



MALMÖ HÖGSKOLA
Hälsa och samhälle

VÅLD INOM VÅRDEN

EN LITTERATURSTUDIE OM PREVENTION AV
HOT OCH VÅLD INOM VÅRDEN

CHRISTIAN FROST-HANSEN
ONDREJ KEJMAR

Examensarbete i omvårdnad
46-55 p
Sjuksköterskeprogrammet
Juni 2006

Malmö högskola
Hälsa och samhälle
205 06 Malmö
e-post: postmasterhs.mah.se

VÅLD INOM VÅRDEN

EN LITTERATURSTUDIE OM PREVENTION AV HOT OCH VÅLD INOM VÅRDEN

CHRISTIAN FROST-HANSEN
ONDREJ KEJMAR

Frost-Hansen, C & Kejmar, O. Våld inom vården. En litteraturstudie om prevention av hot och våld inom vården. *Examensarbete i omvårdnad 10 poäng*. Malmö högskola: Hälsa och Samhälle, Utbildningsområde omvårdnad, 2006.

Våldet inom vården är något som har ökat mycket på den senaste tiden och media har ägnat allt mer tid till att belysa ämnet. Dock finns det väldigt lite information om hur detta våld kan förebyggas. *Syftet* med denna studie är därför att undersöka hur våld inom sjukvården kan förebyggas. *Metoden* är en litteraturstudie, som i genomförandet inspirerats av Goodmans modell. Urvalet består av 10 vetenskapliga artiklar, som har analyserats och granskats enligt vetenskapliga kriterier. *Resultatet* är indelat i fyra kategorier: Stödåtgärder, utbildning och rutiner, belöningssystem och riskbedömning. Under dessa kategorier finns det beskrivet från de olika artiklarna olika sätt som våld och hot kan förebyggas. Genom stödsamtal och rådgivning kan våldet inom vården minskas och genom utbildning kan personalens attityd och inställning till våldsamma patienter förbättras. Även att göra riskbedömning av patienter har en signifikant effekt på förebyggandet av våldsamma situationer på arbetet. *Slutsatsen* är att det går att förebygga våld inom vården, genom att implementera de metoder som tas upp i denna studie.

Nyckelord: förebyggande, hot, kvantitativ, sjukvård, våld

VIOLENCE IN HEALTH CARE

A REVIEW ON PREVENTION OF THREATS AND VIOLENCE IN HEALTH CARE

**CHRISTIAN FROST-HANSEN
ONDREJ KEJMAR**

Frost-Hansen, C & Kejmar, O. Violence in health care. A review on prevention of threats and violence in health care. *Degree Project, 10 Credit Points*. Nursing Programme, Malmö University: Health and Society, Department of Nursing, 2006.

Violence in health care is something that has increased a lot lately and media has spent more time covering it. But there is very little information on how this violence is preventable. *The aim* of this review is therefore to investigate how violence in health care can be prevented. *The method* consists of a study of literature that in the process has been inspired by the model of Goodman. The sample consists of 10 scientific articles, that has been examined and analysed in accordance to scientific criteria. *The result* has been divided in to four different categories: Acts of support, education and routines, award systems and risk calculation. Under these categories there are descriptions from the articles that show different ways how to prevent violence and threats. The violence in health care can decrease through support and counselling and the health care staff can improve their attitude and ways towards the violent patients through education. Also by making a risk assessment of patients has a significant effect on the prevention of violent situations at work. *The conclusion* is that it is possible to prevent violence in health care, by implementing the methods that are mentioned in this study.

Keywords: health care, quantitative, prevention, threats, violence

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	4
BAKGUND	4
Tidigare forskning	4
Hot och våld	5
Aggressionsteorier	6
Våldets effekter på omvårdnads kvaliteten	6
Lagar	8
Evidensbaserad omvårdnad	9
SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR	9
METOD	10
Datainsamling	10
Dataanalys	11
RESULTAT	13
Stödåtgärder	13
Utbildning och rutiner	14
Belöningssystem	17
Riskbedömning	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion	18
Resultatdiskussion	19
Stödåtgärder	19
Utbildning och rutiner	20
Belöningssystem	22
Riskbedömning	22
VIDARE FORSKNING	23
SLUTSATS	23
REFERENSER	25
BILAGOR	27

INLEDNING

När vi som undersköterskor samt sjuksköterskestuderande arbetat i vården har vi allt oftare stött på situationer då vårdpersonal i samband med omvårdnadsåtgärder blivit utsatta av våldsamma eller hotfulla patienter. Detta är ett allvarligt arbetsmiljöproblem som fått allt mer uppmärksamhet i media. I arbetsmiljöundersökningen 2003 uppstiger den andel kvinnliga sjuksköterskor som uppger att de varit utsatta för hot eller hot om våld den senaste 12 månaders perioden till närmare 40 % (Arbetsmiljöverket, 2006). Våldet inom sjukvården sker ofta vid t.ex. akutmottagningar, jourcentraler och vårdcentraler och kan komma från såväl berusade personer som irriterade anhöriga (Nenzén, 1997).

Sjuksköterskor vid akutmottagningar får ofta korta direktkontakter med vårdtagarna, vilket kan skapa en del stress som kan leda till dramatiska händelser, kanske redan i reception och väntrum. Personalen utsätts ofta för besvikna, labila, provocerande eller aggressiva patienter och hanterar dessutom medicin och utrustning som kan vara attraktiv för missbrukare. Sjuksköterskorna kan också tvingas ge negativa besked eller ge tillsägelser och utsätter sig då för risker som personliga hot, trakasserier, sparkar, slag och grov misshandel. Även rån mot kassor, överfall och våldtäkter har förekommit (a.a.).

Risksituationer uppkommer bl.a. vid oplanerade besök av okända patienter eller folk som inte har behörighet att vistas i lokaler som t.ex. kulvertar och korridorer. Även vid ensamarbete i stängda rum och förflyttningar av vårdtagare på kvällar och nätter kan det ske incidenter. Sjuksköterskor på vårdavdelningar får ofta långvariga och nära relationer till vårdtagarna. Att utsättas för våld och hot från dessa kan därför upplevas som extra plågsamt. Detta är tyvärr inte helt ovanligt inom sjukvården idag (a.a.).

BAKGRUND

Rubriken bakgrund innefattar tidigare forskning, hot och våld där definitioner tas upp, aggressionsteorier som beskriver olika förklaringsmodeller, våldets effekter på omvårdnads kvaliteten, lagar och till sist meningen med evidensbaserad omvårdnad.

Tidigare forskning

Att tidigare forskning i ämnet fått ringa uppmärksamhet i Sverige beskrivs i Menckel (2000). Dock finns det en del litteratur och vetenskapliga studier som fokuserar på arbetsmiljön där våldet anses som ett problem i sjuksköterskans direkta närmiljö. Våld och hot i sjukvården är ett växande problem både i Sverige och internationellt. Detta allt vanligare arbetsmiljöproblem har visat sig resultera i negativa följder för personalen, såsom psykiskt lidande och ekonomiska förluster (Menckel, 2002).

Arbetsmiljöundersökningen för 2003 visar att bland dem som är sysselsatta inom vården har var tredje varit utsatt för hot och våld under det senaste året. Under samma period anmäldes det totalt 874 olycksfall genom våld eller hot om våld som ledde till minst en dags sjukfrånvaro (Arbetsmiljöverket, 2006). Sjuksköterskor kan påverkas negativt av för hög arbetsbelastning på arbetsplatsen. Andra stresskällor kan vara konflikter med såväl sjuksköterskekollegor som läkare samt bristen på stöd i sjuksköterskearbetet. Dessa otillfredsställande arbetsförhållanden kan resultera i sämre utförda arbetsuppgifter, vilket kan leda till att riskerna för att hot och våld som riktas mot sjuksköterskan ökar (Menckel, 2002). Utifrån detta underlag ligger det i vårt intresse att undersöka om hot och våld kan förebyggas och i så fall vilka preventiva åtgärder som kan tillämpas.

Hot och våld

Hot betyder enligt Norstedt svenska ordbok (1999):

”varning om möjlig obehaglig följd som talaren e.d. kan utsätta den tilltalade för, om denne inte handlar på önskat sätt.”

Att hota beskrivs som att:

”varnande tillkännage sin avsikt att utsätta den tilltalade sin avsikt (om denne inte handlar på önskat sätt.)” (a.a.)

Våld beskrivs av (a.a.) som följande:

”användning av fysisk styrka som påtrycknings- eller bestraffningsmedel mot någon.”

Aggression definieras enligt (a.a.) som:

”öppet visad starkt fientlig inställning som hotar att övergå i våldshandlingar”

Begreppen hot och våld kan definieras enligt Sandström (1996), där det skiljs på fysiskt våld och psykiskt våld. Vidare kan dessa delas upp i ilska, aggression och våld. *Ilska* är en subjektiv upplevelse hos den som känner den och kan ibland leda till *aggression*, vilket som beteende är avsedd att orsaka skada. Aggression kan yttra sig som både fysiskt och psykiskt våld. Aggression kan även förekomma utan ilska. Ett exempel är att när vissa konkreta målsättningar vill uppnås, t.ex. som att vara i krig, då våldet används som ett instrument för att uppnå ett mål. Då pratar man om *instrumentellt aggression*. Leder denna aggression till fysiskt våld kallas det för *instrumentellt våld*.

Det finns även ett annat synsätt där aggressionen ses som en evig källa som på ett eller annat sätt ska laddas ur. Ilskan blir en följd av aggressionen. Skillnaderna mellan ilska, aggression och våld är viktiga att göra pga. att man ibland ser ilska eller aggression som jämförbart med våld. I många situationer är ilskan konstruktiv och utgör en nyttig reaktion på en onyttig situation (a.a.).

Vidare beskrivs att *hot* är en form av aggression som skulle kunna kallas för *psykiskt våld*. I detta arbete definieras hot som ett hot om fysiskt våld. Det kan

antingen vara uttalat eller en situation eller stämning som upplevs hotfull (Sandström, 1996).

