012) uppgav 20 % att de fått utbildning i att hantera våldsamma situationer. 72 % i studien av Corbett et al. (1998) hade inte fått någon formell utbildning i att hantera en våldsam situation.

### **Skyddsåtgärder**

Av deltagarna i studien av Corbett et al. (1998) angav 73 % att de bar någon form av skyddsutrustning, som t.ex. hjälm eller skyddsväst. 19 % av besättningen var även utrustade med vapen som t.ex. kniv, 45 %, pistol, 22 %, och pepparspray, 13 %. En annan åtgärd var att spärra fast patienten någon gång under transporten i 92 % av fallen. Även i studien av Mock et al. (1998) vidtogs fysiska åtgärder i 50 % av fallen som t.ex. blockering av utvägen samt fastbindning av patienten med handbojor. Handläggning av muntlig karaktär utgjorde 69 % av fallen med våld.

## **PROBLEMFORMULERING**

Tidigare forskning har visat att hot och våld inom ambulanssjukvården är ett vanligt förekommande arbetsmiljöproblem som tenderar att eskalera såväl internationellt som nationellt. Forskningen har uteslutande varit kvantitativ och belyst förekomsten av hot och våld genom enkäter, observationer samt registerstudier. Då hot och våld är en högst subjektiv upplevelse i både ord och handling finns det ett behov av en kvalitativ studie som beskriver problemet utifrån ambulanspersonalens livsvärld.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva ambulanspersonals erfarenheter av hot och våld.

## **METOD**

### **Ansats**

Uppsatsen använder sig av en empirisk kvalitativ ansats. Valet av metod grundas på att tidigare forskning endast är kvantitativ och således finns ingen vetenskaplig kvalitativ forskning publicerad efter sökningar i erkända databaser. Ansatsen gör det möjligt att studera upplevelser kring fenomenet (Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004; Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. 2008).

### **Förförståelse**

Förförståelsen av vilka erfarenheter ambulanspersonal har av hot och våld var att fenomenet var mest uttalat i en större stad, relaterat till ett tuffare samhällsklimat i form



av tilltagande våld och en ökad förekomst av droger. Författarna har ingen egen erfarenhet av att ha varit utsatta för hot och våld och förståelsen baseras således uteslutande på omgivningens upplevelser av fenomenet vilket inkluderar kollegor i prehospital verksamhet och personal inom polis och räddningstjänst. Även medias rapportering av hot och våld mot ambulanspersonal har påverkat författarnas förståelse och har i likhet med omgivningen påtalat att problemet upplevs vara störst i segregerade stadsdelar.

## Deltagare

En förfrågan om tillstånd att genomföra studien skickades ut till verksamhetschefen för ambulanssjukvården i en storstad i Sverige (bilaga 3). Urvalet bestod av sex informanter inom ambulanssjukvården som hade erfarenhet av hot och våld. Inklusionskriterier för urval av deltagare har varit att de skall vara verksamma inom ambulanssjukvården i en storstad i västra Sverige, samt att de har erfarenhet av en situation med hot och/eller våld. Ingen hänsyn har tagits till om de var sjukvårdare, sjuksköterskor eller sjuksköterskor med specialistutbildning. Deltagarna har valts på grund av deras erfarenheter av hot och våld. Efter godkännandet av förfrågan togs kontakt med aktuella informanter genom författarnas egna nätverk samt förslag från informanterna. Tre av deltagarna valdes selektivt genom deras yrkesmässiga relation med författarna medan tre valdes efter rekommendation av valda informanter. Inför datainsamlingen fick informanterna information om syftet med studien, tidsplanen, den kvalitativa metoden, sekretess och deras rätt att avbryta medverkan utan orsak (bilaga 2). Informanterna bestod av fyra män och två kvinnor som varit verksamma i yrket mellan 5 månader och 10 år. Två av informanterna var sjuksköterskor med specialistutbildning mot anestesi, en var sjuksköterska med specialistutbildning mot ambulanssjukvård, två var sjuksköterskor under pågående specialistutbildning mot ambulanssjukvård, samt en var ambulanssjukvårdare (Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004; Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. 2008).

<b>Befattning</b>	Anestesi-sjuksköterska	Ambulans-sjuksköterska	Ambulans-sjuksköterskestudent	Ambulans-sjukvårdare
<b>Antal</b>	2 st	1 st	2 st	1 st
<b>Kön</b>	Kvinna	Man	Man	Man
<b>Prehospital arbetslivserfarenhet</b>	5 månader/6 år	8 år	7 år/10 år	10 år

## Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med intervjuer som spelades in med hjälp av en diktafon. Informanterna intervjuades var för sig av båda författarna på respektive arbetsplats och skedde i ett slutet rum. En av informanterna intervjuades på en neutral plats i form av ett bibliotek och en intervjuades per telefon på begäran av informanten och på grund av

logistiska omständigheter. Intervjuerna pågick från 20 till 25 minuter beroende på informantens svar på frågorna. Varje informant fick en inledande och öppen fråga som var: ”Kan du beskriva en situation med hot och våld som du har varit med om?”. Utifrån svaren ställdes följdfrågor som förde intervjun vidare. När intervjuerna var inspelade och klara skickades ljudfilerna till en tredje part, en yrkesverksam medicinsk sekreterare i öppenvården. Sekreteraren transkriberade intervjuerna som därefter skickades tillbaka till författarna. Efter transkriberingen raderade sekreteraren ljudfilerna och sin kopia av textfilerna (Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004; Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. 2008).

## **Dataanalys**

Samtliga intervjuer lästes igenom och fördelades därefter jämnt mellan författarna. Meningsbärande enheter som svarade mot syftet med studien, identifierades och markerades i texterna. Enheterna överfördes till en modell av Granskär och Höglund-Nielsen (2008) där varje enhet kondenserades till en mindre enhet. Den kondenserade enheten fick därefter en kod som blev underlag till studiens olika underkategorier. Koderna resulterade i 20 olika underkategorier som i sin tur utmynnade i fyra huvudkategorier (bilaga 1). Dataanalysen i bilaga 1 är exempel på hur bearbetningen av texterna från de transkriberade intervjuerna genomfördes och redovisar alltså inte den fullständiga analysen eftersom den är alltför omfattande.

