



Högskolan  
Kristianstad

Högskolan Kristianstad  
291 88 Kristianstad  
044 250 30 00  
[www.hkr.se](http://www.hkr.se)

**Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i kriminologi  
VT 2021  
Fakulteten för hälsovetenskap**

## **Våld inom vården**

En kvantitativ enkätstudie om  
neutraliseringen av våld inom vårddyrket

**Isabel Alexandrie och Emma Hedin**

**Författare**

Isabel Alexandrie och Emma Hedin

**Titel**

Våld inom vården: En kvantitativ enkätstudie om neutraliseringen av våld inom vårdyrket

**Engelsk titel**

Violence in health care: A quantitative survey study on the neutralization of violence in the health care profession

**Handledare**

Miguel Inzunza

**Examinator**

Joakim Thelander

**Sammanfattning**

Våld på arbetsplatser är ett fenomen som har kommit att öka under 2000-talet. Vård och omsorgspersonal är den yrkesgrupp som är mest utsatt av hot och våld på arbetsplatsen och det råder dessutom ett stort mörkertal gällande antal anmälda våldsbrott för denna yrkesgrupp. Därav syftar föreliggande studie till att studera förekomst och skillnader i utsatthet och hantering av våld inom vårdyrket. Studien är skapad med utgångspunkt i Gresham Sykes och David Matzas teori om neutraliseringstekniker, men kompletteras även med Erving Goffmans dramaturgiska perspektiv. Då studien innehar en kvantitativ forskningsansats, har data samlats in via enkäter som har skickats ut till vårdpersonal som arbetar inom äldreboenden, LSS boenden samt vård i ordinärt boende i Dalarnas och Södermanlands län. Datamaterialet har sedan analyserats i statistikprogrammet IBM SPSS Statistics 26 där univariata, bivariata samt multivariat analys har genomförts för att besvara studiens frågeställningar. Resultatet visade att mer än hälften av studiens deltagare har blivit utsatta för fysiskt eller psykiskt våld i arbetet under de senaste tolv månaderna. Andelen som har blivit utsatt för psykiskt våld var störst bland de yngre deltagarna. Fysiskt våld var dock mer förekommande än psykiskt våld vilket bland annat kan förklaras med den okunskap som råder kring begreppet psykiskt våld. Majoriteten av de deltagare som angett att de blivit utsatta för fysiskt eller psykiskt våld har inte heller vidtagit någon åtgärd. Bland de som dock vidtagit åtgärder för fysiskt våld, var andelen störst bland de yngre deltagarna. Slutligen visade resultatet att den neutraliseringsteknik som tillämpas mest hos studiens vårdpersonal är förnekande av skada.

**Ämnesord**

Våld, vårdyrket, neutraliseringstekniker, utsatthet, enkät

# Innehållsförteckning

1 Inledning.....	5
1.1 Syfte.....	6
1.2 Frågeställningar .....	6
1.3 Definition av våld.....	7
2 Tidigare forskning .....	8
2.1 Arbetsmiljö och förekomst av hot och våld .....	8
2.2 Vårdpersonalens gränsdragning samt allmänhetens uppfattning och attityder till våld. ....	10
2.3 Sammanfattning.....	13
3 Teori .....	14
3.1 Gresham Sykes och David Matza.....	14
3.1.1 Neutraliseringstekniker.....	14
3.2 Erving Goffman.....	16
3.2.1 Det dramaturgiska perspektivet.....	16
4 Metod och data .....	18
4.1 Design och datainsamlingsmetod.....	18
4.2 Urval.....	18
4.3 Bortfall.....	19
4.4 Variabler.....	19
4.5 Analysmetod och databearbetning .....	21
4.6 Validitet och reliabilitet.....	21
4.7 Etiska överväganden.....	22
4.8 Metodreflektion .....	23
5 Resultat .....	24
5.1 Univariata analyser.....	24
5.2 Indexering.....	28

5.3 Bivariata analyser .....	28
5.4 Multivariat analys .....	32
6 Diskussion och analys .....	35
6.1 Utsatthet.....	35
6.2 Åtgärder.....	37
6.3 Vårdpersonalens tillämpning av neutraliseringstekniker vid våld .....	39
6.4 Sammanfattning.....	41
7 Referenslista .....	42
8 Bilagor .....	45

# 1 Inledning

Mellan åren 2011 – 2019 uppgav cirka 1 av 10 män respektive 2 av 10 kvinnor att de varit utsatta för våld eller hot om våld i arbetet under de senaste tolv månaderna (Arbetsmiljöverket 2020, s.78). På 80-talet var det däremot inte lika vanligt med våld på arbetsplatsen som det är nu på 2000-talet. Begreppet hot och våld har sedan 80-talet förändrats och fler benämningar ingår nu i begreppet, att exempelvis bli riven på arbetet kan idag klassas som våld vilket det inte hade gjort på 80-talet (Nilsson & Örnerborg 2019). Trots att antalet som måste sjukskriva sig på grund av våld och hot på arbetet är omkring 2 000 per år, visar Brottsförebyggande rådets studier att brott som sker på arbetet mot en person sällan anmäls. Arbetsmiljöverkets uppfattning om våld på arbetsplatsen har dock visat sig vara oförändrat över tid, vilket gör det svårt att bedöma vad detta kan beror på. Arbetsmiljöverket har också sett att anmälningar av allvarliga händelser har börjat öka från arbetsgivarens håll. De kan dock inte uttala sig om denna förändring beror på en ökad anmälningsbenägenhet hos arbetsgivarna eller om problemet med hot och våld faktiskt har ökat. Men de vet att det förekommer i en hög omfattning och att detta kan leda till allvarliga konsekvenser för de utsatta (Nilsson & Örnerborg 2019).

Arbetsplatser där makt- och myndighetsutövning samt där människor står i beroendeställning till varandra, är arbetsplatser där risken är hög för hot och våld i arbetet. Av de som drabbas av hot och våld i arbetet är det nästintill hälften som arbetar inom landsting och kommuner (Arbetsmiljöverket 2011, s. 6). Hot och våld varierar i stor omfattning mellan olika branscher men inom vård och omsorg har det varit ett stort problem i många år. Därför startades en riktad inspektion mot den sektor där ett systematiskt arbetsmiljöarbete var i stort fokus, arbetsgivarna fick därmed högre krav på sig att jobba mer med förebyggande arbete. Inom bland annat verksamheter som LSS och HVB så var omsorgsperspektivet så pass starkt att både arbetsgivare och arbetstagare prioriterade det framför arbetsmiljön (Nilsson & Örnerborg 2019). Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte), belyser i deras rapport hur hög förekomsten av fysiskt och psykiskt våld är inom hälso- och sjukvården. Hot och våld har en längre tid visat sig vara två faktorer som påverkar stress och ohälsa i arbetslivet,

vilket i slutändan kan leda till långtgående psykisk ohälsa och långtidssjukskrivningar. (Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd [Forte] 2020, ss. 4, 43).

Utsattheten för våld i arbetet skiljer sig som sagt mellan olika yrkesgrupper, där vissa typer av yrken tenderar att vara mer utsatta än andra. Statistiska centralbyråns undersökning från åren 2016 – 2017 visade att vård och omsorgspersonal var den yrkesgrupp som hade högst andel utsatta för hot och våld i arbetet. Cirka 20 procent av vård och omsorgspersonal som arbetar inom olika boenden hade någon gång under de senaste 12 månaderna blivit utsatta för hot eller våld i arbetet och var därmed den yrkesgrupp som var mest utsatt (Statistiska centralbyrån 2018, ss. 15 – 16).