Aggressionsteorier

Det förekommer en rad olika förklaringsmodeller till aggressivitet och våld. Den som letar efter en enda förklaring till våld och aggressivitet och var det kommer från kommer att bli ganska förvirrad och undra vilken som är den riktiga (Sandström, 1996).

Vi kommer här kort beskriva några av dessa teorier om varifrån aggression kommer.

Det är svårt att i detta sammanhang förbigå Sigmund Freud. Han såg aggressionen som en drift som ständigt måste få utlopp, direkt eller symboliskt. Enligt honom är aggressionen dels en del av sexualdriften och kan bli njutningsfull på ett sexuellt färgat sätt. Dels ses den som att ha sitt ursprung från jag instinkterna, där den ska skydda jaget från frustration, hinder och hot från att tillfredsställa libidon, sexualdriften (Freud, 1983).

Som en motpol till libidon finns dödsdriften som innebär kroppens inneboende tendens till sönderfall och instinkt att utplåna sig själv och andra. Enligt Freud är man tvungen att få utlopp för dessa instinkter (Freud, 1923).

Konrad Lorentz var etnolog som blev känd för sina paralleller mellan djurs och människors aggressiva beteende. Enligt honom samlas det energi i de nervceller som har med det instinktiva beteendet att göra. Det gör att man helt enkelt måste avreagera sig när dessa celler är fulla, även om det inte finns någon speciell anledning (Lorentz, 1974).

Den kritiska teoretikern Erich Fromm skiljer på godartad och elakartad aggression. Den godartade aggressionen är en reaktion på hot som kommer utifrån, medan den elakartade karakteriseras av att man finner dödande och grymhet som lustfyllda beteenden, utan att man behöver någon annan motivation (Sandström, 1996).

Teoretikern John Dollard kom med tesen att om det finns ett aggressivt beteende existerar alltid frustration och tvärtom, att existensen av frustration alltid leder till aggression (Dollard, 1944).

De biomedicinska forskarna har givetvis också kommit med sina teorier. Människans känsloliv styrs i det limbiska systemet. Genom att stimulera olika delar av detta system kan man framkalla eller tränga bort känslomässiga reaktioner som aggressivitet, lustkänslor, kamp och flyktbeteende. Det misstänks att signalsubstanser som noradrenalin, dopamin och serotonin är inblandade (Sandström, 1996).

Våldets effekter på omvårdnadskvaliteten

Att få en klar definition på vårdkvalitet har i ett halvt sekel varit ämne både i allmänna debatter och forskning. Enligt Donabedian (1988 ur Arnetz 2001) bygger kvaliteten på tre byggstenar: struktur, process och resultat. *Struktur* definieras inom vården som det som tillhör vårdarbetsplatsen såsom organisation, personal och lokaler. *Process* rubricerar allt som omfattas av att patienten söker

vård och hur vården produceras, praktiseras och levereras. *Resultat* redogör för vårdproduktionens resultat på patientens hälsotillstånd.

Vidare beskriver Donabedian att teknik och mänsklighet är två tydliga hälso- och sjukvårdsaspekter, och att sjukvårdens tekniska aspekt i allra högsta grad är beroende av den mänskliga, alltså relationen mellan vårdgivare och patient. Hur patientens bedömer tillfredsställelse i den vård hon får, grundar sig alltså i högsta grad av den mänskliga relationen med vårdgivaren (Arnetz, 2001).

I socialstyrelsens (SOSFS 1993:17) författningssamling definieras syftet med omvårdnad enligt följande:

”Syftet med omvårdnad är att stärka hälsa, förebygga sjukdom och ohälsa, återställa och bevara hälsa utifrån patientens individuella möjligheter och behov, minska lidande samt att ge möjlighet till en värdig död.”

”Med omvårdnad inom hälso- och sjukvård avses således hjälp för kortare eller längre tid till personer som på grund av sitt hälsotillstånd inte själva klarar att planera och/eller genomföra handlingar som hör till deras dagliga liv.”

”Omvårdnad omfattar också åtgärder i syfte att skapa en hälsobefrämjande miljö, att undanröja smärta och obehag samt att ge stöd och hjälp åt patienter i deras reaktioner på sjukdom, trauma, funktionshinder och i behandlingssituationer.”

Flera forskningsstudier har studerat relationerna mellan vårdarbetets negativa aspekter samt vårdpersonalens hälsa, välbefinnande och tillfredsställelse, där de ofta i generella termer beskrivs som stress. Dessa studier har i synnerhet undersökt hur negativ arbetsmiljö inom vården påverkar mentalt välbefinnande, utbrändhet, personalomsättning och arbetstillfredsställelse hos vårdanställda. Våld mot vårdpersonal betraktas som en specifik stressor i vårdarbetet och har en negativ inverkan på vårdpersonalens attityder till arbetet, arbetsuppgifterna och patienterna. Ett negativt arbetsklimat uppstår och påverkar vårdgivar-patientrelationen (Arnetz, 2001).

Det negativa klimatet kan leda till att personalen blir mer försiktig och på vakt i sin relation till patienten vilket leder till minskad lyhördhet för patientens önskemål och behov, och kan leda till att patienterna känner sig utelämnade och missnöjda med den vård som erbjuds. Alltså har våld en indirekt negativ effekt på vårdmiljön, och från patientens perspektiv även på vårdkvaliteten. Personal med positiva känslor för sitt arbete skulle i högre grad producera vård som tillfredställde patienternas behov, än de som inte trivdes med sitt arbete. Att patienter är missnöjda skulle kunna leda till en mer negativ inställning till vårdpersonalens arbete och bidra till sämre trivsel för vårdpersonalen (a.a.).

Detta styrker Arnetz m.fl. (2001) i sin studie som gjordes vid regionsjukhuset i Örebro och byggde på tre på varandra följande mätningar åren 1994, 1995 och 1997. I denna studie framkommer just att personal som utsatts för våld på sin

arbetsplats också hade ett högre värde för stress, samt också skattade vårdkvaliteten på den egna vårdenheten lägre än den personal som inte varit utsatt för våld. För att få patienternas perspektiv, bedömdes vårdkvalitet med hjälp av en enkät vid samma tillfälle. Vårdenheter där personalen rapporterade mer våld fick även lägre betyg gällande vårdkvalitet.

Lagar

Enligt Arbetsskyddsstyrelsens föreskrifter har arbetsgivaren en rad skyldigheter som ska följas. Bl.a.:

”Arbetsgivaren skall utreda de risker för våld eller hot om våld som kan finnas i arbetet, samt vidta de åtgärder som kan föräntas av utredningen.” (AFS 1993:2, 2 §).

Det är mycket viktigt att göra en bedömning av risken för våld och hot både för arbetsplatsen i helhet och för speciella arbetssituationer, t.ex. arbete med eller transport av viss patient, klient. En ordentlig kartläggning av arbetet kan vara viktig. Det är viktigt att granskningen leder till ett åtgärdsprogram. Faran avgör vilka insatser som behövs. Dessa kan gälla organisatoriska förändringar, tekniska hjälpmedel, säkerhetsrutiner, anpassning av lokaler, upplysning, utbildning och ingrepp efter inträffad händelse. Genom att se var, när och hur risker förekommer och genom att följa upp den statistik som finns, kan förebyggande åtgärder förbättras (AFS 1993:2, 2 §).

”Arbetet skall ordnas så att risk för våld eller hot om våld så långt som det är möjligt förebyggs.” (AFS 1993:2. 3 §)

Föreskriften säger också att särskilda säkerhetsrutiner bör finnas för arbete som kan föra med sig risk för våld eller hot om våld. Rutinerna skall hållas aktuella och följas upp med jämna mellanrum. Rutinerna skall kännas till av alla arbetstagare som kan beröras av riskerna (AFS 1993:2. 3 §).

Om personalen utför arbete där det finns risk för upprepat eller återkommande våld alternativt hot om våld skall arbetstagarna erbjudas att få speciellt stöd och handledning (AFS 1993:2, 5 §).

Arbetsplatser skall utrustas, formos, planeras och placeras på ett sätt som gör att risk för våld eller hot om våld så långt som det är möjligt förebyggs (AFS 1993:2. 6 §).

Arbetsgivaren bör även se till att:

- det finns larmutrustning där säkerheten kräver det
- det finns färdiga rutiner för vem som tar emot larm och för åtgärder som vidtas när larm har utlösts
- övning av säkerhetsrutiner och åtgärder vid larm genomförs regelbundet
- larmutrustning underhålls och kontrolleras (AFS 1993:2 § 7)

Om en arbetsuppgift medför en påtaglig risk för våld eller hot om våld får den inte utföras av en ensam medarbetare, han eller hon ska ha en kollega med sig som stöd (AFS 1993:2. 8 §).

Arbetsgivaren har även skyldigheter och ansvar om det skulle ske incidenter med hot och våld involverat. Arbetstagare som råkat ut för våld eller hot om våld skall snabbt få stöd och hjälp för att förhindra eller mildra såväl fysisk som psykisk skada. Arbetsgivaren skall ha särskilda riktlinjer för scenarion som detta (AFS 1993:2. 11 §).

Kraven på sjuksköterskan ökar allt eftersom resurser inom hälso- och sjukvården minskas. Möjliga lösningar och möjligheter att nå uppställda mål utan att önska ökade resurser är att prioritera utveckling, forskning och utvärdering. Utvärdering och forskning leder till ökade kunskaper och möjligheter att hitta nya lösningar på problem och frågeställningar, och metoder gällande åtgärder, intervention och teknologi. För att kunna bedriva en trygg vård på säker grund krävs att underlagen för besluten som tas är så säkra som möjligt. En förutsättning för detta är att de människor som arbetar inom vården även har ett vetenskapligt förhållningssätt (Willman & Stoltz, 2006).

Evidensbaserad omvårdnad

Internationellt finns begreppet *evidence-based nursing* (EBN) vilket översätts till evidensbaserad omvårdnad och definieras både som ett förhållningssätt och en process. Denna process innebär att omvårdnadsforskningens vetenskapliga resultat kombineras och kompletteras med annan kunskap om tex. patienters och familjers upplevelser ekonomiska förutsättningar och behov som föreligger inom vården. Att tillämpa den evidensbaserade omvårdnaden i den dagliga verksamheten innebär att sjuksköterskan införlivar de bästa externa bevisen för att tillsammans med patienten besluta om olika omvårdnadsinsatser (Willman & Stoltz, 2006).