## **Etiska överväganden**

Deltagarna i studien fick ett informationsbrev där det framgick att deltagandet var frivilligt och att deras medverkan när som helst kunde avbrytas utan förklaring. Brevet upplyste även informanterna om att alla uppgifter som kunde identifiera deras deltagande togs bort och att ingen obehörig, förutom författarna och sekreteraren, hade tillgång till materialet (bilaga 2). Att ha upplevt hot och våld kan vara en traumatisk händelse för den enskilda individen och kan ha tagit lång tid att bearbeta. Det fanns därför en beredskap att helt avbryta intervjun eller göra avbrott om en känsloladdad episod skulle uppstå, vilket informanterna var införstådda med.

# **RESULTAT**

## **Förändrat psykiskt status**

### **Att lida av koncentrationssvårigheter**

Att bli utsatt för fysiskt våld kunde få konsekvenser i form av posttraumatiskt stressyndrom (PTSS) efter händelsen. Konsekvensen av syndromet kunde bli att söka professionell hjälp hos en psykolog under flera år. Psykisk ohälsa var ett återkommande fenomen efter själupplevd misshandel och kontakt med psykolog var nödvändigt för att komma vidare.

*”Utan det så hade jag aldrig varit människa igen.”*

Att fortsätta arbeta heltid efter att ha varit med om en misshandel upplevdes som en förutsättning för att överhuvudtaget kunna komma tillbaka till sitt arbete. Påfrestningen kunde upplevas betungande och analysen visar att det kunde krävas sjukskrivning under

en period innan arbetet återupptogs. Det upplevdes svårare att hantera psykiatriska, drogpåverkade och aggressiva patienter efter en våldsam händelse. Erfarenhet av hot och våld medförde en större benägenhet att begära polisassistans och en större försiktighet. Det upplevdes svårt att fokusera och att vara mentalt närvarande i hotfulla situationer efter en självupplevd misshandel. Det var även svårt att koncentrera sig på nästa uppdrag efter att ha utsatts för misshandel och en känsla av lättnad infann sig över att inte ha fått ett komplext patientfall som t.ex. involverade barn under resten av arbetspasset.

### **Att lida av klaustrofobi**

Klaustrofobi var en konsekvens av ett fysiskt överfall och det utvecklade en tuffare attityd i yrket samt en större benägenhet att bruka våld i syfte att försvara sig själv.

### **Att känna obehag på nätter**

Generellt sätt upplevdes en större trygghet under dagen i jämförelse med natten, men vid uppdrag i en del områden kunde ändå en otrygghet infinna sig och det kändes obekvämt att befinna sig i dessa områden.

### **Att känna sig otrygg i yrket**

Tryggheten i yrkesrollen minskade efter en självupplevd misshandel. Känslan av trygghet i yrket kunde dock förbli oförändrad trots en upplevelse av hot och våld och rädslan blev inte mer påtaglig än tidigare. En olustkänsla och otrygghet kunde infinna sig i samband med hot och våld situationer, men en känsla av trygghet fanns ändå överlag.

### **Att må fysiskt dåligt efter misshandel**

Fysiska konsekvenser av en misshandel kunde vara att känna illamående och vara tvungen att kräkas efter arbetspasset. Misshandel kunde resultera i blåmärken och rodnad på aktuella kroppsdelar samt buksmärter. Ytterligare konsekvenser kunde vara skakningar och en känsla av att inte må bra.

### **Att inte våga närma sig patienter vid risk**

En konsekvens av att ha varit utsatt för hot och våld, kunde vara att inte närma sig en medvetlös patient på allmän plats med misstanke om intoxication, som bedömdes ha fri luftväg och adekvat andning.

### **Att ha ökad tolerans vid mindre våld**

Toleransnivån upplevdes vara större efter en misshandel och mindre förseelser ansågs inte ha lika stor påverkan längre.

### **Att få stöd efter fysisk misshandel**

Samtal med kollegor, brandmän och familj upplevdes som ett stöd efter fysisk misshandel och var ett sätt att bearbeta en hot och vålds situation. Vid ett tillfälle hjälpte räddningstjänstens personal till med att engagera en psykolog. Stödet upplevdes inte lika påtagligt från arbetsgivaren men samtidigt så rapporterades inte alla tillbud.

Att avbryta ett arbetspass och ställa bilen upplevdes i efterhand vara ett bättre alternativ än att fortsätta jobba och slutföra passet.

## **Yrkesidentiteten passerad – personligheten hotad**

### **Att bli överrumplad och känna sig trängd**

Att bli överrumplad upplevdes som att det inte fanns tid till att tänka och känslan av rädsla infann sig först efter situationen. Att vara oförberedd på hot och våld ansågs utgöra en risk då det kunde bli ett överraskningsmoment. Vid ett vårdtillfälle så ändrades situationens karaktär från ett lugnt förfarande till ett våldsamt utfall av patienten och då blev reaktionen att känna sig överraskad och chockad. Vid ambulansuppdrag i patientens hem kunde personer som vistades utom synhåll i bostaden vara ett potentiellt hot. Det upplevdes som ett hot att känna sig trängd och att inte kunna utföra sitt arbete. Om inte situationen överensstämde med informationen från larm- och dirigeringscentralen kunde det upplevas som en risk.

### **Att frukta för sitt liv och mista kontrollen**

Reaktioner som förvåning, förskräckelse och rädsla var upplevelser i samband med situationer med hot och våld. En misshandel framkallade dödsångest hos den drabbade som även blev chockad och oförmögen att fatta adekvata beslut. Analysen visade att det fanns en oro för kollegan vid en våldsamt situation, men däremot ingen personlig rädsla. En känsla av att mista kontrollen var en annan upplevelse relaterat till fenomenet och att känna sig väldigt liten i en sådan situation. Det upplevdes som att stressreaktionen ökade och att det blev ett adrenalinpåslag i situationer med hot och våld. Yrkesrollen upplevdes komma i andra hand vid en våldsamt händelse och det uppfattades som ett personligt hot.