Arbetsmiljöverkets arbetsmiljöundersökning år 2010 visade att vårdbiträden och undersköterskor inom social- och omsorgstjänster var hårt drabbade av våld och hot i det dagliga arbetet. Dock finns det ett stort mörkertal då anmälningsbenägenheten är låg eftersom många inte anmäler hot och våld som sker i arbetet (Arbetsmiljöverket 2011, s. 20).

## **1.1 Syfte**

Syftet för denna studie är att studera förekomsten och eventuella skillnader i utsatthet och hantering för fysiskt samt psykiskt våld inom vårddyrket. Olika bakgrundsfaktorer är även av intresse för att bedöma risken för att bli utsatt för våld samt benägenheten för att vidta åtgärder eller tillämpa neutraliseringstekniker. Följande frågeställningar har formulerats för att besvara studiens syfte:

## **1.2 Frågeställningar**

- Hur skiljer sig utsattheten och hanteringen av våld, för fysiskt respektive psykiskt våld?
- Vilken påverkan har vårdpersonalens ålder på utsatthet och hantering av våld?
- Hur ser vårdpersonalens tillämpning av neutraliseringstekniker ut vid våld?

### **1.3 Definition av våld**

Våld är ett brett begrepp som definieras på olika sätt i olika kontexter och av olika personer. Försäkringskassan (2021) delar upp begreppet i sju olika delar vilka är fysiskt våld, psykiskt våld, sexuellt våld, materiellt våld, ekonomiskt våld, försummelse och latent våld. Fysiskt våld definieras som knuffar, sparkar, slag, strygrepp, fasthållning eller slag med tillhygge. Psykiskt våld definieras som verbala kränkningar, hot, isolering, utpressning eller kontroll som successivt leder till psykisk nedbrytning av den som är utsatt (ibid). Föreliggande studie tillämpar därmed Försäkringskassans definitioner av fysiskt och psykiskt våld.

## 2 Tidigare forskning

I avsnittet nedan kommer tidigare forskning som är relevant för studiens forskningsområde att presenteras. Det slutliga syftet är att placera föreliggande studie i följande vetenskapliga kontext. Avsnittet inleds med att diskutera hur pass förekommande det är med hot och våld på arbetsplatsen samt hur det påverkar arbetsmiljön. Därefter skildras medias inramning av våld samt hur denna inramning i sin tur påverkar allmänheten och vårdpersonalens syn och uppfattningar om våld i vården.

### 2.1 Arbetsmiljö och förekomst av hot och våld

Psykologen Stefan Sandström (2007, s. 7) har studerat hur pass förekommande det är med hot och våld inom arbetslivet. Våldet kan leda till stora skador fysiskt och psykiskt för många individer samt även för verksamheterna. En arbetsmiljö som är präglad av våld skapar en negativ stress hos personalen vilket i slutändan kan leda till långvariga sjukdomar. Under åren 2002–2004 så anmäldes det 7139 stycken arbetsskador som uppkommit till följd av hot och våld, enligt Arbetsmiljöverket. Här är även mörkertalet stort då det psykiska skadorna sällan anmäls och erkänns, detta beror på att många inte vill medge att det blivit skadade psykiskt av händelsen (Sandström 2007, s. 9).

Hot och våld på arbetsplatsen medför en stor påverkan på arbetsmiljön och därför har Arbetsmiljöverket sammanställt en rapport om våld i arbetslivet (Wikman, Estrada & Nilsson 2010, s. 2). Alla arbetsgivare är ansvariga för sina anställda och därmed även skyldiga att göra en arbetsskadeanmälan om en arbetsolycka inträffar, vilket i teorin bör visa på att statistiken ger en heltäckande bild av verkligheten. Detta skiljer sig dock i praktiken eftersom alla hot och våldshändelser som inträffar på arbetsplatser inte anmäls trots rådande anmälningsplikt hos arbetsgivaren och detta genererar sedan i ett stort mörkertal. I de undersökningar som gjorts så har deltagarna angivit att det inte polisanmält hot och våld på arbetet på grund av att de är medvetna om att hot och våld kan förekomma i arbetet. Detta gestaltar tydligt hur svårt det är att definiera vad som betraktas som kriminellt våld och synliggör även hur viktigt det är att det finns en tydlig uppfattning om våldets olika former. Det är dock



fortfarande många som inte har kännedom om att en av de vanligaste platserna där våld sker är på arbetet (Wikman, Estrada & Nilsson 2010, ss. 6 - 7, 13).

En annan studie belyser våldet som sker mot vårdpersonalen på olika arbetsplatser (Mento, Silvestri, Bruno, Muscatello, Cedro, Pandolfo & Zoccali 2020). Studien visar att risken är hög att vårdpersonal blir attackerade och allvarligt skadade på arbetet. De våldsamma händelserna inträffar ofta efter en medicinsk felbehandling eller om det är så att resultatet av behandlingen inte uppfyller förväntningarna som patienterna har. Överfallen på vårdpersonal har under de senaste två decennierna ökat över hela världen och detta leder såklart till negativa konsekvenser för arbetsmiljön. Detta genererar i minskad trivsel på jobbet, ökad arbetsbelastning samt dålig omvårdnad av brukare och patienter, vilket blir en ond cirkel. Tidigare studier visar att det är sju gånger så troligt att en person som upplevt psykiskt våld utsätts för fysiskt våld. Vårdgivare oroar sig därför alltmer för att våld mot vårdpersonal ska eskalera mer, dock saknas det fortfarande stöd för det då det inte är så många som anmäler händelserna. En tidigare studie visar att endast 15 % av våldshändelserna på arbetsplatsen har anmälts till myndigheter eller polisen och kvinnliga läkare känner sig mindre säkra i sina yrken än vad deras manliga kollegor gör (Mento m.fl. 2020, ss. 2, 7).

Det nationella institutet för arbetsmiljö (NIOSH), som är amerikanska motsvarigheten till Arbetsmiljöverket, har konstaterat att den plats där mest våld i arbetet förekommer är på sjukhus och yrkesgrupper som är mest utsatt är vårdpersonal. I en del länder är våld mot läkare mer vanligt än i andra länder och det är oftast yngre kvinnliga läkare som inte har så mycket erfarenhet av yrket som blir mest utsatta (Mento m.fl. 2020, ss. 2, 7). I kvinnodominerade yrken inom kommunal vård och omsorg, geriatriken och psykiatriken har det skett en stor ökning av utsattheten, där de yngre som arbetar är utsatta i en större utsträckning än de äldre. Ungefär två tredjedelar utav de som är drabbade av hot och våld i arbetslivet är kvinnor och det förklaras dock statistiskt av att det är fler kvinnor än män som jobbar inom de yrken där det är hög risk för hot och våld (Sandström 2007, ss. 9 - 10; Wikman, Estrada & Nilsson 2010, ss. 21, 54).

Mustafa M Alsmael, Ali H Gorab och Areej M AlQahtani (2020) har forskat om våld mot vårdpersonal inom de primära vårdcentralerna i Saudiarabien. Studien syftar till att

undersöka förekomsten av våld mot vårdpersonalen och att förstå hur de hanterade våldet samt deras medvetenhet kring ämnet. Studien visar att 46,9 % av vårdpersonalen hade upplevt någon form av våld på arbetet, där större delen hade varit utsatta för verbalt våld. Av dem som varit utsatta så hade 46,7 % av dessa inte vidtagit någon åtgärd eller rapporterat händelsen till chef eller polis, då det ansåg att det inte skulle vara effektivt eller bidra till något. Detta kan tyda på att kunskapen och medvetenheten inom ämnet inte var speciellt hög då endast 36,4% av deltagarna var medvetna om att det fanns ett rapporteringssystem inom verksamheten (Alsmael, Gorab & AlQahtani 2020, s. 667). Våldet mot vårdpersonalen är som en tyst epidemi som leder till allvarliga skador psykiskt, fysiskt och emotionellt och detta kan komma att få sociala och ekonomiska konsekvenser i livet. Som Mento m.fl. (2020, ss. 2, 7), Hoyle, Smith, Mahoney & Kyle (2018, s. 58) samt Wikman, Estrada & Nilsson (2010), tar upp i deras studier så påverkas arbetsmiljön oerhört av detta då det äventyrar patientvården samt vårdpersonalens mentala och fysiska välbefinnande på kort och lång sikt. Detta tyder på att våldet på arbetsplatser är ett internationellt intresse som måste tas om hand och hanteras politiskt.