Sjuksköterskan måste ha kunskap i att utforma en relevant forskningsfråga och ha insikt i tillvägagångssättet för att söka och finna vetenskaplig litteratur. Likaså måste sjuksköterskan ha kunskap i den process med systematiska led av forskningssteg som eden evidensbaserade omvårdnaden karaktäriseras av, där vikten ligger i att granska resultat som har avgörande betydelse för patientens omvårdnad (a.a.).

Mot ovanstående bakgrund är det av intresse att utforska på vilka sätt preventivt arbete kan genomföras.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med följande litteraturstudie är att kartlägga hur sjuksköterskan kan förebygga hot och våld inom sjukvården.

METOD

För att besvara vår frågeställning bestämde vi oss för att göra en litteraturstudie. Vi inspirerades av och har delvis använt oss av Goodmans modell för att hitta och granska vetenskaplig litteratur inom hälso- och sjukvårdsområdet. Detta innebär att arbetet har skett i olika steg och på ett systematiskt sätt. Vi började med att formulera forskningsproblemet eller frågeställningen för att sedan formulera inkluderings och exkluderingskriterier. Sedan gjorde vi en plan för sökning av litteratur och på vilket sätt den skulle genomföras. Efter det att betydelsefull information hittats granskades och tolkades dessa. Till slut skapades rekommendationer utifrån den kvalitet som bevisen har (Willman & Stoltz, 2006).

Datainsamling

Vi har använt oss av litteratur för att fördjupa oss i ämnet hot och våld, och även undersökt i vilken utsträckning tidigare forskning gjorts. Denna litteratur har vi funnit med hjälp av diverse biblioteks databaser tex. Malmö statsbibliotekets databas Malin. Utöver dessa har vi sökt vetenskapliga artiklar i de sökmotorer som är tillgängliga genom Malmö högskola. Dessa är bl.a. Pubmed, Cinahl, ELIN@malmö, Wiley Interscience, Cochrane library och Blackwell Synergy. De sökord vi började söka med var *violence*, *health care* och *prevention*. Dessa termer använde vi när vi sökte på MeSH-termer. Efterhand lade vi till ytterliggare termer för att utöka vår sökning. Under utformningen av projektplanen gjordes en första generell litteratursökning som sedan vidareutvecklades. När vi inte fick ut mer av att söka på MeSH-termer sökte vi på enstaka ord som fritext, tex. *violence*, *prevention* och *nurse*. Vi fick då ytterliggare träffar som resulterade i fler granskningar av artiklar. Efterhand utökade vi även denna typ av sökning till fler ord för att täcka upp området helt. En del artiklar har vi även kommit över via manuella sökningar. Resultatet av våra sökningar redovisas i tabell 1.

Kravet på att artiklarna ska få vara med i vår studie är:

- Att de är gjorda mellan åren 1996-2006.
- De ska vara publicerade i vetenskapliga tidskrifter.
- De ska vara publicerade på engelska.
- Att de berör vår frågeställning.

Det som kännetecknar en vetenskaplig artikel är enligt Karolinska Institutet (2006):

- Att den är tillförlitligt publicerad, dvs. i rätt dokumenttyp tex. vetenskaplig tidskrift, och att den uppfyller de krav som ställs på en vetenskaplig publicering.
- Att den är vetenskapligt granskad, dvs. att den vetenskapliga tidskriften har ett råd av granskare som godkänt artikeln.
- Att den är tillgänglig för forskare utan restriktioner och att den kan hittas i databaser och kataloger genom bibliotek eller liknande.

Det finns även en del moment som ska ingå i en vetenskaplig artikel. Dessa är:

- Abstract ska finnas och den ska innehålla syfte, metod, resultat och slutsats och även nyckelord som tillkännager artikelns innehåll.
- Introduktion bör finnas där studiens syfte anges, problem framställs, bakgrundsfakta läggs fram och informationsökning beskrivs.
- Metoder som har använts ska beskrivas.
- Resultatet ska redovisas översiktligt.
- Diskussion ska finnas med där det bl.a. tas upp svaga punkter och stärkta resultat.
- Tillkännagivelser där personer som har givit störst bidrag till artikeln redovisas.
- En referenslista bör finnas där alla dokument som nämns i artikeln står med (a.a.).

När sökningen inte gav oss några nya fynd ansåg vi oss ha genomlett området helt och avslutade sökningen.

Tabell 1. Resultat av databassökning.

Databas	Sökord (MeSH/fritext)	Limits	Träffar	Lästa artiklar	Använda artiklar
PubMed 060405	Violence prevention + nurse + Healthcare	1996-2006	319	2	1
060406	Violence AND Prevention and control AND Delivery of Healthcare AND Nurses	1996-2006	81	4	1
Blackwell Synergy 060410	Workplace + violence prevention NOT domestic violence	1996-2006, endast i nursing tidskrifter	171	6	3
Elin 060406	Violence + prevention + hospital	1996-2006	40	2	1*
060411	Violence prevention AND training	1996-2006	69	1	1*
Wiley Interscience 060411	Violence prevention + nursing care	1996-2006	98	4	1
CINAHL 060420	Health care + violence + prevention	1996-2006 Abstract	65	7	2*
060420	Workplace + violence + prevention	1996-2006	25	5	0
Manuell sökning					2

* Artiklar funna på Cinahl och även i fulltext på Elin.

Dataanalys

Till att börja med granskades artiklarna enskilt. Samtidigt som detta gjordes utarbetades ett protokoll i syfte att bedöma kvaliteten på den kvalitativa eller den kvantitativa studien, se bilaga 1, 2, och 3. Dessa är hämtade från Willman och Stoltz (2006) och har modifierats av författarna. Resultatet av denna granskning fördes sedan in i en tabell som redovisas i bilaga 4.

Vad som kännetecknar hög respektive låg kvalitet finns beskrivet i *figur 1* nedan.

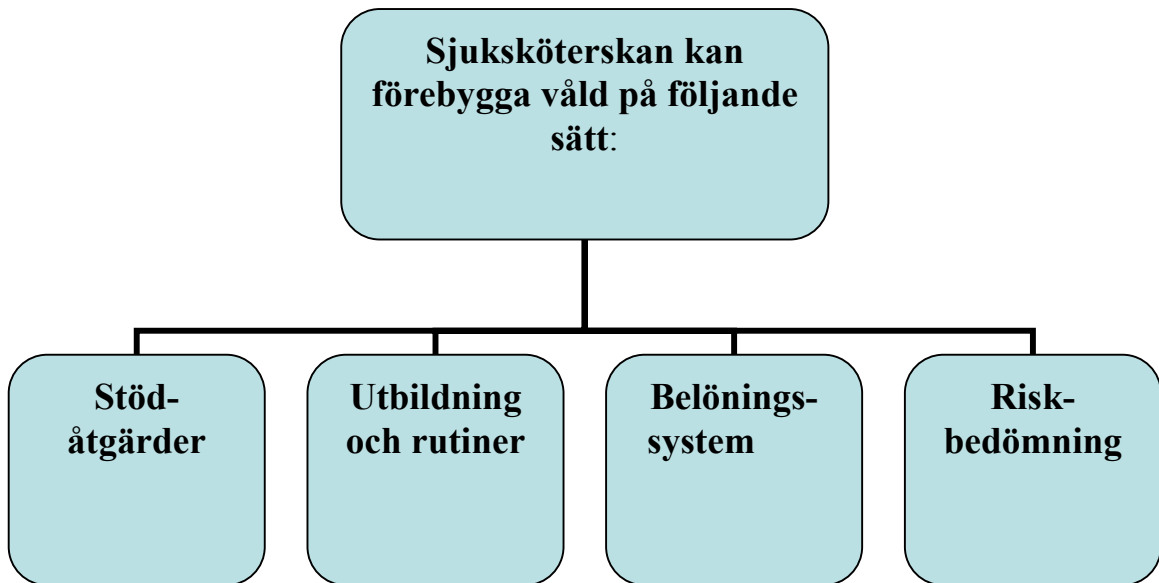
Typ av studie	Hög kvalitet	Låg kvalitet
Kvantitativ studie	<ul style="list-style-type: none"> • Studie av större karaktär. • Bra beskrivning av randomiseringssättet, protokoll, urval och metod. • Tillräckligt stor undersökningsgrupp för att svara på frågan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Studien saknar styrka statistiskt sett. • För dålig redovisning av undersökningsgruppen. • Stort bortfall. • Bristfällig beskrivning av interventionen.
Kvalitativ studie	<ul style="list-style-type: none"> • Tydligt beskrivet innehåll. • Bra beskriven frågeställning. • Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, analys och transkriberingsprocess. • Systematisk dataredovisning. • Tolkning diskuteras där trovärdighet och tillförlitlighet tas upp. • Implikationer för relevant praktik ska tas upp. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oklart beskrivet innehåll. • Dåligt formulerad frågeställning. • Otydlig urvalsprocess, datainsamlingsmetod, analys och transkriberingsprocess. • Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet. • Osystematisk dataredovisning. • Tolkning diskuteras inte tillräckligt. • Inga implikationer för praktik tas upp.

Figur 1. Kriterier för artiklars vetenskapliga kvalitet enligt SBU och SSF, ur Willman och Stoltz (2006), modifierad av författarna.

Artiklarnas kvalitet bedömdes utefter hur många ja- respektive nej svar de uppfyllt gällande innehållskrav på protokollet och räknades därefter om till procent där 60-69% bedömdes som låg, 70-79% som medel, och 80-100% som hög kvalitet. Efter att resultaten från varje artikel sammanfattats, skrevs de ut och lästes igenom enskilt flertal gånger av författarna. Syftet med detta var att författarna ville göra en organisering av resultaten från artiklarna och förenkla struktureringen av materialet. Detta gjordes genom att först enskilt läsa igenom sammanfattningen av resultatet och samtidigt försöka hitta specifika begrepp, mönster eller andra utmärkande underkategorier i texten, och sedan gemensamt sammanställa sina noteringar och skapa de underrubriker eller kategorier som resultaten skulle presenteras under.