*”...all form av yrkesroll försvinner, det här som man bygger upp om att någon biter en, eller slår på en eller kallar en ord så är det för att det är jag, ambulanssjuksköterskan...”*

### **Att sakna flyktväg**

Otryggheten relaterades till att det saknades flyktvägar och en känsla av att känna sig inträngd. Känslan av att frukta för sitt liv upplevdes i samband med avsaknad av en flyktväg då angriparen blockerade dörren.

### **Att värna om den egna säkerheten**

Vid hotfulla situationer upplevdes ett flyktbeteende och behovet av att skydda sig själv var starkt, men det fanns samtidigt en vilja att hjälpa polisen vid ett ingripande av en

våldsamt patient. Att inte agera i våldsamma situationer skapade ilska efter händelsen och en känsla av att inte vara sig själv infann sig.

### **Att bli utsatt för fysiskt våld**

Våld mot personalen bestod av sparkar och slag mot kroppen och vid ett tillfälle kopplade patienten ett strupgrepp. Att bli jagad av en patient med ett tillhygge resulterade i att en kollega föll och fick sparkar i magen.

*”...nu kommer han att sparka ihjäl mig. Jag var helt säker på det.”*

Det inträffade även mindre förseelser som en dagsedel, handgemäng och tumult i prehospitla vårdsituationer men ibland förekom även vapen då ambulanspersonalen blev hotad med kniv. Fysiskt våld bestod av att patienten viftade, rev, spottade och fräste. Slag mot revben och armar samt försök till bett på handen var ytterligare exempel på våld i vårdsituationer. Våldet kunde även bestå av verbal aggressivitet som var den vanligaste upplevda våldsformen.

### **Att övermanna vid dödligt hot**

Att ta tag i patientens armar var ett sätt att få kontroll över situationen. Att övermanna en våldsamt patient genom att lägga sig över personen hände vid ett flertal tillfällen och det förekom även att personalen tog spjörn mot ambulanshytten för att trycka ifrån angriparen. En våldsamt situation i ambulanshytten resulterade i att patienten övermannades och trycktes ner i bären. Vid ett tillfälle försvarades kollegan genom att fysiskt våld användes i form av en spark i magen på angriparen. Handlingen medförde att misshandeln upphörde och angriparen flyttade på sig.

*”Men jag tror att hade jag inte gjort det jag gjorde, så hade han likaväl slagit ihjäl henne.”*

## **Erfarenheter ökar beredskap**

### **Att uppleva sociala problem som motiv till hot och våld**

Alkoholism, arbetslöshet, social misär, missbruk och psykisk ohälsa upplevdes som potentiella risker. Patienter med suicidbenägenhet var en annan kategori som kunde utgöra ett hot mot personalen vilket kunde innefatta självförvållande skada och involvera vapen i situationen. Vapen såsom knivar ansågs vara den största faran medan knytnävsslag betraktades som mindre hotfullt.

*”Men knivar eller andra vapen, då är ju risken stor att man dör.”*

Kännedom om specifika namn, adresser och områden kunde utgöra möjliga risker på grund av tidigare erfarenheter. Utvecklingen av olika droger var en annan upplevd fara eftersom dess effekt inte var kartlagd. Lönehelger i kombination med alkohol och droger som t.ex. GHB och hasch utgjorde en stor del av hot och våld. Respekten för GHB upplevdes vara stor på grund av drogens oförutsägbara effekter. När en folksamling befann sig på hämtplatsen fanns det risk om hot och våld då gruppträck

kunde framkalla en våldsamt situation. Förekomsten av hot och våld upplevdes vara större idag och att samhällsklimatet är hårdare.

### **Att uppleva personlig utrustning och attityd som motiv till hot och våld**

Personalens klädsel kunde ses som ett hot utifrån då ambulansuniformen representerar samhället och det likställdes med andra myndigheter som t.ex. polisväsendet. Personskydd såsom västar upplevdes kunna uppmuntra patienter till ett våldsamt beteende för att skyddsvästen utstrålar en beredskap för våld och det fanns en risk att utsätta sig för situationer som inte gick att behärska.

Långa väntetider på ambulans kunde skapa irritation hos anhöriga som kunde ta ut sin frustration på ambulanspersonalen. Att sakna utbildning i att hantera hot och våld ansågs vara en risk. Om personalen hade en överlägsen attityd gentemot patienten kunde den lugnaste situationen bli våldsamt. Det upplevdes svårt att skydda sig mot hot och våld då det inte fanns någon uppenbar hotbild. Larm- och dirigeringscentralen upplevdes ha för kort tid på sig att göra en korrekt bedömning av hotbilden på plats och att informationen som samlades in var otillräcklig. Det upplevdes som en nackdel att vara kvinna vid vård av patienter med samma kön.

### **Att uppleva anhöriga som motiv till hot och våld**

Anhöriga upplevdes vara den absolut största risken för uppkomsten av en hotfull situation. Ibland uppfattades patientens vårdbehov olika, vilket resulterade i att ambulanspersonalen inte gav behandling i den omfattning som anhöriga förväntade sig.

### **Att uppleva sjukdom och ålder som motiv till hot och våld**

Sjukdomstillstånd som t.ex. diabetes, demens och psykisk ohälsa eller intoxication upplevdes som potentiella faror då patienten kunde bli agiterad. Patientens ålder upplevdes kunna påverka hur en hotfull situation kunde utvecklas, då äldre patienter ansågs mindre benägna att ta till våld jämfört med yngre patienter.

## **Handlingsplan efter tidigare händelse**

### **Att förebygga hot och våld genom öppet kroppsspråk**

Att förebygga genom ett öppet kroppsspråk samt neutrala och oladdade svar upplevdes som ett positivt förhållningssätt för att förebygga hot och våld. Att direkt markera och ta avstånd från verbala hot upplevdes förebygga att situationen eskalerade. Diskussion med en upprörd person ansågs lönlöst och det var då bättre att backa undan. Samma tillvägagångssätt användes för att skapa utrymme åt patienten och den personliga integriteten. Att ha ett lugnt tonfall och lugna ner patient och anhöriga avväpnade en laddad situation. Ett respektfullt bemötande var ett annat viktigt tillvägagångssätt för att förebygga hot och våld. Ett svepskäl kunde användas som en avledande manöver och maskera en reträtt ur en hotfull situation. Analysen visade att erfarenheten från en våldsamt situation stärkte medvetenheten.