## **2.2 Vårdpersonalens gränsdragning samt allmänhetens uppfattning och attityder till våld**

Det finns olika definitioner av hot och våld där man ibland inkluderar både fysiskt och psykiskt våld, men även definitioner som bara fokuserar på om handlingen har begåtts med uppsåt eller inte. I Arbetsmiljöverkets föreskrift om hot och våld så definieras hot och våld i arbetslivet som ”Allt från mord till trakasserier i form av hot via brev eller telefon” (AFS 1993:2, s. 7). Det är dock svårt att definiera vad som är våld generellt i arbetslivet då alla yrkesgrupper har olika uppfattningar om hur de ser på hot och våld (Wikman, Estrada & Nilsson 2010, ss. 7 - 8). Inom vården så tenderar personalen att normalisera äldre patienters aggressioner, på ett sätt som faller utanför gränserna för vad folk definierar som våld. Därför har Malin Åkerström (2002, ss. 516 - 517) i hennes artikel använt begreppet *boundary-work* från Thomas F. Gieryn (1983, 1995, 1999) för att kunna påvisa hur människor skiljer på fenomenet i olika situationer. Åkerströms studie handlar om hur deltagarna drar gränser till vad de definierar som våld. Genom att använda begreppet *boundary-work* så tydliggörs det hur gränsdragningar görs för att skilja på fenomen, såsom den sociala konstruktionen av vad som är våld och inte våld.

Media har ett stort inflytande när det gäller människors uppfattningar, detta medför att medias rapporteringar kan forma människors uppfattningar om olika ämnen eftersom de väljer vad de vill visa och inte. Detta bidrar till att folk får en felaktig bild av hur det faktiskt ser på saker då media förvränger en del situationer. Hoyle m.fl belyser just denna problematik om medias bild av våldet mot sjuksköterskor. Det våld som sköterskorna får utstå på sin arbetsplats har blivit ett globalt problem, då det påverkar deras egen hälsa och även omvårdnaden av patienterna negativt. Patientens första kontakt med vården brukar ofta vara via sjuksköterskan, då det är de som vårdar och tar hand om patienter och även deras familjer under pressade situationer (Hoyle m.fl. 2018, s. 57).

Definitionen av våld är starkt kopplat till själva kontexten i sig och det är något som den kriminologiska forskningen ofta försöker lyfta, eftersom en situation kan uppfattas olika och därav hanteras på olika sätt. Detta kan bero på vem som är utsatt, platsen som händelsen sker på och hur gärningspersonen uppfattas. Därför är det viktigt att särskilja olika typer av våld och speciellt inom forskningen, då det gynnar de preventiva arbetet när man ska identifiera åtgärder och riskfaktorer (Wikman, Estrada & Nilsson 2010, s. 8). Faktorer som exempelvis grovheten på brottet, gärningspersonen och offrets relation samt den lokala kulturen som är på arbetsplatsen kan påverka varför ett brott blir anmält eller inte. I omsorgsyrket är det sannolikt att den som blir utsatt inte tolkar hot och våld som en brotts handling, då de vet om att de vårdar sjuka människor och vet om att de kan uppstå hot och våld. Det är desto mindre sannolikt att personen som blir utsatt kontakter polisen eller att personen associerar situationen som ett tillfälle där den varit utsatt för våld när den är med i en brottsofferundersökning (Wikman, Estrada & Nilsson 2010, ss. 13 - 14). Trots detta är äldreomsorgen den verksamhet där det sker mest arbetsskador till följd av hot och våld (Sandström 2007, s. 35).

Enligt Åkerström (2002, ss. 521 - 522) finns det en mängd olika variationer på strategier när det gäller gränsarbete och hur vårdpersonalen talar kring incidenter och patienter. Detta visar på hur mycket personalen tonar ner våldshandlingar istället för att lyfta fram våld som sker på arbetsplatsen. Vårdpersonalen tonar ner berättelserna genom att välja olika formuleringar och stilar på hur de berättar om händelserna. Detta visar på hur de

drar gränsen vid vad de klassar som våld och i och med detta så nonchaleras våldet. Samtidigt så visar de på att fysisk aggression är en del av rutinerna och det dagliga arbetet som vårdpersonal ska kunna hantera professionellt. Det handlar mycket om vilka värderingar som deltagarna använde i kontexten kring våldet och hur de använder själva ordet våld när de pratar om det. Genom deras diskussioner kunde man se hur deltagarna kategoriserar människor snarare än deras handlingar och därmed avgränsar våldet. Exempelvis såg de mer allvarligt på om de hade fått slag av en ung man än om det var en äldre man som slog, de anser att det är mer legitimt om den som slog var äldre. Så handlingen i sig var inget de lade vikt vid utan mer vem som levererade slaget (ibid.).

Som tidigare nämnt så formar och formas offentliga attityder och intressen av medias rapportering av våldet på arbetsplatsen, vilket betyder att stor vikt läggs på hur media rapporterar om saker kring vårddyrket. Därför har inramningen ett stort fokus här, som Erving Goffman (1974) studerat mycket. Goffman menar att individer tolkar det som sker runt omkring dem genom sociala och naturliga ramar, detta hjälper i sin tur individerna att forma deras förståelse av deras sociala värld. Fokuset för inramningen blir därför på specifika ämnen som får allmänhetens uppmärksamhet och detta sätter agendan för den offentliga sfären (Hoyle m.fl. 2018, s. 58). Enligt Åkerström (2002, ss. 522 - 523) så är det vårt första antagande som utgör ramen för hur vi redogör för världen som är omkring oss, där man ser på våld lättare på en del ställen och hos en viss typ av människor. Det kan man se då vårdpersonalens bilder av en viss typ av människor utgör en typ av nedtoning. Vårdpersonalen nämner ungdomar, unga män, narkomaner och alkoholister när det blir ombedda att beskriva personer som använder våld och dessa förknippas de med en kriminell verksamhet. Sjuka och äldres fysiska aggression passar inte in inom ramen för våld och det beror inte på att handlingarna som de utför skiljer sig åt från andra, utan det är för att äldre och sjuka tillskrivs inte inom den ramen för vilka som utför våld. De äldre förknippas med visdom, godhet och svaghet och därför är det enklare att känna sympati för dem, då de inte har valt att bruka våld medan människor ofta antar att alkoholister och missbrukare valt att använda droger och alkohol (Åkerström 2002, ss. 522 - 523).

Genom att vårdpersonalen pratar om motiven som ligger till grund för de äldres aggression så moraliskt rättfärdigar och normaliserar de handlingen. Stor vikt läggs vid

ordvalen som de väljer att använda och med deras formuleringar så placeras de äldres handlingar inom en förlåtande ram (Åkerström 2002, ss. 523 - 524). Personalens inramning på de äldres aggression är som ofrivilliga uttryck av förvirring och sjukdomar, med det menas att vårdpersonalen skulle säga att våldsincidenterna som inträffar är sjukdomens fel och inte personens. Ansvarsfördelningen är därför ett centralt tema vid våld, för att avgöra vem som kan hållas ansvarig för handlingen och vem som är offret (Åkerström 2002, ss. 527–528). Vårdpersonalens identiteter och betydelsen för deras arbete står på spel. Om det är så att vårdpersonalen hade benämnt de äldres aggression som våld så skulle det innebära att de beskriver sig själva som offer, vilket säger emot den sedvanliga kulturella konstruktionen och detta skulle beskriva patienterna som gärningspersoner. Vårdpersonalens arbete är att ta hand om de äldre och sjuka och de skulle därför bli ifrågasatta om de ansåg sig själva som offer. Personal på äldreboendet har ett omsorgsfullt arbete, där deras språk måste återspegla deras tillmötesgående, icke dömande och förstående arbete (Åkerström 2002, ss. 532 - 533). Genom att placera de äldres våld utanför gränsen för våld, så innebär det att de äldre kommer att förbli “vårdtagare”, vårdpersonalen är “vårdgivare” och vårdhemmet är ett “omtänksamt sammanhang” (Åkerström 2002, s. 515).