RESULTAT

Figur 2 illustrerar kategorisering av resultat.



Figur 2. Struktur för kategorisering av resultat.

Stödåtgärder

I studien av Arnetz m.fl. (2000) delades personalen på 47 arbetsplatser inom akut, geriatrik, psykiatri och hemsjukvård in i en interventionsgrupp (24 arbetsplatser) och en kontrollgrupp (23 arbetsplatser). Vidare fick alla fylla i en enkät angående i vilken utsträckning de varit utsatta för våld under året före studiens början. Sedan registrerades förekomsten av våldsamma incidenter under ett år med hjälp av en checklista (VIF). Sjuksköterskorna i interventionsgruppen fick dessutom medverka i ett strukturerat återkopplingsprogram där omständigheterna kring händelser regelbundet diskuterades i grupp. Efter årets slut utvärderades grupperna på nytt gällande våldsincidenter under studiens gång.

Studien visar att sjuksköterskan kunde förebygga våld inom vården genom att delta i regelbundna gruppdiskussioner av den typ som ingick i interventionsprogrammet VIF. Detta visade sig genom att interventionsgruppen visade signifikanta förbättringar i bedömning jämfört med kontrollgruppen gällande:

- Risksituationer för våld mot personal 36% jämfört med 29%
- Hur potentiellt farliga situationer kan undvikas 34% jämfört med 26%
- Hur sjuksköterskor bäst kan hantera våldsamma patienter eller andra personer 33% jämfört med 25%

I en studie av Runyan m.fl. (2000) beskrev artikelförfattarna en nedgång av överfall på vårdpersonal efter att ha tillämpat ett stödprogram för personal som blivit överfallna. Programmet gick ut på att stödja personalen på sjukhus efter det

överfallet har skett. Studieförfattarna beskrev inte hur stödåtgärderna minskar överfallen, men kom fram till resultatet att de upphöjer den anställdes förmåga att ta hand om aggressiva patienter och därmed förhindra framtida överfall.

Samma författare rapporterade att frånvaro av rådgivning hade samband med ökad inrapportering av post-traumatiskt stressyndrom bland sjukvårdspersonal. De hittade dock ingen skillnad mellan dem som hade fått rådgivning och dem som hade erbjudits men tackat nej.

Vidare beskriver han en annan studie, där en grupp undersöktes före och efter en endags studiecirkel om hur verbalt/fysiskt misshandel kan förebyggas hade genomförts. Anställda upplevde signifikant färre konflikter med patienter men inte några signifikanta färre självrapporteringar vad det gällde händelser med aggressiva inslag i efter studiecirkeln (Runyan m.fl. 2000).

Utbildning och Rutiner

I Peek-Asa m.fl (2002) studie undersöktes effekten av införandet gällande de nya stadgarna Hospital Security Act (AB508) på 197 akutavdelningar i Kalifornien USA. Denna stadga krävde bl.a. att inrättningar inom akutsjukvården regelbundet skulle träna sina anställda gällande säkerhets- och trygghetsåtgärder, genomföra en säkerhets- och trygghetsutvärdering, utveckla och genomföra en säkerhetsplan.

Hur sjukvårdspersonal och i detta fallet sjuksköterskor kan förebygga våldsamma incidenter kan ses i denna studie genom effekten av regelbunden personalträning gällande säkerhet och trygghet, samt vikten av att se över och utveckla sina säkerhetsrutiner. Studien visar att både skador orsakade av patienter och besökande till patienter minskade. Skador orsakade av besökare minskade från 17 % till 1,1 % och patienter från 4,9 % till 1,1 %. Minskningen gällande patienter var dock inte signifikant. Vidare minskade även våldsamma incidenter relaterade till bl.a. alkohol, droger, stress, väntetider och personalens tillgänglighet. Mest påfallande var tillgänglighetsproblemen som minskade signifikant från 40,8 % till 11,6 %, och alkohol som minskade från 88,4% till 75,8% (a.a.).

I en studie av Grenyer m.fl. (2004) utvärderades ett program för minimalisering av aggression och våld. Detta program innehöll fyra delar som lärdes ut vid fyra olika tillfällen. De olika delarna bestod av:

- Att effektivt reagera på utmanande och aggressivt beteende.
- Att minimera aggression i en riskfylld miljö.
- Aggressionsminimering för platschefer.
- Ett repetitionstillfälle som ska genomföras minst en gång vart annat år.

Författarna kom med sin studie fram till att sjukvårdspersonalen som deltog i de olika utbildningsstegen var nöjda med innehållet, träningen, målet och syftet med denna utbildning. När deltagarna hade slutfört träningen indikerade de att de ökat sina kunskaper om varför patienter kan bli våldsamma, signifikant förbättrat sina attityder och inställning till att jobba med våldsamma patienter och hade fått bättre självförtroende att hantera våldsamma incidenter. Det påvisades även en signifikant reduktion av inrapporterade våldsincidenter på avdelningen. Enligt författarna var innehållet i programmet mycket lämpligt att använda för att skapa en säker arbetsplats. Dessutom visade resultatet att ju fler av de fyra delkurserna

som slutfördes, ju högre blev förtroendet att hantera våldsamma situationer, vilket i sin tur ledde till färre incidenter.

I studien av Calabro m.fl (2002) utvärderades effekten av att personalen på ett psykiatriskt akutsjukhus i sydvästra USA genomgått ett interventionsprogram. Utvärdering gjordes före och efter att personalen deltagit i programmet. Interventionprogrammet var en kombination av *The Nonviolent Crisis Intervention (CPI)* och *Handle with Care*. Målet med *The Nonviolent Crisis Intervention* var att personalen skulle öka sina kunskaper och effektivitet gällande möjligheter att förebygga, samt desarmera hotfulla situationer och därmed misshandel. Programmet lade tyngdpunkten på att hos patienterna identifiera verbala och icke verbala signaler potentiella att eskalera i fysiska angrepp. *Handle with Care* var ett program med kombinerade föreläsningar och demonstrationer för hantering av aggressiva patienter där gruppdynamik, riktlinjer, metoder i självförsvar och fasthållning av potentiellt våldsamma patienter togs upp.

Resultaten vid utvärderingen efter genomgången utbildning jämfördes med resultaten från utvärderingen innan träningen. Under studiens gång sjönk antalet våldsincidenter relaterade till fasthållande av patient till under 130 rapporterade fall, vilket var lägre än någonsin och samtidigt enligt författarna bevisar det effekterna av interventionsprogrammet. De fyra variabler som mättes hos personalen var kunskap, attityd, egenuppskattning av effektivitet och tydliggörande av avsikterna med sitt beteende. Efter att ha deltagit i interventionsprogrammet hade personalen vid uppföljningen:

- Förbättrat sina kunskaper.
- Förbättrat sina attityder angående användande av metoderna som presenterades i träningsprogrammet.
- Rapporterat högre grad av självförtroende och ökad egenuppskattning av effektivitet gällande det egna avgörandet i att använda metoden.
- Ökat sin förmåga att tydligare visa avsikterna med sitt beteende

Nachreiner m.fl. (2005) visade på effekten av att träna på arbetsrelaterad våldsprevention. De undersökte bl.a. vad det var för ämne som sjuksköterskorna blev utbildade eller tränade i. De mest frekventa ämnena var utbildning

- i hur arbetsrelaterat fysiskt våld rapporterades.
- i hur arbetsrelaterad antastning rapporterades.
- i hur aggressiva/våldsamma patienter hanterades.
- gällande riskfaktorer för våld.
- i hur säkerhetslarm och andra säkerhetsutrustning hanterades.
- om arbetsrelaterade våldspreventionsföreskrifter.
- i självförsvar.

Utbildning i två av de sju ämnena (arbetsrelaterade våldspreventionsföreskrifter och rapportering av arbetsrelaterade antastning) visade sig vara skyddande. Dock var resultatet inte signifikant.

Mängden av träning som sjuksköterskorna genomgått undersöktes också. Det rapporterades att nästan hälften av de sjuksköterskor som deltagit i studien hade genomgått utbildning för våldsprevention och nästan fyra av tio hade genomgått den inom det senaste året. När de blev specifikt frågade om utbildningen som

skett det senaste året svarade en tredjedel att utbildningen skett vid ett eller två tillfällen i mindre än fem timmar. De blev även frågade när kunskapen de fått kändes som mest betydelsefull. Författarna kom fram till att effekten av utbildningen var tydligast direkt efter utbildningen för att sedan avta desto längre tid som passerade. Det betyder utbildningen som sjuksköterskorna gick igenom var mest våldsförebyggande direkt efter avslutad träning för att sedan avta. För att förebygga våld på bästa sätt bör det därför hållas återkommande utbildningar med jämna mellanrum (Nachreiner, 2005).

I studien av Runyan m.fl. (2000) togs även fem metoder upp som enligt artikelförfattarna riktade sig mot att lära sjukhuspersonal att hantera patienters beteende. I en studie identifierades 60 procentigt deltagande i utbildningen av personal inom nio psykiatriska avdelningar (högt deltagande). Dessa avdelningar upplevde ingen reduktion vad det gäller aggressiva incidenter jämfört med arton psykiatriska avdelningar med lågt deltagande. Det rapporterades däremot tre gånger mindre skador som var våldsrelaterade.

I samma artikel undersöktes 96 sjuksköterskor som hade utbildats och tränats i aggressions-kontrolltekniker. De fann att personal som utbildats upplevde färre övergrepp än de som inte hade tränats. Alltså var dessa tekniker användbara när det gäller att förebygga hot och våld (Runyan m.fl.2000).

I en studie av Badger & Mullan (2003) undersöktes hur bl.a. sjuksköterskor inom geriatriken upplevde den träning som de fått för att hantera aggression och våld och hur relevant de ansåg den vara. Utbildningen och träningen kunde innehålla en rad olika ämnen som verbal misshandel, nedtrappning av hotfulla situationer, igenkänning av aggressionstecken och bedömning av situationen. 87 % av den tillfrågade sjukvårdspersonalen ansåg att den träning de fått var betydelsefull eller mycket betydelsefull och att de kunnat implementera den i jobbet på ett effektivt sätt.