*”...vad har hon skurit sig med då? Kniv? Finns det kniv i lägenheten? Alltså, man lär sig lite grand på sådana här saker.”*

### **Att förebygga hot och våld genom aktiv planering**

Klinisk erfarenhet var ett värdefullt redskap för att bedöma eventuella risker. Förmågan att bedöma en situation likställdes med att kunna bemästra den och det minimerade riskerna vilket ökade tryggheten. Att ha fullt fokus på uppdraget var ett sätt att hantera potentiella hot och våldssituationer. Det upplevdes även viktigt att erhålla mesta möjliga information på väg till patienten. En självupplevd misshandel ökade insikten om möjliga riskfaktorer och bidrog till en större försiktighet.

En överblick av hämtplatsen ansågs förebyggande för att orientera sig och för att identifiera tecken på missbruk och möjliga flyktvägar som t.ex. dörrens placering samt att inte ställa sig i ett hörn eller i trånga utrymmen. Beredskap att använda flyktvägar var hela tiden ett alternativ nära till hands. Det ansågs även viktigt att vara medveten om var ambulansen och båren placerades, för att de inte skulle utgöra ett hinder vid en eventuell reträtt. Ambulansen användes som ett skyddsutrymme i samband med en självupplevd misshandel. Ytterligare en strategi var att blockera patientens dörr med en fot för att undvika att dörren skulle öppnas för fort och skada ambulanspersonalen.

När hot och våldssituationen involverade en folksamling konfronterades ”ledaren” för att lugna ner gruppen. Att försäkra sig om att patienten inte hade något på sig som kunde skada omgivningen var ett sätt att skydda sig. Utbildning i självförsvar upplevdes som positivt och det fanns en önskan om att det hade upprepats. Den egna säkerheten upplevdes vara viktigast i alla situationer och polisassistans utnyttjades ofta. Användningen av överfallslarm var en trygghet när polis inte var närvarande. Att inte rusa in i situationer utan att tänka sig för och att ha ryggen fri upplevdes vara en förebyggande åtgärd. Det fanns en beredskap att fysiskt försvara sig om någon skulle attackera men det skulle krävas mycket för att det skulle verkställas.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

#### **Ansats**

Valet av en kvalitativ ansats är en styrka då metoden uppfyller syftet med studien som var att beskriva ambulanspersonalens erfarenheter av hot och våld. En kvantitativ ansats fokuserar på mängden data och hade därför varit en olämplig metod för att studera ett subjektivt fenomen som erfarenheter.

#### **Deltagare**

Informanterna identifierades genom författarnas egna nätverk då en utskickad förfrågan till ambulanssjukvården i en större stad beträffande deltagande i studien, inte resulterade i några informanter. Det selektiva urvalet av deltagare skulle kunna påverka resultatet då författarna själva valde källan till informationen. Relationen till de selektivt utvalda

informanterna skulle kunna vara till fördel då intervjuerna kunde kännas mer naturliga och avslappnade. Alla informanter var verksamma inom ambulanssjukvården i en storstad i västra Sverige då studiens förförståelse var att erfarenheten av fenomenet hot och våld var mer uttalat i en större stad jämfört med en mindre ort. Det resulterade i en liten geografisk spridning av deltagare vilket endast beskriver erfarenheter inom ett begränsat område. En större geografisk spridning av deltagare hade kunnat förmedla en mer nyanserad sida av fenomenet. Fördelningen mellan könen var tillfredställande och gav en god variation vilket är en styrka. Deltagarna i studien valdes uteslutande efter det kvalitativa syftet och hade således få exklusionskriterier vilket underlättade datainsamlingen och kan därför ses som en styrka. Utbildningsnivån varierade hos deltagarna men flera var specialistutbildade. Arbetslivserfarenheten inom ambulanssjukvården var hög bland alla deltagare förutom en som dock hade arbetat en lång tid som sjuksköterska.

### **Datainsamling**

Närvaron av båda författarna vid varje intervju kan ses som en styrka då de tog del av samma upplevelser och kunde komplettera varandras frågor. Platsen för intervjuerna var i fyra av fallen på respektive arbetsplats vilket skapade en trygg miljö för informanterna. Ytterligare en intervju genomfördes per telefon vilket var en förutsättning för att informanten skulle kunna delta i studien. Vid en telefonintervju uteblir den personliga kontakten mellan deltagare och författare men kvaliteten på erfarenheten av hot och våld som delgavs ansågs uppväga det uteblivna mötet med informanten. Beslutet att använda en sekreterare för transkribering av intervjuerna motiverades av att få en professionell utskrift av materialet vilket underlättade den kvalitativa innehållsanalysen och kan ses som en styrka.

### **Dataanalys**

Författarna analyserade tre intervjuer var för att dela på arbetsbördan och för att skapa kreativa underkategorier respektive huvudkategorier. Materialet lästes igenom flera gånger för att få en djupare förståelse för fenomenet då transkriberingen utfördes av en sekreterare. Metoden som användes för att analysera intervjuerna var strukturerad och fångade upp studiens syfte vilket var en styrka. Analysen av intervjuerna utmynnade i 20 underkategorier och fyra huvudkategorier vilket var ett resultat av flertalet unika fynd som krävde en egen kategori. Det stora antalet underkategorier förstärker varje fynd vilket är en styrka men det påverkar dock strukturen i resultatet med en ojämn fördelning av text per underkategori.

### **Etiska överväganden**

Materialet skickades till en sekreterare för transkribering och det kan ses som en risk att sprida materialet vidare, men för att behålla sekretessen avidentifierades materialet och sekreteraren fick direktiv om att radera ljudfiler och textfiler efter slutfört arbete.