### **2.3 Sammanfattning**

Vi kan med denna tidigare forskning påvisa hur förekommande det är med våld i arbetet och speciellt inom vården som är den yrkesgrupp som är mest utsatt. Men även skildra hur den våldsutsatta vårdpersonalen neutraliserar våldet och därmed inte ser på det som våld då det inte ingår inom deras gränser för vad våld är. Tanken om att man får utstå en viss typ av våld inom vården är även central. Dock så finns det forskning som säger att de som varit utsatta kan få långtgående konsekvenser senare i livet både socialt och ekonomiskt.

## 3 Teori

I teoriavsnittet presenteras Gresham Sykes och David Matzas (1957) neutraliseringstekniker samt Erving Goffmans (2014) teori om det dramaturgiska perspektivet. I diskussionsavsnittet kommer dock teorin om neutraliseringsteknikerna att tillämpas på ett omvänt sätt. Ursprungsteorin utgår från gärningspersonens neutralisering av brottshandlingen, medan vi på ett omvänt sätt i diskussionsavsnittet kommer att utgå från brottsoffrets neutralisering av sin egen brottsofferstatus. Neutraliseringsteknikerna kommer med andra ord att tillämpas av studiens vårdpersonal för att neutralisera de våld som de blivit utsatta för. Goffmans teori om det dramaturgiska perspektivet kommer att appliceras resultatet för att förklara hur studiens vårdpersonal går in i sociala roller samt hur de upprätthåller fasaden för sina vårdtagare.

### 3.1 Gresham Sykes och David Matza

#### 3.1.1 Neutraliseringstekniker

Kriminologerna Gresham Sykes och David Matza (1957) formulerade och grundade neutraliseringsteknikerna år 1957. Med hjälp av olika tekniker så hjälper teorin till att förklara hur unga gärningspersoner neutraliserar och förnekar den olagliga handlingen och gör den acceptabel. Detta är ett tillvägagångssätt för de unga gärningspersonerna att rationalisera deras handlingar. De rättfärdigar de kriminella handlingarna genom att neutralisera dem och därigenom så blir handlingen hanterbar och på så sätt förminskas skuldbeläggningen av sig själv samtidigt som det skapas ett skydd från andras kritik. Med hjälp av dessa tekniker så kan gärningspersonen behålla sin egen bild av sig själv som "icke-kriminell" (Sykes & Matza 1957, ss. 664 – 667). Personerna som begår dessa kriminella handlingar är medvetna om de normer som finns och som majoriteten av befolkning i samhället lever efter. Det finns alltså en förståelse och medvetenhet gällande brott samt vad som anses legitimt respektive illegitimt. När den brottsliga handlingen skett eller tankar kring den uppkommit så försvaras den med olika former av anpassade neutraliseringstekniker (Sykes & Matza 1957, ss. 664 - 666).

Sykes och Matza (1957) redogör för fem övergripande tekniker som kan användas för att rättfärdiga brottsliga handlingar. Den första av fem neutraliseringstekniker är *förnekande av ansvar*, som innebär att gärningspersonen förnekar all form av ansvar för

den brottsliga handlingen. Det handlar dock inte om att händelsens förklaras som en olycka, utan personen kan hävda att de kriminella handlingarna beror på saker som personen själv inte kunnat styra eller ha kontroll över. Det kan handla om att personen haft en dålig uppväxt, uppfostran eller att dennes umgänge inte varit bra. Genom att förneka ansvar för handlingen på så sätt så kan inte sociala normer längre kritisera den som begår brottsliga handlingar (Sykes & Matza 1957, s. 667).

Den andra tekniken är *förnekande av skada* och handlar om att man neutraliserar den brottsliga handlingen, genom att påstå att den inte orsakar någon skada eller att skadan inte anses vara så stor trots att handlingen strider mot lagen. Man kan dock tolka detta från olika synvinklar beroende på vilket perspektiv man har. Skadan kan neutraliseras i den mening att personen som drabbats av skadan, har råd att reparera skadan själv eller att exempelvis gängbråk kan ses som ett privat gräl och en överenskommen kamp mellan två parter som samhället inte behöver oroas över. Denna neutralisering handlar om upplevelsen av brottet och används för att förneka skada eller förminska skada som orsakas av den brottsliga handlingen (Sykes & Matza 1957, ss. 667 - 668).

*Förnekande av offer* är den tredje neutraliseringsstekniken och den handlar om att gärningspersonen medger ansvar för sina avvikande handlingar och är villig att acceptera att det uppstått en skada vid dess handling, men att det inte finns något påtagligt offer som handlingen var riktad mot. Det kan även hävdas att skadan inte är en riktig skada, utan mer ett rättmätigt straff eller rättvis hämnd. Det kan också vara så att det inte finns en tydlig offerbild eller att offret är fysiskt frånvarande. Ett exempel på avsaknad av offer är brott som sker mot staten. Förnekande av offer handlar alltså om att ifrågasätta om mottagare av handlingar verkligen kan tillskrivas en offerposition eller om denne snarare är förtjänt av skadan (Sykes & Matza 1957, s. 668).

*Fördömande av fördömdarna* är den fjärden tekniken som handlar om att de som blir fördömda flyttar uppmärksamheten och riktar sin kritik mot de som fördömer dem. Det skulle kunna vara till rättssystemet eller myndigheter som fördömer den som utfört ett brott och då gärningspersonen i stället riktar tillbaka kritik till dem. Denna teknik kan användas vid exempelvis skattebrott där man påstår att staten inte förstår sig på

företagande för att det inte är många som klarar av att driva ett företag med all den moms och skatt som ska betalas (Sykes & Matza 1957, s. 668).

Den femte och sista av neutraliseringsteknikerna är *åberopande av högre lojalitet*, det handlar om att man kan ha högre lojalitet till andra än till lagen och samhällets normativa system. Det kan vara så att brottsliga handlingar kan neutraliseras på grund av högre lojalitet till en mindre social grupp såsom vänner, familj och gäng. Personen har därför högre lojalitet till gruppens krav och regler än till samhällets. Kriminella kan känna sig fångad i svåra situationer och för att komma ifrån denna situation så måste de begå ett brott och bryta mot lagen (Sykes & Matza 1957, s. 669).

## 3.2 Erving Goffman

### 3.2.1 Det dramaturgiska perspektivet

Erving Goffmans ser på världen vi lever i som en teater och hans perspektiv på det kallas, *det dramaturgiska perspektivet*. Goffman menar på att vi spelar olika roller till vardags när vi befinner oss i olika sociala sammanhang och presenterar oss för olika människor. Genom att vi spelar olika roller när vi presenterar oss så påverkar vi hur andra ser på oss och detta kan till slut även påverka våra identiteter (Goffman 2014, ss. 218 - 219).