Utbildningslängden för de tillfrågade varierade från mindre än en timme ända upp till två dagar. 34 % hade fått en till två timmars utbildning och 30 % hade halvdagsutbildning. Det fanns en signifikant relation till den utbildningslängd som sjukvårdspersonalen fått, och de antal våldsamma incidenter personalen varit inblandad i dvs. att mer träning leder till mindre våldsamma incidenter. Mer än en tredjedel av dem som var med i studien ansåg att mer träning och utbildning behövdes. Endast 26 % av dem som inte varit involverade i en våldsam situation på arbetet ansåg att mer träning och utbildning behövs. Av dem som varit inblandad i våldsamheter på jobb ansåg hela 45 % att de behövde mer utbildning. En av anledningarna till detta var att de kände sig tryggare i att hantera våldsamma situationer. Författarna tog slutsatsen att personal som känner trygghet i sådana situationer hanterar dem på ett bättre sätt (a.a).

I en studie av Shah & De (1998) utbildades personalen på en psykiatrisk avdelning i ett försök att minska aggressiviteten. I utbildningspaketet ingick bl.a. :

- Stöd
- Tillfälle för sjuksköterskorna att ventilera sina känslor.
- Dela med sig av kunskap inom aggressivt beteende.
- Litteraturgenomgång.

Studien gjordes i tre faser. Under den första fasen bestämdes ett mått på den för tillfället normala aggressionsnivån. I andra fasen implementerades utbildningspaketet samtidigt som aggressionsnivån mättes. I tredje fasen mättes endast effekten av utbildningen. Aggressionen mättes med instrument som mätte både antalet incidenter och djupet/allvaret av incidenten. Resultatet visade att det fanns en signifikant minskning av både antalet och allvarligheten av aggressiva incidenter i fas tre jämfört med fas ett. Det fanns även en signifikant minskning av allvarligheten av aggressionen i fas tre jämfört med fas 2, men inte när det gällde antalet aggressionsincidenter (Shah & De 1998).

Belöningsystem

LePage m.fl (2003) gjorde en studie där en ny metod för att minska våldet inom en psykiatrisk avdelning testades. Metoden gick ut på att bra uppförande belönades med förmåner att göra andra roliga saker. Exempel på sådana förmåner kunde vara extra röktillfälle, tillgång till mer TV eller radio etc. Sjuksköterskorna som jobbade på avdelningen utbildades först i hur belöningssystemet fungerade. Alla patienter som medverkade i studien gjorde det frivilligt efter att de blivit informerade om vad programmet innebar. Resultatet av denna studie var positivt. Det totala antalet skador på avdelningen minskade med 33 %. Skador på sjukvårdspersonalen som både orsakade frånvaro från arbetet och som inte ledde till frånvaro minskade med 21 %. Av dessa orsakade en fjärdedel sjukfrånvaro från arbetsplatsen. Genomsnittligt ledde detta program till att sjukfrånvaron hos personalen minskade med 146 timmar per år på denna avdelning. Skador på patienter som orsakats av andra medpatienter gick ner med hela 48 %. Genomsnittligen rapporterades 55 mindre skador per år vilket i sin tur ledde till att 27.5 mindre timmar per år användes av sjuksköterskor för att sköta om dessa skador. Detta resultat tyder på att metoden har en bra effekt på förebyggning av våld även mellan patienter.

Riskbedömning

Gale m.fl.(2002) undersökte vilka åtgärder som vidtogs för att förhindra olika typer av hot och våld inom psykiatriska avdelningar, och om dessa åtgärder fungerade. De typer av incidenter som undersöktes och var av intresse att förhindra var materiell skadegörelse, försök till överfall och fysiskt våld och sexuella trakasserier. Däremot visade det sig att kartläggning av högriskpatienter dvs. våldsbenägna patienter ledde till en nedgång av skadegörelse på egendom. Resultatet i denna studie påvisar att många preventiva åtgärder faktiskt har en motsatt effekt.

Runyan m.fl. (2000) skrev även i sin artikel om en studie som hade koncentrerat sig på administrativa strategier på sjukhus. Där utvärderades en metod där patienter med misstänkt eller känd våldsamhet flaggades, dvs. markerades i datorn. Varje gång deras namn dök upp i datorn visades denna ”varning” så att personalen blev medvetna om att patienten eventuellt kunde bli våldsam. Vid undersökning av data ett år innan och ett år efter införningen av detta system fann författarna en signifikant nedgång av incidenter som involverade våld. Den förebyggande effekten var uppenbar.

DISKUSSION

Vi har valt att dela upp diskussionen i metoddiskussion, resultatdiskussion och vidare forskning.

Metoddiskussion

Valet att göra en litteraturstudie berodde på att vi först hade tänkt göra en empirisk studie gällande våldsamma patienter inom akutsjukvården, men detta var dessvärre inte möjligt beroende på att det tyvärr inte finns resurser att avsätta personal på akutavdelningarna till enkät- eller intervjutid.

Fördelarna med att göra en litteraturstudie är att det sparar tid, är kostnadseffektivt och att bevis och resultat snabbt framkommer. I vårt arbete har vi endast använt oss av kvantitativa studier, vilket kan ses som en nackdel. Om en kombination av både kvalitativa och kvantitativa används ger det troligen ett mer djupgående och bredare perspektiv och är mer uttömmande.

En annan fördel med att göra en litteraturstudie är att författarna till artiklarna har tillgång till mycket material och tydligt kan se mönster i sin forskning. Det komplexa innehållet som är skapat utifrån en mängd olika källor ger en bra helhetsbild. Däremot kan en av bristerna med att göra en litteraturstudie vara att forskarna lägger in sina egna tolkningar och värderingar i det de analyserar, vilket kan leda till ett missvisande resultat.

Vidare anser vi att användandet av Goodmans modell enligt Willman & Stoltz (2006) har varit användbar och hjälpt oss att organisera och skapa den struktur vi från början sökte. Gällande vår kvalitetsbedömning, använde vi oss av kvalitetsbedömningsformulär från Willman och Stoltz som vi beskriver i delen dataanalys. Dessa hjälpte oss att värdera kvaliteten på våra artiklar men skapade också några tvivel för oss gällande formulärens trovärdighet. Tvivlen gällde antalet ja- och nej svar, och överföringen av dessa till procentuell kvalitetsskattning. Vi anser att protokollets olika kategorier skiljer sig åt i värde, och borde inte betygsättas med samma poäng. Hade vissa kategorier med större betydelse kunnat ges högre poäng, så hade detta stärkt kvalitetsgranskningens noggrannhet och granskningen fått högre trovärdighet.

Vi hade i början tänkt oss att inrikta oss endast på sjuksköterskor inom akutsjukvården men fick ge efter för avdelningar såväl inom psykiatri och geriatrik. Likaså var det svårt att hitta studier som enbart omfattade enbart sjuksköterskor, vilket gjorde att vi fick utöka våra sökningar till att omfatta sjukvårdspersonal i allmänhet. Detta gjorde vi med tanke på att t.ex. undersköterskor har minst lika mycket om inte mer patientkontakt än sjuksköterskor både inom akutsjukvård, geriatrik och psykiatri.

Från början hade vi planerat att göra en evidensgradering av vår studie. Detta för att klargöra för läsarna vilken nivå av kvalitet vår studie uppfyller. Detta görs enligt SBU bland annat genom att titta på om studien är tillräckligt stor, om det är en lämplig studietyp, hur väl genomförd och analyserad den är. När det väl var dags att göra denna var tiden knapp och vi valde därför att utelämna den ur vårt arbete.

Resultatdiskussion

I vårt resultat har vi svarat på vår frågeställning genom att dela in artiklarna under fyra rubriker. Dessa är reflektioner, utbildning/rutiner, belöningsystem och riskbedömning. Vi kommer att diskutera resultatet utifrån dessa fyra rubrikerna.

Stödåtgärder

Runyan m.fl. (2000) skildrade artikelförfattarna en minskning av överfall på vårdpersonal efter att ha tillämpat ett stödprogram för personal som blivit överfallna. Vi har kommit fram till att användandet av ett stödprogram för personal inom vården har en positiv inverkan på våld och hot på arbetsplatsen. Att få prata ut om incidenter som har varit hotfulla, obehagliga och pressande verkar enligt studien ha en lugnande och till viss del förebyggande effekt. Detta kan bero på att personalen som varit inblandad i dessa otrevligheter känner igen situationen och vet hur man själv känner inför sådana situationer och reagerar då på ett specifikt sätt.

Samma författare skrev också i sin artikel om en studie som visade att otillgänglighet av rådgivning hade samband med ökad inrapportering av post-traumatiskt stressyndrom bland sjukvårdspersonal. Detta betyder att om de anställda får prata ut om de incidenter de är med om på jobbet ger det en positiv effekt som visar sig genom att bl.a. post-traumatiskt stressyndrom minskar. Skulle rådgivning av denna typ göras mer tillgänglig kunde eventuella sjukskrivningar pga. denna orsak minskas och leda till att sjukvårdspersonalen hade kunnat jobba längre utan att känna sig utbrända eller trötta på jobbet. Denna studie är dock inte randomiserad, och då uppstår frågan om hur författarna har gjort för att välja ut sina deltagare till studien.

Vidare beskriver författarna en annan studie där en grupp undersöktes före och efter det att en endags studiecirkel, om hur verbalt/fysiskt missbruk kan förebyggas hade genomförts. Anställda upplevde signifikant färre konflikter med patienter efter studiecirkeln genomförts.

Detta betyder att om arbetsplatsen bara tar sig tid att utbilda sjukvårdspersonalen har detta en signifikant effekt på hur våldsamma situationer på jobbet hanteras. Det behöver inte kosta arbetsplatsen så mycket och behöver inte heller ta upp för mycket tid. I studien ifråga hade de genomfört en endagsutbildning som visade sig ha bra effekt för de anställda. Mycket handlar tyvärr om resurser och tid, men det lönar sig i längden i form av mindre sjukskrivningar och nöjd personal.