### **Resultatdiskussion**

Resultatet visar att erfarenheter av hot och våld inom ambulanssjukvården påverkade personalen både fysiskt och psykiskt och framkallade starka känslor som dödsångest och chock. Fenomenet kan vara svårt att förutse men genom förebyggande åtgärder är



det möjligt att minimera riskerna. Orsakerna till uppkomsten av hot och våld upplevdes vara sociala problem samt personalens utrustning och attityd.

### **Förändrat psykiskt status**

De psykiska konsekvenserna var i en del fall mycket påtagliga och det krävdes hjälp av en psykolog för att bearbeta de traumatiska händelserna och för att kunna återvända till yrket. Störst psykisk påverkan var signifikant hos personal som hade upplevt och utsatts för fysisk misshandel och de utvecklade ett förändrat beteende i yrket vilket bekräftas av Pozzi (1998) och Petzäll et al. (2011) som visar liknande resultat i sina studier. Att söka professionell hjälp för att bearbeta självupplevt våld är en möjlighet som kanske används alltför sällan då det skulle kunna uppfattas som en svaghet hos både individen själv och av omgivningen. Det fanns en ambition till att bearbeta en våldsamt händelse på egen hand genom att fortsätta arbeta och lägga det bakom sig, men det visade sig att traumat var för stort för att hantera utan professionell hjälp. En tidig kontakt med psykolog kan därför eventuellt förebygga att individen drabbas av psykisk ohälsa längre fram och ge bättre förutsättningar för att bemöta framtida psykiska påfrestningar.

Efter en händelse med hot och våld upplevdes kollegor, brandmän och familj som det viktigaste stödet för att bearbeta traumat. Att prata med människor i sin omedelbara närhet är ett naturligt förfarande då kollegor kan relatera till problematiken i sin yrkesroll medan familjen kan vara ett stöd ur ett personligt perspektiv. Möjligheten att prata med en utomstående som t.ex. en psykolog, skall dock inte underskattas då det kan vara påfrestande och betungande att ta del av en traumatisk händelse och ge stöd för någon som inte har de rätta verktygen. Arbetsgivaren bör därför uppmuntra personal som har upplevt hot och våld att ta kontakt med professionell hjälp.

Pozzi (1998) påvisar i likhet med resultatet i den här studien att attityden till yrket blir förändrat efter en självupplevd situation med hot och våld. Störst oro för den personliga säkerheten kände ambulanspersonal med 6-12 års erfarenhet, enligt Pozzi (1998), vilket är ett intressant fynd då lång erfarenhet inte nödvändigtvis betyder att personalen känner sig trygg i yrket. Orsaken till sambandet mellan ökad oro och lång prehospitall arbetslivserfarenhet skulle kunna vara att flertalet har varit utsatta för hot och våld och därmed är medvetna om riskerna i yrket. En annan orsak skulle kunna vara att de har skaffat familj vilket innebär att deras hälsa och välbefinnande är av stor betydelse för någon annan och inte bara de själva. Den prehospitall arbetslivserfarenheten i den här studien är inom samma tidsintervall med ett undantag och det går därför inte att analysera huruvida oron är större hos personal med lång erfarenhet.

Gemensamt för studierna är dock att hot och våld förändrar attityden och naiviteten hos den drabbade oavsett antal år i yrket. Att det ska krävas en situation med hot och våld innan personalen höjer sitt säkerhetstänk och beredskap är en brist inom den prehospitall verksamheten. Enligt Corbett et al. (1998) och Pozzi (1998) saknar över 70 % av personalen utbildning i att hantera situationer med hot och våld vilket är anmärkningsvärt i ett yrke som dagligen möter potentiella faror. Behovet av utbildning i att hantera fenomenet framgår även i den här studien då det upplevdes som positivt med en önskan om repetition.

## **Yrkesidentiteten passerad – personligheten hotad**

En prehospital vårdssituation är ofta redan från början fylld av stress och yttre påverkan som hot och våld ökar stressen ytterligare. Att vara trygg i sin yrkesroll är en förutsättning för att kunna utföra ett bra jobb och när den tryggheten försvinner i den prehospitala vårdssituationen, utsätts inte bara personalen utan även patienten för fara. Om inte personalen kan utföra sitt arbete på grund av att patienten själv eller någon utomstående utövar hot eller våld kan inte heller adekvat vård ges.

Att frukta för sitt liv och känna dödsångest var känslor som upplevdes i samband med att personal utsattes för misshandel av en patient och enligt Petzäll et al. (2002) är upplevelsen mycket obehaglig redan vid dödshot eller hot om våld. Resultatet beskriver att känslor som chock och rädsla kommer först efter händelsen. Det tydliggör att omedelbart stöd högst sannolikt är den primära och viktigaste åtgärden efter en traumatisk situation med hot och våld. Att stötta genom att ta personal ur tjänst är nog inte helt enkelt, då svårigheten kan vara att personen i fråga, inte anser sig vara påverkad i någon större omfattning. En falsk trygghet skulle kunna upplevas som oproblematiske och personalen skulle inte se något hinder i att jobba på som vanligt.

Grupper som anses svaga och utstötta i samhället upplevdes som potentiella risker i situationer med hot och våld. Fyndet i resultatet stöds av Suserud et al. (2002), Petzäll et al. (2011) och Mock et al. (1998) som visar att alkohol, droger och missbruk ofta var involverat i situationer med hot och våld. Kombination av alkohol, droger och våld behöver inte enbart förekomma i missbrukarkretsar utan kan ske i samhällets alla skikt. På grund av att våldet förekommer i vitt skilda miljöer kan det vara svårt att förutse och därmed förebygga hot och våld. Det kan därmed bli ett överraskningsmoment för ambulanspersonalen och det ger ytterligare stöd för upplevelsen att larm- och dirigeringscentralen hade för kort tid på sig att göra en adekvat bedömning samt att den insamlade informationen var otillräcklig.