Goffman menar att den sociala interaktionen kan liknas med ett *framträdande* på en scen där intrycksstyrning sker mellan individer. Den *sociala rollen* som en individ har, för med sig förväntningar från sin publik om hur den ska bete sig i en social situation utifrån exempelvis individens yrkesroll. Man kan påverka omgivningens intryck av en själv genom att välja vilken information man sänder ut i sitt framträdande (Goffman 2014, ss. 11 - 12). Individen upprätthåller sin personliga fasad genom intrycksstyrning och det är den fasaden som individen bär med sig och som kommer vara som ett kännetecken för individen. Goffman delar upp den personliga fasaden i *stimuli* och benämner det som *uppträdande* och *manér*. Uppträdande är det som individen använder för att visa upp ens sociala status såsom bilar eller kläder. Manér är individens kroppsspråk och gester som denne använder vid olika framträdanden. Dessa stimuli hjälper också till att upplysa andra om att individen har ett specifikt arbete eller social aktivitet (Goffman 2014, ss. 30 - 31). För att publiken ska kunna bilda sig en



samstämmig och trovärdig uppfattning så gäller det att individens manér och uppträdande stämmer överens. Publiken har en central roll enligt Goffman eftersom man behöver en publik för att man ska kunna spela teater (Goffman 2014, s. 31).

Goffman ser som sagt på världen vi lever i som en teater och delar därför in den i två regioner vilka är *den främre- och den bakre regionen*. Det som kallas den främre regionen är där all framträdande sker och det är där individen upprätthåller och gestaltar vissa normer. Den bakre regionen är kontextuellt ansluten till den främre regionen och det är där individen kan slappna av och kliva ur sin rollgestaltning samt släppa den fasad som den bär på under framträdandet. Den främre regionen kan vara på arbetet framför kunder eller i möte med patienter och brukare. Det är i den främre regionen som individen presenterar sig och interagerar med andra och där och då går man in i en roll för att upprätthålla sin identitet.

Detta kan vara mycket krävande och därav kan den bakre regionen anses vara mer avslappnande för individen. Ett exempel kan vara när sjuksköterskor är i den främre regionen med vårdtagaren och sedan går in i bakre regionen som är fikarummet där de kan vara avslappnade med kollegor. Där kan de släppa på sin personliga fasad och vara sig själva och kliva ur rollen eftersom publiken inte är där (Goffman 2014, ss. 97 - 102). Är det så att individen spelar samma roll inför samma publik vid ett antal olika tillfällen så kan det uppstå ett socialt band mellan publiken och individen. Om vårdpersonal träffar samma brukare och patient flera gånger så kan det uppstå ett socialt band mellan dem (Goffman 2014, s. 23).

## 4 Metod och data

I detta kapitel kommer studiens metodologiska aspekter att redovisas och diskuteras. Studiens forskningsdesign, datainsamlingsmetod, urval, bortfall, variabler, databearbetning, validitet och reliabilitet samt etiska överväganden kommer beskrivas sakligt för att möjliggöra eventuella replikeringar av studien. Avslutningsvis kommer studiens metodologiska val att diskuteras i form av för- och nackdelar.

### 4.1 Design och datainsamlingsmetod

Studiens utformning har baserats på den kvantitativa forskningsstrategin då den lämpar sig vid kvantifiering av data (Bryman 2011, s. 40). En deduktiv ansats har tillämpats då enkätfrågorna och frågeställningarna innehar en teoretisk utgångspunkt (Bryman 2011, s. 26). Gällande studiens forskningsdesign valdes tvärsnittsdesign då studiens syfte efterfrågar data som genererar skillnader, samband och variation av flera individer vid en särskild tidpunkt (Bryman 2011, ss. 63 – 64). Den datainsamlingsmetod som har tillämpats är enkätundersökning. Webbsidan *www.webbenkater.com* användes för att skapa enkäten då enkäten skulle skickas ut online och ej delas ut fysiskt. Enkäten bestod av totalt elva frågor varav sju markerades som obligatoriska frågor. Första delen bestod av bakgrundsfrågor medan den andra delen bestod av frågor gällande utsatthet av våld, åtgärder mot våld samt skattningar av neutraliseringstekniker. De två frågor som rör skattningar av neutraliseringstekniker innehar fyra olika påståenden vilka är operationaliserade utifrån Sykes och Matzas fem neutraliseringstekniker. Vi valde att utesluta tekniken fördömande av fördömarna då vi ansåg att den inte gick att placera i vår kontext. Samtliga frågor i enkätstudien var slutna och enkäten var öppen och tillgänglig för respondenterna att besvara under tre veckor.

### 4.2 Urval

Den population som studien riktade sig till var vårdpersonal som arbetar inom verksamheter som syftar till att vårda individer i deras bostäder. Därefter gjordes en avgränsning till vårdpersonal som arbetar inom kommunal verksamhet och därmed uteslöts privatägda vårdutförare. De verksamheter som studien har vänt sig till är således äldreboenden, LSS boenden samt vård i ordinärt boende. Vård i ordinärt boende innefattar hemtjänstpersonal samt personal från trygghetslarm och nattpatrull.

En stickprovsundersökning genomfördes då studiens begränsade omfattning och tidsram inte möjliggjorde en totalundersökning. Stickprovet baserades på två län vilka var Dalarnas län samt Södermanlands län, dessa valdes utifrån ett bekvämlighetsurval då författarna är bosatta i dessa län och därav har god kännedom om länen.

Kontaktuppgifter till det valda verksamheterna eftersöktes därefter i samtliga kommuner inom Dalarnas län och Södermanlands län via kommunernas hemsidor. Då samtliga kommuner inte redovisade kontaktuppgifterna till de verksamheter som studien efterfrågar, inkluderades endast de med tillgänglig information. De kommuner som ingår i studien från Dalarnas län är Hedemora, Orsa, Älvdalen, Gagnef, Ludvika samt Avesta. Gällande Södermanlands län ingår Strängnäs, Eskilstuna, Flen, Nyköping och Vingåker. Enkäten skickades till totalt 108 mailadresser som gick till enhetschefer inom de olika verksamheterna. Enhetscheferna fick sedan själva avgöra om de ville vidarebefordra enkäten till sina medarbetare eller ej. Svarsfrekvensen uppgick slutligen till totalt 143 personer.

### **4.3 Bortfall**

Enkätens första fem frågor var bakgrundsfrågor och riktade sig därmed till samtliga deltagare, detta gjorde även frågorna 6a och 7a. Frågorna 6b och 7b skulle endast besvaras av de deltagare som svarat att de blivit utsatta för psykiskt - eller fysiskt våld. Frågorna 6c samt 7c var i sin tur riktade till de deltagare som svarat att de endast talat med ansvarig chef eller ej vidtagit någon åtgärd alls. I och med att frågorna 6b, 6c, 7b och 7c endast var riktade till en del av deltagarna, innehar dessa frågor ett naturligt internt bortfall. Missivbrevet och enkäten skickades inte direkt till deltagarna utan till deras enhetschefer som sedan fick välja själva om de skulle vidarebefordra enkäten till sina medarbetare eller ej. Därav går det inte att uttala sig om det externa bortfallet, då det är okänt hur många individer som mottog enkäten.