I studierna framkommer det dock inte vilket kön de undersökta har och inte heller könsfördelningen. Detta är något som inte redovisas i artiklarna och kan medföra att resultatet eventuellt inte kan generaliseras. I studierna redovisas inte heller klart och tydligt i vilken typ av miljö studierna är genomförda i. Om de är gjorda i sjukhusmiljö eller inom psykiatri kan ha en ganska stor betydelse om man ska implementera dem eller inte. Studiedesignen som författarna har använt sig av är knapphändigt beskrivna vilket gör att det skulle bli svårt att åter igen genomföra studien.

Studien av Arnetz m.fl. (2000) visade att sjuksköterskan kunde förebygga våld inom vården genom att delta i regelbundna gruppdiskussioner av den typ som ingick det interventionsprogram som användes, och därigenom förbättra de fyra variabler som mättes jämfört med den kontrollgrupp. Dessutom använde de sig av

en checklista (VIF) som är framtagen för att underlätta incidentrapportering. Här visas tydligt vikten av att personalen får tillfälle att reflektera och diskutera hur incidenterna eller situationerna uppstod, hur de hanterades och vad de resulterade i. Vi tycker att personalens bearbetning tillsammans med arbetskollegerna är ett viktigt steg, vilket i sig underlättar, skapar trygghet och stärker personalen i deras sätt bemöta och hantera risksituationer för hotfullt och våldsamt beteende bättre, samt att de får den kunskap som krävs gällande hantering av kommande situationer (Arnetz m.fl. 2000).

I denna studie bestod urvalet av blandade avdelningskategorier inom såväl akut, geriatrik och psykiatri. Dessutom fanns inga signifikanta skillnader hos personalen som deltog gällande kön eller ålder vilket vi tyckte var ett representativt urval och vilket också gjorde studien generaliserbar, speciellt eftersom den var gjord i Sverige (a.a).

Utbildning och Rutiner

Grenyer m.fl. (2004) kom med sin undersökning fram till att sjukvårdspersonalen som deltog i fyra olika utbildningssteg som erbjöds tyckte att kursen var mycket relevant. När deltagarna hade slutfört träningen visade de att de ökat sin kunskap om varför patienter kan bli våldsamma, signifikant förbättrat sina attityder och inställning mot våldsamma patienter och gett ökat självförtroende att hantera våldsamma incidenter. Dessutom visade det att ju fler av de fyra delkurserna som slutfördes, ju högre blev förtroendet att hantera våldsamma situationer, vilket i sin tur ledde till färre incidenter.

Den inställning sjukvårdspersonalen har gentemot de patienter som finns är grundläggande för hur de bemöts och behandlas. Är den då fel från början kommer det att påverka den vårdkvalitet som patienten får och går emot den principen som säger att alla har rätt till samma vård. Om denna inställning kan förbättras med kurser borde den erbjudas till alla inom sjukvården.

Några begränsningar som denna studie hade var att den utfördes på sjukvårdspersonal som hade mycket erfarenhet. Om den hade utförts på mindre erfarna kanske de hade funnit innehållet mindre bra och inte hanterat de våldsamma situationerna med samma självförtroende och med samma attityd. Undersökningen gjordes dessutom på en ganska liten grupp sjukvårdspersonal. Dessutom var det mer än dubbelt så många kvinnor som män som deltog. Detta kan medföra att inte resultatet kan generaliseras på samma sätt som om de varit lika många av varje.

Nachreiner m.fl. (2005) gjorde en studie om effekten av att träna på arbetsrelaterad våldsprevention. De undersökte bl.a. kvantiteten av träning som sjuksköterskorna undergått. De blev även frågade när kunskapen de fått kändes som mest väsentlig. Författarna kom fram till att effekterna av utbildningen var tydligast direkt efter utbildningen för att sedan avta ju längre tid som passerade. För att på ett optimalt sätt använda de kunskaper som sjuksköterskorna har fått vid utbildningen anser vi att arbetsgivaren bör ha tillfälle för uppdatering och uppträning. Detta skulle i så fall på lång sikt ge en arbetsplats med mindre hot och våld och ge en tryggare tillvaro för alla inom den miljön.

I studien har författarna inte undersökt kvaliteten på utbildning som sjuksköterskorna fått pga. det stora antalet undersökta personer. Även om

träningen har innehållit samma ämnen kan alltså effekten av träningen ha varierat. Detta kan ha påverkat resultatet på det sättet att en sjuksköterskas förmåga att hantera våldsamma situationer är nedsatt redan från början jämfört med en annans. Resultatet av effekten av utbildningen efter en viss passerad tid blir då missvisande.

I en studien av Badger & Mullan (2003) undersöktes hur bl.a. sjuksköterskor inom geriatriken uppfattade den träning som de fått för att sköta aggression och våld och hur väsentlig de ansåg den vara. 26 % av de som inte varit inblandad i en våldsam händelse på arbetet menade att mer träning och utbildning behövs. Av de som varit inblandad i våldsamheter på jobb ansåg 45 % att de behövde mer utbildning. Detta resultat menar vi beror på att de som har varit i en hotfull situation där risk för ens egen säkerhet funnits uppskattar träning mer och inser behovet av denna utbildning mera. De som aldrig befunnit sig i detta läge kan inte alltid sätta sig in i hur det känns och ser då inte vikten av lära sig hantera hot och våld.

Dock finns det en del begränsningar i denna studie. Antalet svar på de enkäter författarna skickade ut var endast 34 %, totalt 96 personer. Det är en siffra som vi anser var lite för låg. Sen var endast hälften av de svarande sjuksköterskor, resten bestod av arbetsterapeuter, sjukgymnaster, talpedagoger och psykiatriker. Det medför en viss tveksamhet till om det går att generalisera resultatet till bara sjuksköterskor och undersköterskor. Hela 96 % av dem som svarade var kvinnor. Detta är en stor begränsning som enligt vår bedömning gör resultatet av studien osäkert. Dessutom var 4 av 10 svarande mellan 30 och 39 år gamla vilket kan ha en betydelse för resultatet.

I en studien av Shah & De (1998) utbildades sjukvårdspersonalen på en psykiatrisk avdelning med syfte att minimera aggressiviteten. Studien visade att där fanns en signifikant minskning av både mängden och allvarligheten av aggressiva incidenter. Då kan man undra om utbildningspaketet verkligen minskade det aggressiva beteendet eller ökade det bara toleransen och tröskeln för rapportering. För att detta ska besvaras krävs förmodligen ytterliggare studier. Dock visar resultatet i denna studie att den utbildning som har givits de anställda har haft en tydlig effekt och bör därför övervägas för användning av andra psykiatriska enheter. Däremot kan det vara svårt att implementera den inom andra typer av avdelningar eftersom den är avsedd för psykiatrin. En annan begränsning som upptäcktes var att studien inte var randomiserad, dvs. att deltagarna inte har utvalts slumpmässigt. Detta kan påverka studien på det viset att författarna kan ha valt deltagare med en viss förkunskap om aggressionsförebyggning och på så vis blir resultatet missvisande. Undersökningen saknade också en jämförelse eller kontrollgrupp som resultatet kunde jämföras med.

Studien av Peek-Asa (2002) visade på att regelbunden träning av personalen, samt översikt och utveckling av säkerhets rutiner ledde till en minskning dels av skador orsakade av patienter och även av besökande till patienter. Likaså minskade antalet våldssituationer relaterade till alkohol, droger, stress, väntetider och tillgänglighet. Detta visar vikten av att sjukhusens rutiner hela tiden måste ses över och utvecklas för att på bästa sätt kunna bemöta och hantera de många olika typer av patientkategorier och problem som personalen på akutavdelningar varje dag stöter på. Det finns vissa aspekter i studien som minskar dess trovärdighet, exempelvis beskriver inte studien om deltagarna i början och senare i

uppföljningsstudien är från samma avdelningar och vidare jämför man sjukhus inom vilka det kan föreligga helt olika risker för våld. Med tanke på dessa begränsningar samt att risker och våldstatistik i Kalifornien är svår att jämföras med den i Sverige och Skandinavien, tycker vi att studien ändå är generaliserbar pga dess stora upptagningsområde och att den skulle kunna tillämpas exempelvis i Sverige.

Under studien av Calabro m.fl (2002) sjönk antalet våldsincidenter relaterade till fasthållande av patient under 130 rapporterade fall, vilket var lägre än någonsin och samtidigt bevisar effekterna av interventionsprogrammet. De fyra variabler som mättes hos personalen i och samtliga förbättrades var kunskap, attityd, egenuppskattning av effektivitet och tydliggörande av avsikterna med sitt beteende. I studien användes ett brett urval både gällande kön och personalkategori vilket är positivt med tanke på att vi tidigare tagit upp variation i personalkategorier kontra patientkontakt. Interventionsmetoden är vidare även konstruerad på ett sätt som gör att den ska fungera såväl inom hälso- och sjukvård, som skolor och med viss modifiering är den användbar inom flertalet av sjukvårdens specialiteter trots att det i denna studie endast gäller ett psykiatriskt akutsjukhus. Validiteten av de granskningsinstrument för de variabler som mättes tycker vi också är hög med tanke på att de granskats av experter inom psykiatri och experter på utvärderingstekniker. Dock saknade studien en kontrollgrupp p.g.a. att det inte var möjligt att hitta ett sjukhus med samma karaktär, vilket hade kunnat öka studiens trovärdighet.

Belöningsystem

LePage m.fl (2003) beskrev i sin artikel en ny metod som gick ut på att bra uppförande belönades med förmåner att göra andra roliga saker. Resultatet av den studie som utfördes visade att det totala antalet skador på avdelningen minskade med 33 %. Skador på sjukvårdspersonalen som både orsakade frånvaro från arbetet och som inte ledde till frånvaro minskade med 21 %. Resultatet bevisar att om människan bara ges lite positiv förstärkning kan vi lära oss vad som helst. Vi är alla intresserade av att ha det så bra som möjligt och krävs det då lite av oss tror vi att det flesta är villiga att göra lite uppoffringar. Är det moraliskt riktigt att locka människor med belöningar för att få fram ett visst beteende som tillfredsställer ens egna behov.