## **Erfarenheter ökar beredskap**

Resultatet i studien påvisar att ambulanspersonalen upplevde det lättare att hantera gamla och dementa då stressfaktorn inte känns lika hög och utfallet stöds av Suserud et al. (2002) som slår fast att graden och rädslan av upplevt hot inte är lika stor bland dessa patientgrupper. Det som framkommer i resultatet skulle möjligen till viss del förklara varför personalen kunde bli överrumplad av en situation med hot och våld, då det från början inte fanns någon föräning om en våldsamt situation. En äldre och demenssjuk patient kan trots allt utföra våldshandlingar precis som en yngre patient, i synnerhet med vapen inom räckhåll, även om sannolikheten inte är lika stor.

Sjukdomstillstånd som diabetes och demenssjukdom upplevdes vara risker då patienten kunde bli agiterad. Skillnaden mellan dessa sjukdomar är att agitationen hos patienter med diabetes kan reverseras med enkla medel som mat och medicin medan agitationen hos demenssjuka är svårare att hantera. Även Suserud et al. (2002) påvisade att det fanns ett samband mellan patientens tillstånd och risken om hot och våld. Studien visade att hot från demenssjuka tolererades lättare och det skulle kunna förklaras med att patienten ofta har en hög ålder samt att det är en del av sjukdomens manifest vilket är aspekter som är kända och kanske inte upplevs lika hotfullt.

Yngre patienter upplevdes som en risk då de var mer benägna att använda våld än äldre vilket stöds av Grange et al. (2002) som påvisade att patienter i åldern 30-44 år brukade mest våld. I studien framkommer det dock inte vad som anses vara en yngre patient men den lägre siffran i åldersspannet ovan bör troligen inkluderas i begreppet.

Resultatet visade att det inte fanns någon skyddsutrustning i ambulanserna men användningen av skyddsväst nämndes ändå som en potentiell risk då dess syfte är att skydda mot penetrerande våld vilket kan betraktas provocerande. Västen kan även inge en omotiverad trygghet hos bäraren som kan känna sig säkrare än vad situationen tillåter. I USA däremot, är användningen av skyddsväst mer vanligt, enligt Corbett et al. (1998) och nämner även hjälm som ett exempel. Att använda hjälm som skydd skulle kunna vara ett alternativ även i Sverige då svenska ambulanser är utrustade med det för att skydda mot skador vid bland annat trafikolyckor. Eftersom det redan ingår i ambulansens standardutrustning så skulle det inte öka kostnaderna för verksamheten och hjälmen skulle få ytterligare ett användningsområde. Det skyddar förvisso en liten men viktig del av kroppen och skulle troligen mötas med förvåning av patienter men i en tid där sparkraven ökar och samhällsklimatet hårdnar så måste ambulanssjukvården vara kreativa för att skydda personalen mot hot och våld.

### **Handlingsplan efter tidigare händelse**

Ambulanspersonalens förhållningssätt gentemot patient och anhöriga framkom i resultatet som en viktig faktor för att förebygga hot och våldssituationer. Medvetenheten om kroppsspråket och att bemöta omgivningen med respekt, inklusive anhöriga och närstående var av stor betydelse som skulle kunna förhindra att situationen utvecklades ytterligare i negativ riktning. Ett respektlöst och nonchalant bemötande kan få motsatt effekt genom att patient och närstående inte känner att de blir tagna på allvar och bekräftade. Om situationen redan är laddad kan ett sådant förhållningssätt bidra till att situationen förvärrar hotbilden. I ett ytterligare resultatfynd då patienten var psykotisk, upplevdes det som en stor utmaning i ett adekvat bemötande, då mottagligheten för information var helt blockerad hos en patient. Svårigheten framhävs även av Nyström, Carlsson, Nyberg och Larsson (2009) vilka redogör att en psykotisk patient lever med en förvanskad verklighetsbild och det är av yttersta vikt att tillgodose trygghet säkerhet och ångestlindring, i det vårdande mötet med patienter i egenskap av psykisk ohälsa.

Corbett et al. (1998) nämner användningen av skydd och vapen som exempel på förebyggande åtgärder vilket inte framkommer som något alternativ i den här studien. Nämda studie härstammar från USA som har en mer liberal vapenpolitik än vad Sverige har vilket skulle kunna vara förklaringen till att personalen har tillgång till en större arsenal av skyddsutrustning. I Sverige är måhända våldet mindre utbreddt än vad det är i USA men svensk ambulanspersonal är utan tvivel väldigt utsatt för hot och våld i sitt yrke med små möjligheter att skydda sig när våldet väl inträffar vilket studiens resultat illustrerar. Just därför är det preventiva arbetet oerhört viktigt för att personalen inte skall hamna i en hotfull situation från första början. Användningen av polisassistans var en resurs som utnyttjades ofta av ambulanspersonal i studien om uppdragets karaktär indikerade att den egna säkerheten var hotad.

Även Pozzi (1998) fastlägger att utbildning var en bristvara och i likhet med Corbett et al. (1998) saknades det klara riktlinjer för hantering av hot och våld. Fyndet i den här studien är samstämmigt med tidigare forskning vilket visar att utbildning och riktlinjer inte förekommer i den utsträckning som vore önskvärt och det skapar en otrygghet hos personalen som då inte vet hur de skall skydda sig. Rahmani et al. (2012) konstaterar att 80 % av ambulanspersonalen inte får en adekvat utbildning i att hantera våldsamma situationer. Resultatet visar även om planeringen är noggrann och aktiv på själva hämtplatsen, då placeringen av bår är strategiskt placerad och en flyktväg säkrad, kan en våldssituation inte alltid undvikas. Likaså om yviga gester undviks, att inte skratta och undvika viska eller att prata tyst vilka Nyström et al. (2009) framhåller, kan ändå en våldssituation uppstå.