### **4.4 Variabler**

Datamaterialet bestod av fem bakgrundsvariabler vilka var *kön*, *ålder*, *arbetslivserfarenhet*, *yrkestitel* samt *verksamheter*. När de bivariata analyserna genomfördes, klassindelades *ålder* och *arbetslivserfarenhet*. *ålder\_klassindelad* bestod av ”yngre”, ”medelålder” och ”äldre”. I den yngre gruppen ingick åldrarna 20–34 år, i

gruppen medelålder ingick 35–49 år och gruppen äldre bestod av åldrarna 50–65 år. *arbetslivserfarenhet\_klassindelad* bestod av ”mindre”, ”mer” och ”mycket” arbetslivserfarenhet. I gruppen med mindre arbetslivserfarenhet ingick de som hade 1 – 15 år, i gruppen med mer arbetslivserfarenhet ingick de som hade 16 – 30 år och i den grupp som hade mycket arbetslivserfarenhet ingick de som hade 31–47 år. I den multivariata analysen klassindelades *ålder* ytterligare. *ålder\_klassindelad2* bestod av två värden där den ”yngre” gruppen bestod av 20–42 år medan den ”äldre” gruppen bestod av 43–65 år. *Verksamheter* klassindelades också i den multivariata analysen. *verksamheter\_klassindelad* bestod av två värden där gruppen ”Vårdboenden” bestod av de som arbetar inom LSS boenden samt de som arbetar inom Äldreboenden. Gruppen ”Vård i hemmet och andra verksamheter” bestod av de som arbetar i ordinärt boende samt andra verksamheter.

Utöver bakgrundsvariablerna bestod materialet av ytterligare tolv variabler vilka var *utsatthet fysiskt våld*, *utsatthet psykiskt våld*, *åtgärder fysiskt våld*, *åtgärder psykiskt våld* och sedan fyra neutraliseringstekniker för fysiskt respektive psykiskt våld (totalt åtta). Variablerna *utsatthet för fysiskt våld* och *utsatthet för psykiskt våld* klassindelades till *utsatthet för fysiskt våld\_klassindelad* och *utsatthet för psykiskt våld\_klassindelad* i de bivariata analyserna och fick två värden vilka var ”Nej” och ”Ja”. *Åtgärder fysiskt våld* och *åtgärder psykiskt våld* klassindelades till *åtgärder fysiskt våld\_klassindelad* och *åtgärder psykiskt våld\_klassindelad* redan i de univariata analyserna, och fick två värden vilka var ”Ej vidtagit åtgärder” där ursprungsvärdena ”Endast talat med ansvarig chef utan vidare åtgärder” och ”Ingen åtgärd har vidtagits” ingick. Det andra värdet ”Vidtagit åtgärder” inkluderade ursprungsvärdena ”Upprättat en anmälan internt” och ”Upprättat en anmälan utanför verksamheten”. De åtta neutraliseringsteknikerna innehar fyra värden vilka är ”Stämmer”, ”Stämmer lite”, ”Stämmer”, ”Stämmer mycket” och ”Instämmer helt”. I de bivariata analyserna har dessa neutraliseringstekniker inkluderats i två index. *Index fysiskt våld* innehar de fyra neutraliseringsteknikerna för fysiskt våld och *Index psykiskt våld* innehar de andra fyra neutraliseringsteknikerna för psykiskt våld. Båda indexen hade en poängskala som gick mellan 4–20.

Orsaken till att klassindelning har gjorts beror på att det underlättar överskådligheten vid avläsning av diagram och korstabeller. I den multivariata analysen uppstod det

tomma celler i korstabellen vilket medför svårigheter vid Chi2-test. Därav klassindelades två variabler ytterligare till endast två värden (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2018, ss. 147, 200). Indexen har skapats med syftet att de fyra neutraliseringstekniker tillsammans ska mäta just neutraliseringstekniker.

#### **4.5 Analysetod och databearbetning**

IBM SPSS Statistics 26 har använts som analysverktyg. Univariata analyser innehållande stapeldiagram och frekvenstabeller har genomförts dels för att besvara studiens frågeställningar, dels för att få en översikt över variablernas fördelningar. I den bivariata analysen har korstabulering tillämpats eftersom samtliga analyser förutom en, innehöll kvalitativa variabler. Tabell 5.3.6 innehöll två kvantitativa variabler och därför tillämpades beräkning av korrelationskoefficienten (Pearsons r) istället eftersom jämförelse av medelvärden eller korstabulering inte är lämplig vid två kvantitativa variabler (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2018, ss. 142, 153 – 155). Chi2-test har genomförts för att kunna avgöra om eventuella samband beror på slumpen eller ej. Tabell 5.3.1 och 5.3.3 har båda 2 frihetsgrader och därav är det kritiska chi2-värdet på en 5% signifikansnivå 5,991. Tabell 5.4.1 har 1 frihetsgrad och därav ett kritiskt chi2-värde som uppgår till 3,841 på 5% signifikansnivå. Det bör poängteras att Chi2-test är känsliga för små urval och därmed kan ge missvisande siffror (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2018 ss. 214 – 217, 468). Sambandsmättet Phi och Cramer's V har tillämpats på samtliga bivariata och multivariata analyser eftersom måttet lämpar sig för variabler på nominal skalnivå (Djurfeldt, Larsson & Stjärnhagen 2018, s. 148).

#### **4.6 Validitet och reliabilitet**

En studies validitet handlar i stora drag om att studien har mätt det som den avser att mäta (Bryman 2011, s. 50). Som tidigare nämnt råder det delade uppfattningar om innebörden av begreppet våld. Detta var en av orsakerna till att studien delade upp begreppet våld i två delar, fysiskt våld samt psykiskt våld. Exempel på fysiskt samt psykiskt våld angavs under de enkätfrågor som behandlade begreppet för att tydliggöra innebörden. Därmed minskades deltagarnas subjektiva uppfattningar om begreppen, vilket ökar validiteten. Det bör dock poängteras att det aldrig går att säkerställa att deltagarnas egna uppfattningar inte har påverkat resultaten, men de exempel som angetts under enkätfrågorna har dock minskat denna påverkan. Bryman (2011, s. 258)

beskriver hur pilotstudier med fördel bör genomföras innan den egentliga enkätundersökningen skickades ut. På så vis kan författarna upptäcka eventuella brister i enkätfrågorna som sedan kan redigeras innan den egentliga enkäten skickas ut. I detta fall genomfördes ingen pilotstudie på grund av den smala tidsramen trots att detta hade varit önskvärt med tanke på att validiteten hade ökat ytterligare.

Reliabilitet handlar om studiens tillförlitlighet, om resultaten blir detsamma vid en replikering eller om dessa beror på slumpmässiga felaktigheter (Bryman 2011, s. 49). I takt med att kunskap sprids gällande våldets olika dimensioner, kan det antas att individers syn på våld även förändras. Detta påverkar stabiliteten för studiens vålds begrepp på ett negativt sätt. Svaren gällande de enkätfrågor som rör våld kan med tiden ändras i samband med att individers uppfattningar om våldets innebörd förändras. Reliabilitet gällande studiens index anses vara relativt hög då dessa baserades på de frågor vi teoretiskt utgått ifrån och därför valde vi att inte vägledas av några reliabilitetsmått.

#### **4.7 Etiska överväganden**

För att studien ska anses vara etiskt försvarbar, följdes de fyra huvudkraven som presenteras av Vetenskapsrådet (Vetenskapsrådet 2002, ss. 7 - 14). Genom ett missivbrev som skickades ut tillsammans med enkäten fick deltagarna information om studiens syfte samt vilken betydelse deras medverkan skulle ha för studien. På så vis uppfylldes informationskravet. Då *www.webbenkater.com* användes som verktyg för att skapa enkäten, inkom även de besvarade enkäterna via denna webbplats. När resultatet av enkäten sedan sparades ner för att öppnas i SPSS, var samtliga deltagare automatiskt ersatta med anonyma koder. Därmed gick det varken att spåra vilka verksamheter eller vilka deltagare som medverkat i studien. Inloggningsuppgifter till webbplatsen har behandlats på ett säkert sätt för att utomstående inte ska kunna få åtkomst till de och därmed kunna se resultaten. När föreliggande uppsats blivit godkänd, kommer data som är insamlad att raderas för att säkerställa så att inte utomstående tar del av resultatet. Personuppgifter och data har med andra ord behandlats på ett sådant sätt att samtliga deltagare har anonymiserats samt att materialet inte kan användas i andra syften eller intressen. Konfidentialitetskravet och nyttjandekravet har således uppfyllts.