Det finns vissa faktorer som kan ha påverkat resultatet i denna studie. Framförallt personalen som har jobbat på avdelningen ifråga har haft en stor roll. Har det varit stor omsättning på de anställda kanske de inte har haft tid att lära sig belöningsystemet ordentligt. Det gäller även att de har haft samma värderingar vad det gäller beteende som ska bestraffas, annars kan det ha lett till att vissa patienter har känt sig orättvist behandlade. En annan aspekt som bör beaktas är att studien är gjord på en sluten psykiatrisk avdelning där patienterna bor. Denna metod är förmodligen inte applicerbar inom någon vårdkontext eftersom det krävs en miljö där patienten befinner sig i stort sett dygnet runt.

Riskbedömning

Gale m.fl.(2002) gjorde en studie där det visade sig att kartläggning av högriskpatienter dvs. våldsbenägna patienter inom psykiatri ledde till en nedgång av skadegörelse på egendom till följd av minskade aggressiva tendenser. Det finns dock en hel del invändningar mot denna studie. Endast 55 % av de utskickade enkäterna returnerades. Detta ger ett resultat som inte är helt generaliserbart

resultat. Sen var det arbetsplatschefen som svarade på enkäten, vilket kan ses som en felkälla. Eftersom denna studie genomfördes inom psykiatri kan den inte heller överföras till andra institutioner inom sjukvården. Författarna har i artikeln inte heller beskrivit metoden på ett sätt som önskats. Vilka typer av frågor som finns med på enkäten är inte redovisade. Själva analysen av materialet som samlats in är väldigt kort beskriven och uppfyller inte behovet. Som slutsats har vi kommit fram till att kvaliteten på denna artikel är låg och därför är resultatet inte applicerbart till andra studier som eventuellt skulle göras med detta som bakgrund.

Runyan m.fl. (2000) skrev även i sin artikel om en metod där patienter med misstänkt eller känd våldsamhet flaggades, dvs. markerades i datorn. Där fann författarna en signifikant nedgång av incidenter som involverade våld. En stor fråga med dessa två studier om riskbedömning i bakhuvudet är om det är etiskt förvarbart att använda sig av metoder som dessa. Det måste betyda att sjukvårdspersonalen tar reda på saker om patientens förflutna, och skriver det i en handling som till viss del blir tillgänglig för en hel del människor. Förhoppningsvis är det bara personalen som får tillgång till sådan här information men det kan betyda ett stort antal personer. Detta kan betraktas som integritetskränkande och nedtryckande för en del.

Det resultat vi fått styrker flera av de tidigare resultaten, som beskrivs till exempel i den litteratursammanställning gjord av Farell & Cubit (2005). De beskriver i sin studie flertalet tidiga träningsprogram utformade att hjälpa personal hantera störande beteende på arbetsplatser. En av de tidigaste programmen var framtaget på ett psykiatriskt sjukhus i Texas USA redan 1976. Syftet med programmet var just att förebygga potentiellt våldsamma situationer, och hantering av dessa. Resultaten visade på att träningsprogrammet ledde till färre skador hos personalen, samt ökade deras självförtroende gällande hantering av aggressiva och våldsamma patienter.

Vidare forskning

Vidare forskning inom detta område skulle t ex kunna vara en empirisk studie, för att följa upp denna studie och ta reda på om det finns några metoder som används inom sjukvården i Sverige för att förebygga hot och våld. Då skulle även effekten av dessa kunna mätas.

Större delen av urvalet i denna studie består av kvinnor och sett ur ett genusperspektiv kan resultatet då vara missvisande. Därför hade det varit lämpligt att utföra fler studier där männen är lika väl representerade som kvinnorna för att få ett mer rättvist resultat.

SLUTSATS

Resultatet i vår studie visar att implementering av stödåtgärder för vårdpersonal har en positiv inverkan vad det gäller förebyggande av våld inom vården. Det framgår även att genom utbildning av personalen, till exempel i hantering av hotfulla eller våldsamma patienter och genom att man ser över och utvecklar rutinerna på avdelningarna, kan minska personalens risker markant. Signifikanta

resultat har setts även om utbildningstillfällena varit av kortare slag, vilket visar att det inte krävs speciellt komplicerade och tidskrävande utbildningar.

Genom att tillämpa åtgärderna som beskrivs i resultatet kan det skapas en tryggare och effektivare arbetsmiljö vilket gynnar både personal och patienter. En arbetsplats utan hot och våld öppnar möjligheter för att ge en bättre vård utan distraktioner, och personal som kan koncentrera sig på patienterna och på den specifika åtgärd som ska utföras. För patienterna betyder detta att relationen mellan vårdgivare och patient kan fungera ostört. Minskad stress och distraktion hos personalen leder till en mer öppen och positiv attityd till arbetet och patienterna. Tack vare sjukvårdspersonalens ökade lyhördhet för patientens behov känner de sig tryggare och mer nöjda med omvårdnadsåtgärderna.

REFERENSER

* = *Artikeln finns redovisad under resultat.*

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

>http://www.av.se/dokument/afs/afs1993_02.pdf< 2006-04-02

Arbetsmiljöverket (2006) *Våld och hot i arbetet*

><http://www.av.se/dokument/Teman/Valdhot/0000363.pdf>< 2006-02-09

Arbetsmiljöverket (2006) *Våld och hot inom sjukvården*

>http://www.av.se/dokument/statistik/sf/sf2006_08.pdf< 2006-04-18

Arnetz, J (2001) *Våld i vårdarbete*. Lund: Studentlitteratur

Arnetz, J. & Arnetz, B (2001) Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science and Medicine*, 52, s 417-427

*Arnetz, J. & Arnetz, B (2000) Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care staff. *Journal Of Advanced Nursing*, 31(3), s 668-680

*Badger, F. & Mullan, B. (2003) Aggression and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury. *Journal of Clinical Nursing*. 13, s 523-533

*Calabro, K. , Mackey, T & Williams, S (2002) Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence. *Issues in Mental Health Nursing*. 23, s 3-15

Dollard, J. (1944) *Frustration and aggression*. Palo Alto, CA:Ebrary

Farrel, G. Cubit, K (2005) Nurses under threat: A comparison of content of 28 aggression management programs. *International Journal of Mental Health Nursing*. 14, 44-53

Freud, S. (1983) *Sexualteori tre studier i sexualteoretiska frågor*. Stockholm: Röda Rummet

Freud, S. (1923) *Jaget och Detet* Stockholm: Natur och Kultur

*Gale, C. Pellet, Coverdale, J & Paton Simpson, G (2002) Management of violence in the workplace: a New Zealand survey. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 106 (Suppl. 412), s 41-43

*Grenyer, B.F.S. , Ilkiw-Lavalle, O. ,Biro, P. , Middleby-Clements, J. , Comminos, A. & Coleman, M. (2004) Safer at work:development and evaluation of an aggression and violence minimization program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, s 804-810

Karolinska Institutet. *Vad är en vetenskaplig artikel?*

><http://ki.se/content/1/c4/54/02/Vetenskaplighet.pdf>< 2006-04-18

*LePage, J.L., DelBen, K., Pollard, S., McGhee, M. , VanHorn, L. , Murphy, J. , Lewis, P. , Aboraya, A. & Mogge, N. (2003) Reducing assaults on a acute psychiatric unit using a token economy: a 2-year follow up. *Behavioral Interventions*, 18, s 179-190

Lorentz, K. (1974) *Aggression – det så kallade onda*. Stockholm: N&S

Menckel, E (2000) *Hot och våld 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 Science*, 16, s 376–385

*Nachreiner, N.M. ,Goodwin Gerberich, S. ,McGovern, P.M. ,Church, T.R. , Hansen, H.E. , Geisser, M.S. & Ryan, A.D. (2005) Impact of training on work-related assault. *Research in nursing & health*, 28, s 67-78

Nenzén, B (1997) *Hot och våld i arbetslive, Branschhäfte Äldrevård, psykiatrisk vård, kroppssjukvård*. Stockholm: Arbetskyddsmyndigheten

Norstedts Svenska Ordbok (1999) Tredje upplagan. Stockholm: Norstedts akademiska förlag

Payne, N (2000) Occupational stressors and coping as determinants of burnout in female hospital nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 33(3), s 396-405

*Peek-Asa, C. Cubbin, L. & Hubbel, K. (2002) Violent Events and Security Programs in California Emergency Departments Before and After the 1993 Hospital Security Act. *Journal of Emergency Nursing*, 28, s 420-426

*Runyan, C.W. , Zakocs, R.C. & Zwerling, C. (2000)Administrative and behavioral interventions for workplace violence and prevention. *American Journal of Preventive Medicine*. 18(4S), s 116-127

Sandström, S (1996). *Våld och hot i människovårdande yrken*. Falköping: Liber

*Shah, A. & De, T. , (1998) The effect of an educational intervention package about aggressive behavior directed at the nursing staff on a continuing care psychogeriatric ward. *International Journal of geriatric psychiatry*. 13, s 35-40

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering
><http://www.sbu.se/www/SubPage.asp?CatID=127&PageID=689#<2006-05-18>

Socialstyrelsen http://www.sos.se/sosfs/1993_17/1993_17.htm

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006) *Evidensbaserad omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

BILAGOR

Bilaga 1: Kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Bilaga 2: Kvalitetsbedömning av systematisk litteraturöversikt

Bilaga 3: Artikeltabell

Bilaga 1

KVALITETSBEDÖMNING AV STUDIER MED KVANTITATIV METOD.

<i>Forskningsmetod</i>	RCT	CCT (ej randomiserad)		
	Multicenter, antal center.....			
	Kontrollgrupp/er			
<i>Patientkaraktäristiska</i>	Antal.....			
	Ålder.....			
	Man/kvinna.....			
<i>Kriterier för exkludering</i>	Adekvata exklusioner	Ja	Nej	

Intervention.....