Dankel (2009) framhäver att det är oundvikligt att ibland behöva ta till våld i ambulansyrket och särskilt då patienten är psykisk sjuk eller missbrukare i någon form. Författaren redogör vidare att *nödvärnsrätten* träder i kraft och måste då ses som en absolut sista möjlighet i en hotfull situation. En händelse som beskrivs i resultatet, då en situation manifesterades av att en patient angrep en av ambulansbesättningen med sparkar mot kroppen. Kollegan som kom till undsättning och använde våld, var ett belägg på hur offensivt våld kunde undvika att en kollega blev illa skadad. Resultatet visar således att flertalet av personalen genomgått utbildning i självförsvar, vilket var särskilt uppskattat men anordnades alltför sällan, som kan medföra svårigheter för en lekman att känna fullständig trygghet i dessa situationer. Dankel (2009) beskriver således tre grundläggande delar: taktisk risk- och hotbedömning, kontroll och tankeprocess, vilket används av polisväsendet i Sverige. Enligt Dankell (2009) är syftet att förtydliga medvetenheten om egna begränsningar, tiden att upptäcka förändringar i en hotfull miljö och att styra observansen mot flera saker samtidigt.

Vidare skulle det kunna vara en utökad handlingsplan när våldet är ett faktum i vårdsituationen och inte kan undanröjas enligt ovan. Med möjlighet kan en kontinuerlig utbildning i självförsvar och polisens strategi vara en del i en handlingsplan för att aktivt förebygga våldsfallet mot ambulanspersonal. Enligt vad resultatet påvisar är det önskvärt att utbildning i självförsvar följs upp och skulle därmed kunna upprepas årligen. Med stöd från tidigare forskning enligt ovan bekräftas det brister i utbildning och klara riktlinjer i att hantera hot och våldssituationer. Då resultatfyndet och tidigare forskning, identifierar psykisk ohälsa, alkohol och droger som den största risken, föreligger det högst sannolikt att inriktningen i en handlingsplan bör prioriteras mot dessa markörer. Med detta är det inte orimligt att ett samarbete med polisen och psykiatrivården impliceras i framtiden för att utveckla och förbättra en komplett handlingsplan mot hot och våld för ambulanspersonal.

## **Slutsatser**

Tidigare forskning har konstaterat att hot och våld inom ambulanssjukvård existerar och är ett utbrett problem i verksamheten. Den här studien har undersökt och analyserat fenomenet på individnivå vilket har resulterat i en djupare förståelse för hur det erfars av ambulanspersonal. Analysen visar att medvetenheten om hot och våld är kraftigt underskattad hos personal som inte varit utsatt för det vilket resulterat i livsavgörande situationer som förändrat tryggheten i yrket för alltid. Att bli fysiskt attackerad av en annan människa är fenomenets ytterlighet och studiens slutsats av det är att erfarenheter av fysiskt våld kräver professionell hjälp. Mindre allvarliga händelser är lättare att bearbeta med hjälp av stöd från kollegor och familj. Studiens förförståelse var att hot och våld var mest uttalat i en större stad vilket resultatet inte kan bekräfta eftersom syftet inte var att jämföra förekomsten av fenomenet. Analysen kan dock konstatera att våldet i en storstad är mycket grovt och att den ökade medvetenheten om den personliga säkerheten efter ett överfall är högst befogad för att förhindra liknande situationer. Att ambulanssjukvården inför nolltolerans mot hot och våld vore önskvärt men fenomenet är komplext och studien visar att det inte finns några gemensamma nämnare för när det kan inträffa.

## REFERENSER

- Arbetsmiljöverket (2011). *Hot och våld inom vård och omsorg*. Stockholm: (Rapport 2011:16).
- Boyle, M., Koritsas, S., Coles, J. & Stanley, J. (2007). A pilot study of workplace violence towards paramedics. *Emergency medicine journal*, vol. 24, no. 11, pp. 760-763.
- Corbett, SW., Grange, JT. & Thomas, TL. (1998). Exposure of prehospital care providers to violence. *Prehospital Emergency Care*, vol. 2, pp. 127-131.
- Dankell, T. (2009). Hot- och riskhantering. I Suserud, B-O. & Svensson, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, vol. 24, no. 2, pp. 105-112.
- Grange, JT. & Corbett, SW. (2002). Violence against emergency medical services personnel. *Prehospital Emergency Care*, vol. 6, no. 2, pp. 186-190.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Mechem, CC., Dickinson, ET., Shofer, FS. & Jaslow, D. (2002). Injuries from assaults on paramedics and firefighters in an urban emergency medical services system. *Prehospital Emergency Care*, vol. 6, no. 4, pp. 396-401.
- Mock, EF., Wrenn, KD., Wright, SW., Eustis, TC. & Slovis, CM. (1998). Prospective field study of violence in emergency medical services calls. *Annals of Emergency Medicine*, vol. 32, no. 1, pp. 33-36.
- Nyström, M., Carlsson, G., Nyberg, U-K. & Larsson-Omerow, P. (2009). Psykisk ohälsa. I Suserud, B-O. & Svensson, L. (red.). *Prehospital akutsjukvård*. Stockholm: Liber AB.
- Petzäll, K., Tällberg, J., Lundin, T. & Suserud, B.-O. (2011). Threats and violence in the Swedish pre-hospital emergency care. *International Emergency Nursing*, vol. 19, pp. 5-11.
- Pozzi, C. (1998). Exposure of prehospital providers to violence and abuse. *Journal of emergency nursing*, vol. 24, no. 4, pp. 320-323.
- Rahmani, A., Hassankhani, H., Mills, J. & Dadashzadeh, A. (2012). Exposure of Iranian emergency medical technicians to workplace violence: A cross-sectional analysis. *Emergency Medicine Australasia*, vol. 24, no. 1, pp. 105-110.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset (2012). *Hot och våld – ett preventionsprojekt*. Göteborg: Ambulans och prehospital akutsjukvård (Slutrapport).

Suserud, B.-O., Blomquist, M. & Johansson, I. (2002). Experiences of threats and violence in the Swedish ambulance service. *Accident and Emergency Nursing*, vol. 10, pp. 127-135.