## 4.8 Metodreflektion

Studiens forskningsdesign medförde en nackdel som rör möjligheten att dra slutsatser om kausalitet. Om ett samband upptäcks går det inte att avgöra vilken av variablerna som föregår i tiden eftersom samtliga datamaterial har samlats in vid en och samma tidpunkt (Bryman 2011, s. 64). Undantag från detta gäller variabler som är givna att föregå andra variabler i tiden, såsom ålder och kön. Tvärsnittsdesign innefattar oftast surveystudier vilket var orsaken till att enkäter valdes som datainsamlingsmetod (Bryman 2011, s. 63). Enkätens frågor var slutna vilket underlättade analysarbetet då öppna frågor är svårare att koda än slutna frågor (Bryman 2011, ss. 245 – 246). På så vis sparas även en hel del tid in vilket i stället kunde läggas på andra delar av studien. Studiens bekvämlighetsurval är ett så kallat icke-sannolikhetsurval vilket innebär att det inte är representativt och därmed kan resultaten inte generaliseras till en population (Bryman 2011, s. 194). Under arbetets gång har vi upptäckt en brist i missivbrevet, när det gäller etiska övervägande. Med hänsyn till samtyckeskravet hade det varit relevant att tydligt klargöra att deltagande i studien var frivilligt, vilket vi insett att vi inte var tydliga nog med.

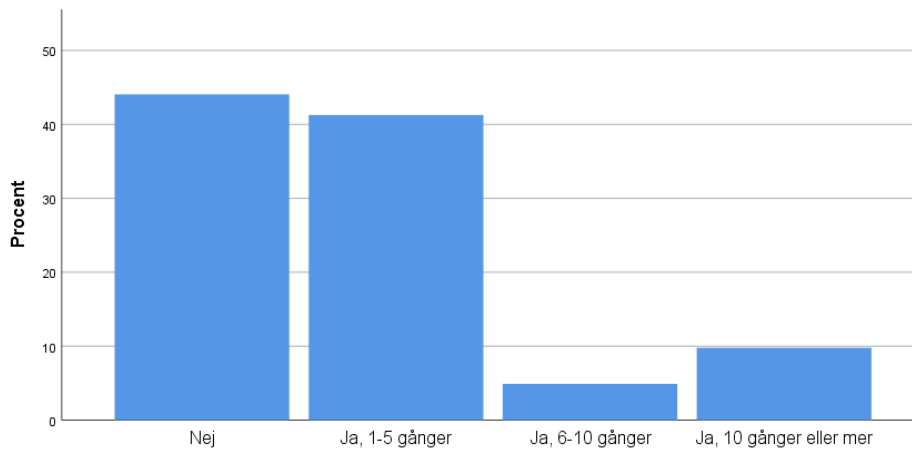
## **5 Resultat**

I detta avsnitt kommer studiens resultat att redovisas med hjälp av univariata, bivariata samt multivariata analyser. Endast analyser som gett betydelsefulla resultat som tas upp i diskussionskapitlet, kommer att presenteras grafiskt. Övrigt resultat kommenteras endast i text.

### **5.1 Univariata analyser**

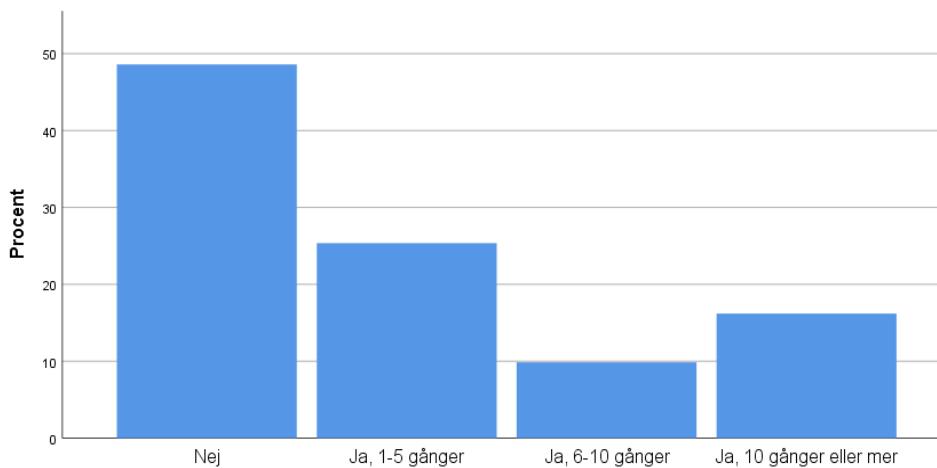
Univariata analyser har genomförts för samtliga variabler. Variablerna kön, ålder, yrkestitel och verksamheter baseras på 143 deltagare medan variabeln arbetslivserfarenhet baseras på 140 deltagare. Könsfördelningen visade att cirka 89,5% av deltagarna identifierar sig som kvinnor, cirka 9,8% som män samt cirka 0,7% identifierar sig som annat än kvinna eller man. Medelvärdet för deltagarnas ålder är 44 år där den yngsta är 20 år och den äldsta 65 år. Medelvärdet för arbetslivserfarenhet är 20år där den deltagare som har minst arbetslivserfarenhet har 1år och den som har längst har 47 år. Gällande yrkestitlar är cirka 76,9% undersköterskor, cirka 11,9% vårdbiträden, cirka 0,7% sjuksköterskor och cirka 10,5% är annat. Av dessa arbetar cirka 62,9% inom äldreboenden, cirka 14% inom LSS boenden, cirka 9,1% arbetar inom ordinärt boende samt 14% arbetar inom annan verksamhet.





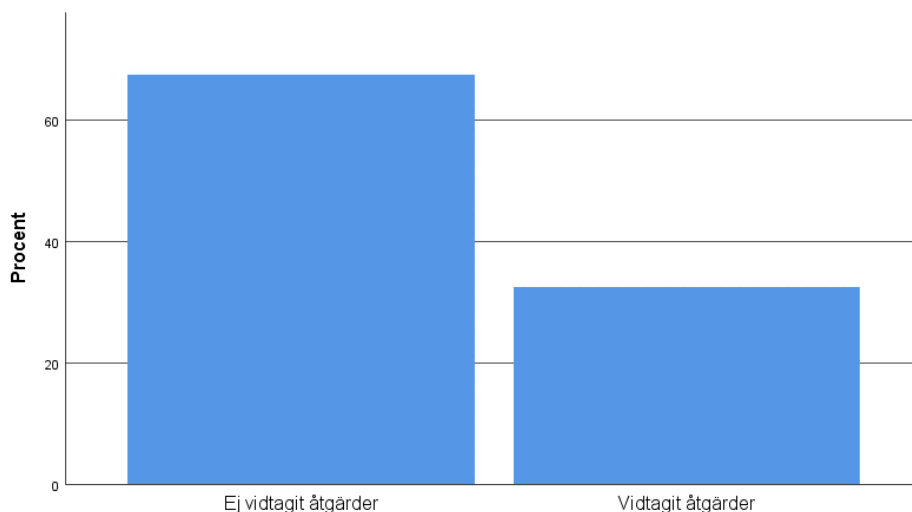
### 5.1.1 Andel utsatta för fysiskt våld

Diagram 5.1.1 visar hur stor andel av deltagarna som har varit utsatta för fysiskt våld de senaste tolv månaderna i arbetet. Cirka 44,1% har inte blivit utsatta, cirka 41,3% har blivit utsatta 1 - 5 gånger, cirka 4,9% har blivit utsatta 6 - 10 gånger medan cirka 9,8% har blivit utsatta 10 gånger eller mer. Antal deltagare: 143.