Vad avsåg studien att studera?

Dvs. vad var dess primära resp. sekundära effektmått.....

<i>Urvalsförfarande beskrivet?</i>	Ja	Nej	Vet ej
<i>Representativt urval?</i>	Ja	Nej	Vet ej
<i>Randomiseringsförfarande beskrivet?</i>	Ja	Nej	Vet ej

Bortfall

Bortfallsanalysen beskriven?	Ja	Nej
Bortfallsstorleken beskriven?	Ja	Nej

Adekvat statistisk metod? Ja Nej

Etiskt resonemang? Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten valida?	Ja	Nej
Är instrumenten reliabla?	Ja	Nej
Är resultatet generaliserbart?	Ja	Nej

Huvudfynd (hur stor var effekten?, hur beräknades effekten?, NNT, konfidensintervall, statistisk signifikans, klinisk signifikans, power-beräkning)

.....

Sammanfattande bedömning av kvalitet

Hög Medel Låg

Kommentar.....

Granskare sign:.....

Valda delar ur Willman och Stoltz (2006) granskningsprotokoll.

Bilaga 2

KVALITETSBEDÖMNING AV SYSTEMATISKA LITTERATURÖVERSIKTER.

Tydligt definierad frågeställning? Ja Nej Vet ej

Stämmer studiens fokus överens med egna inkluderingskriterier när det gäller:

Urval, ”korrekt” fokus?	Ja	Nej	Vet ej
Vårdsituation, ”korrekt” fokus?	Ja	Nej	Vet ej
Resultat, ”korrekt” fokus?	Ja	Nej	Vet ej

Redovisas relevanta inkluderingskriterier i studien vad det gäller:

Ingår ”rätt” sorts studier för ändamålet?	Ja	Nej	Vet ej
Var sökningen ordentligt gjord?	Ja	Nej	Vet ej
Är inkluderade studier kvalitetsvärderade?	Ja	Nej	Vet ej
Är studiens inkludering, sökning, kvalitetsgranskning återuppreparbar?	Ja	Nej	Vet ej
Var resultaten liknande i de inkluderade studierna?	Ja	Nej	Vet ej
Är resultaten från samtliga inkluderade studier tydligt redovisade?	Ja	Nej	Vet ej
Är förekommande variationer i resultatet diskuterade?	Ja	Nej	Vet ej

Övergripande resultat från studien (signifikans, NNT, odds ratio, m.m.)

.....
.....
.....

Finns precisa resultat redovisade i studien (konfidensintervall)?

.....
.....
.....

Bilaga 3

Författare, år, land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare	Resultat	Studietyp Kvalitet
Arnetz, E. Atnetz, B 2000 Sverige	Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workerd	Att utvärdera effekterna av ett kontrollerat, praktiskt interventionsprogram avsett för vårdpersonal till hantering av våldsamma patienter.	. Anonym enkätundersökning med flersvarsfrågor. Analys: Chi-square (ANOVA) och statistiska program BMDP (1993) och SPSS (1995)	Ca 1500 sjuksköterskor på 47 st arbetsplatser inom akut, hemsjukvård, geriatrik och psykiatri delas i interventionsgrupp (24 arb.platser) och en konrtollgrupp (23 arb.platser)	Interventionsgrupper blev mer medvetna gällande risksituationer för våld mot sjukvårdspersonal, hur dessa kan undvikas, samt hur sjuksköterskor bäst hanterar aggressiva personer/patienter	Kvantitativ Hög
Peek-Asa, C m.fl. 2002 USA	Violent events and security programs in California Emergency Departments Before and After the 1993 Hospital Security Act	Att jämföra skillnader av svaren i primär och uppföljnings undersökningen och därigenom fastställa förändringar gällande våld inom akutavdelningar, och dess säkerhetsprotokoll.	Tvårsnittsstudie med enkätundersökning och uppföljning. Chi-square	Personal på 95 akutavdelningar på sjukhus i Kalifornien	Bidrog till mer träning för personalen, bättre vilket resulterade i färre skador orsakade av patienter och besökare,	Kvantitativ Låg
Calabro, K m.fl 2002 USA	Evaluation of training designed to prevent and manage patient violence	Att fastställa om deltagande i träning i att hantera och förebygga våld resulterade i några signifikanta förbättringar gällande kunskaper, attityder, egen effektivitet hos personalen.	Pre- och posttest för utvärdering av träningsprogram. Analys: T-test	180 sjukhusanställda. 1/3 sjuksköterskor, 1/2 undersköterskor och ett fåtal (< 10%) arbetsterapeuter och socionomer.	Förbättrade resultat gällande kunskaper, attityder, egenuppfattning av effektivitet och förmåga att visa avsikterna med sitt beteende. Detta ledde till att antalet våldsincenter sjönk.	Kvantitativ Medel
Shah, A & De, T 1998 U.K	The effect of an educational intervention package about aggressive behavior directed at the nursing staff on a continuing care psychogeriatric ward	Att utvärdera effekten av ett utbildningspaket för sjuksköterskor för att reducera aggressivt beteende på en geriatrisk psykiatrisk avdelning.	Observation Analys: Kruskal-Wallis one way ANOVA och Mann-Whiotney U-test	26 patienter på en geriatrisk psykiatriavdelning och 15 sjuksköterskor.	Resultatet visade att där fanns en signifikant minskning av både antalet och allvarligheten av aggressiva incidenter	Kvantitativ Medel

Nachreiner, N.M. m.fl. 2005 U.S.A	Impact of training on work-related assault	Att undersöka effekten av våldspreventionsträning vad det gäller arbetsrelaterat våld.	Fall-kontrollstudie Analys: Multipel logistisk regression, univariat analys, multivariat analys, sensitivitetsanalys,	6300+1425 sjukvårdsanställda	Att ha utbildats i två av de sju ämnena (arbetsrelaterade våldspreventionsföreskrifter och rapportering av arbetsrelaterade antastning) visade sig vara skyddande. Dock var resultatet inte signifikant. Utbildningen som sjuksköterskorna gick igenom var som mest våldsförebyggande direkt efter avslutad träning	Kvantitativ Hög
Grenyer, B.F.S. m.fl. 2004 Australien	Safer at work: development and evaluation of an aggression and violence minimization program	Att utvärdera ett aggressions- och våldsminimeringsprogram.	Enkätundersökning som analyserades med paired t-test	15 programutbildare och 48 sjukvårdsanställda	Ger ökat sina kunskaper om varför patienter kan bli våldsamma, signifikant förbättrat sina attityder och inställning till att jobba med våldsamma patienter + fått bättre självförtroende att hantera våldsamma incidenter. Ju fler av de fyra delkurserna som slutfördes, ju högre blev förtroendet att hantera våldsamma situationer	Kvantitativ Medel
Runyan m.fl. 2000 U.S.A	Administrative and behavioral interventions for workplace violence and prevention.	Att diskutera vetenskapen om administrativ och beteendemässiga ingripanden för att belysa våld på arbetsplatsen	Litteratursammansättning. Söktes i databaser med vetenskapliga tidskrifter	137 artiklar som granskats, för att sedan välja ut 41 som handlar om förebyggande av våld. 9 av dessa handlade om resultat av utvärderingar.	Bl.a. : Stödåtgärder upphöjer den anställdes förmåga att ta hand om aggressiva patienter. Otillgänglighet av rådgivning hade samband med ökad inrapportering av post-traumatiskt stressyndrom bland sjukvårdspersonal. Det rapporterades tre gånger mindre skador som var våldsrelaterade. Personal som utbildats upplevde färre övergrepp än de som inte hade tränats	Litteratursammansättning Hög

LePage, J.P. m.fl 2003 U.S.A	Reducing assaults on a acute psychiatric unit using a token economy: a 2-year follow up.	Att undersöka långtidseffekten av ett belöningsystem som kallas "token economy".	AB design studie Analys: multivariat analys	316patienter i den första perioden och 553 i den andra.	Det totala antalet skador på avdelningen minskade med 33 %. Skador på sjukvårdspersonalen som både orsakade frånvaro från arbetet och som inte ledde till frånvaro minskade med 21 %.. Skador på patienter som orsakats av andra med patienter gick ner med hela 48 %. Genomsnittligen rapporterades 55 mindre skador per år vilket i sin tur ledde till att 27.5 mindre timmar per år användes av sjuksköterskor för att sköta om dessa skador.	Kvantitativ Hög
Gale, C m.fl. 2002 Nya Zealand	Management of violence in the workplace: a New Zealand survey	Att undersöka incidensen av våld som inrapporteras inom psykiatri och vilka metoder används för att förebygga detta. Även beskriva riskfaktorer.	Anonym tvärsnittsenkät som skickats ut via post. Analys: SPSS 8.0	119 psykiatriska avdelningar.	Bruk av ficklarm ökade risken för skadegörelse signifikant. Även försök till överfall och överfall hade en signifikant association med användning av ficklarm. Kartläggning av högriskpatienter ledde till en nedgång av skadegörelse på egendom. Träning i att identifiera riskfyllt beteende och losstagningstekniker var associerat med ökad risk för skadegörelse av egendom och överfall. Även träning i hantering av hotfulla situationer förde med sig en ökad risk för överfall	kvantitativ Låg
Badger, F. Mullan, B. 2004 U.K.	Aggression and violent incidents: perceptions of training and support among staff caring for older people and people with head injury	Att identifiera erfarenheter av våld och aggression, resultat av träning, relevans av träning och kunskap om stöd som erbjuds.	Semi-strukturerad enkät. Kvantitativ data analyserades av SPSS och chi-square test.	287 sjuksköterskor, terapeuter och psykologer.	Bl.a. :87 % av den tillfrågade sjukvårdspersonalen ansåg att den träning de fått var betydelsefull eller mycket betydelsefull.. 34 % hade fått en till två timmars utbildning och 30 % hade halvdagsutbildning. Det fanns en signifikant relation till den utbildningslängd som personalen fått, och de antal våldsamma incidenter personalen varit inblandad i. dvs. att mer träning leder till mindre våldsamma incidenter	Kvantitativ Låg