## Bilaga 1

Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...tar man på sig en väst, ser du det som en patient, vad fäsen har du väst på dig...	Tar man på sig en väst och patienten ser det, väcker det känslor	Provokation	Att uppleva personlig utrustning och attityd som motiv till hot och våld	Erfarenheter ökar beredskap
...vi har mycket social misär, vi har mycket missbrukare, vi har mycket arbetslösa, vi har mycket psyk...	Mycket social misär, missbrukare, arbetslösa, psyk	Sociala problem	Att uppleva sociala problem som motiv till hot och våld	
Så har man en anhörig som säger <i>men gör något, gör något</i> liksom och lite det där aggressiva	Anhörig säger <i>gör något</i> och är lite aggressiva	Aggressiva anhöriga	Att uppleva anhöriga som motiv till hot och våld	
...han var diabetiker och sådant här. Vi tänkte att ja, blir man låg så kan man ju bli lite stökig	Han var diabetiker, blir man låg kan man bli lite stökig	Diabetiker	Att uppleva sjukdom och ålder som motiv till hot och våld	
...han slår ihjäl mig nu om inte jag kommer ut härifrån	Han slår ihjäl mig	Dödsångest	Att frukta för sitt liv och mista kontrollen	Yrkesidentiteten passerad – personligheten hotad
Det har hänt väldigt många gånger att jag har lagt mig på dem	Jag har lagt mig på dem	Övermanna	Att övermanna vid dödligt hot	
...han sparkade mig flera gånger i sidan på kroppen...	Sparkade mig i sidan på kroppen	Fysiskt våld	Att bli utsatt för fysiskt våld	
En anhörig kanske ligger längst in i huset...	En anhörig befinner sig utom synhåll	Anhörig utom synhåll	Att bli överrumplad och känna sig trängd	
...då hade vi inte den där flyktvägen bak	Hade ingen flyktväg	Flyktväg	Att sakna flyktväg	
...var ju att försöka skydda sig och försöka att hjälpa polisen...	Försöka skydda sig och hjälpa polisen	Egen säkerhet	Att värna om den egna säkerheten	
...jag fick ju lite klaustrofobi där...	Jag fick klaustrofobi	Klaustrofobi	Att lida av klaustrofobi	Förändrat psykiskt status
...nu har man ju kanske blivit lite härdad...	Nu har man blivit lite härdad	Ökad tolerans	Att ha ökad tolerans vid mindre våld	
...jag känner mig trygg på dagen	Känner mig trygg på dagen	Tryggare på dagen	Att känna obehag på nätter	
...vi vågade inte riktigt gå fram till honom...	Vi vågade inte gå fram till honom	Hålla avstånd	Att inte våga närma sig patienter vid risk	
Men gå in först innan polisen...känner jag mig inte trygg	Ej trygg att gå in först innan polisen	Otrygg	Att känna sig otrygg i yrket	
Jag får mer stöd från kollegorna mer	Stöd från kollegor	Stöd	Att få stöd efter fysiskt misshandel	
...jag mår illa och jag var tvungen att spy...	Illamående och var tvungen att spy	Mår fysiskt dåligt	Att må fysiskt dåligt efter misshandel	
...man känner ju själv att man har svårt att tänka...	Man har svårt att tänka	Koncentrations-svårigheter	Att lida av koncentrations-svårigheter	
Var du ställer bären så att du inte snubblar över den om du behöver springa ut	Var du ställer bären så att du inte snubblar	Aktiv planering	Att förebygga hot och våld genom aktiv planering	
...ditt kroppsspråk, det gör mycket.	Kroppsspråket gör mycket	Kroppsspråk	Att förebygga hot och våld genom öppet kroppsspråk	





HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

## Informationsbrev till informanter

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att beskriva ambulanspersonalens erfarenheter av hot och våld inom ambulanssjukvården.

Hot och våld är ett arbetsmiljöproblem inom ambulanssjukvården enligt tidigare forskning och vi vill därför beskriva hur personalen upplever hot och våld i arbetet.

Metoden i examensarbetet är empirisk med kvalitativ ansats.

Datainsamling kommer att ske som intervjuer.

Deltagarna skall arbeta inom ambulanssjukvården och ha erfarenhet av hot och våld i yrket. Intervjuerna kommer preliminärt att äga rum vecka 6 och 7 samt ske på lämplig plats efter överenskommelse med deltagaren.

Samtycke inhämtas efter kontakt med respektive informant via e-post eller telefon.

Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort.

Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

---

Patrik Alsbäck  
E-post: S123267@student.hb.se  
Tfn 0762-656337

---

Thomas Bergén  
E-post: thom\_ber@hotmail.com  
Tfn 0703-666266

Handledare  
Andreas Claesson, universitetsadjunkt

Institutionen för vårdvetenskap  
Högskolan i Borås  
E-post: andreas.claesson@hb.se  
Tfn 0704-940546



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

## Verksamhetschefs godkännande av datainsamling

Vi är två sjuksköterskor som studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot ambulanssjukvård, Högskolan i Borås. Som en del i denna utbildning gör vi ett examensarbete på avancerad nivå.

Syfte med examensarbetet är att beskriva ambulanspersonalens erfarenheter av hot och våld inom ambulanssjukvården.

Hot och våld är ett arbetsmiljöproblem inom ambulanssjukvården enligt tidigare forskning och vi vill därför beskriva hur personalen upplever hot och våld i arbetet.

Metoden i examensarbetet är empirisk med kvalitativ ansats.

Datainsamling kommer att ske som intervjuer.

Deltagarna skall arbeta inom ambulanssjukvården och ha erfarenhet av hot och våld i yrket. Intervjuerna kommer preliminärt att äga rum vecka 6 och 7 samt ske på lämplig plats efter överenskommelse med deltagaren.

Samtycke inhämtas efter kontakt med respektive informant via e-post eller telefon.

Uppgifter som kan identifiera deltagare tas bort.

Ingen obehörig har tillgång till datamaterialet.

Vid publicering kommer det analyserade resultatet att vara avidentifierat.

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst avbrytas utan förklaring.

Vi handleds i examensarbetet av nedanstående handledare.

Hälsningar

---

Patrik Alsbäck  
E-post: S123267@student.hb.se  
Tfn 0762-656337

---

Thomas Bergén  
E-post: thom\_ber@hotmail.com  
Tfn 0703-666266

Handledare  
Andreas Claesson, universitetsadjunkt

Institutionen för vårdvetenskap  
Högskolan i Borås  
E-post: andreas.claesson@hb.se  
Tfn 0704-940546