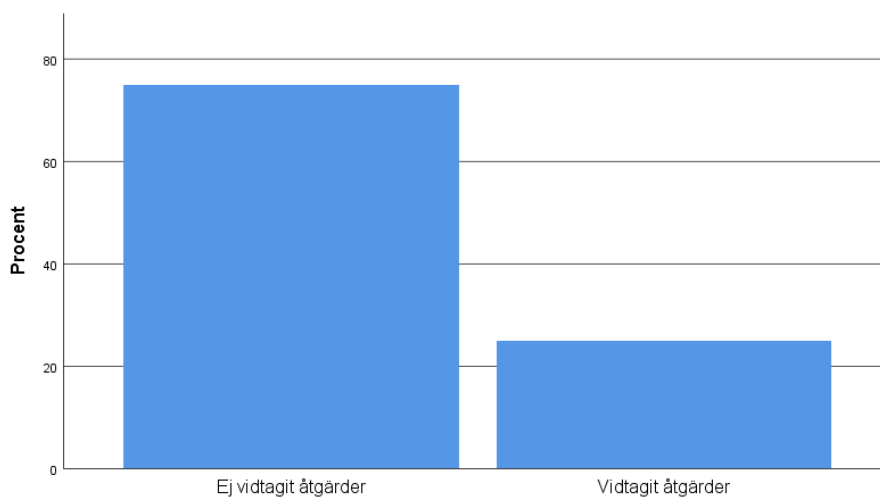
### 5.1.2 Andel utsatta för psykiskt våld

Diagram 5.1.2 visar andel deltagare som blivit utsatta för psykiskt våld i arbetet de senaste tolv månaderna. Cirka 48,6% har inte blivit utsatta för psykiskt våld, cirka 25,4% har blivit utsatta 1 - 5 gånger, cirka 9,9% har blivit utsatta 6 - 10 gånger medan cirka 16,2% har blivit utsatta 10 gånger eller mer. Antal deltagare: 142.



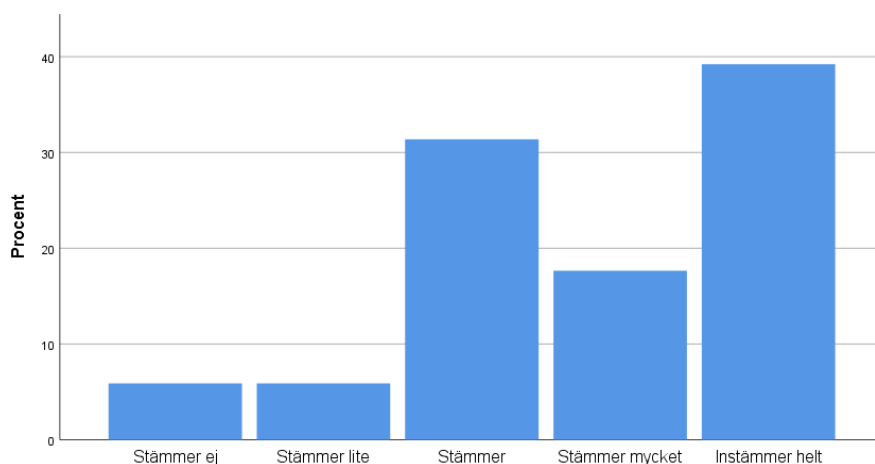
### 5.1.3 Fördelning gällande åtgärder för fysiskt våld\_klassindelad

Diagram 5.1.3 visar andel deltagare som ej vidtagit åtgärder respektive vidtagit åtgärder efter det att de blivit utsatta för fysiskt våld i arbetet. Cirka 67,5% ej vidtagit åtgärder medan cirka 32,5% har vidtagit åtgärder. Antal deltagare: 80.



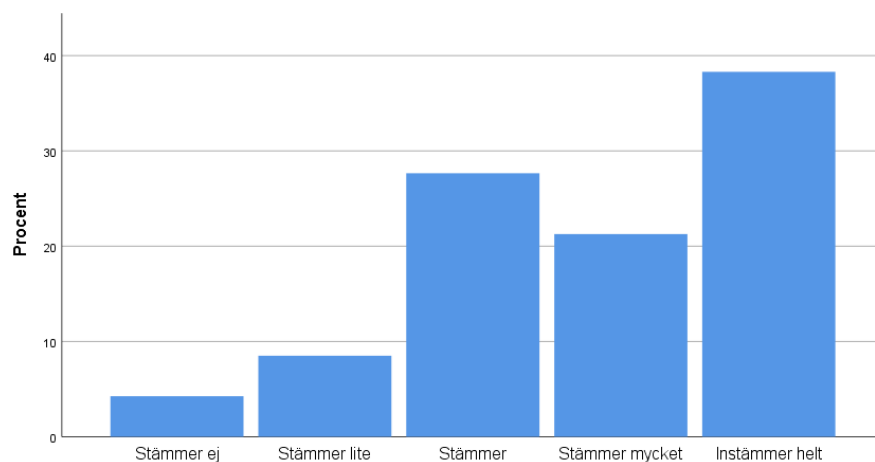
### 5.1.4 Fördelning gällande åtgärder för psykiskt våld\_klassindelad

Diagram 5.1.4 visar andel deltagare som ej vidtagit åtgärder respektive vidtagit åtgärder efter det att de blivit utsatta för psykiskt våld i arbetet. Cirka 75% har ej vidtagit åtgärder medan cirka 25% har vidtagit åtgärder. Antal deltagare: 72.



### 5.1.5 Högst poängsatt neutraliseringsteknik för fysiskt våld

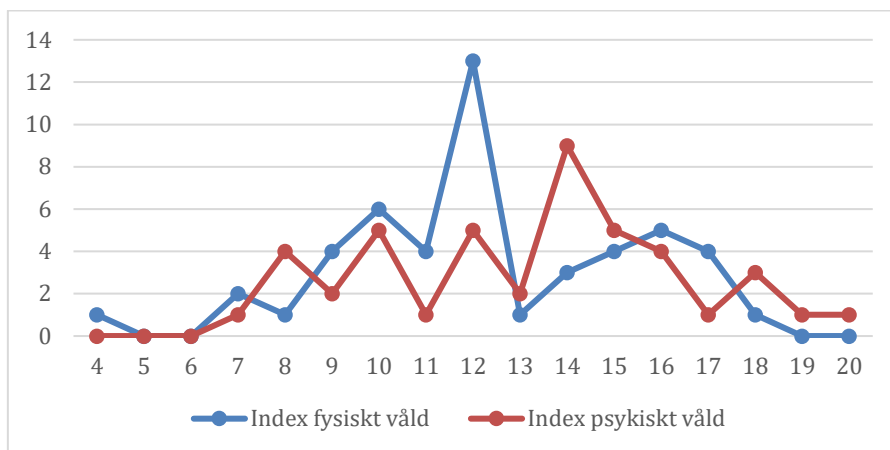
Diagram 5.1.5 baseras på de deltagare som ej vidtagit åtgärder efter det att de blivit utsatta för fysiskt våld i arbetet. Diagrammet visar hur väl påståendet ”Jag anser att jag inte tog skada av våldet” stämmer in som orsak till deltagarnas uteblivna åtgärder. Cirka 5,9% anser att det inte stämmer, cirka 5,9% anser att det stämmer lite, cirka 31,4% anser att det stämmer, cirka 17,6% anser att det stämmer mycket medan cirka 39,2% instämmer helt. Antal deltagare: 51.



### 5.1.6 Högst poängsatt neutraliseringsteknik för psykiskt våld

Diagram 5.1.6 baseras på de deltagare som ej vidtagit åtgärder efter det att de blivit utsatta för psykiskt/verbalt våld i arbetet. Diagrammet visar hur väl påståendet ”Jag anser att jag inte tog skada av våldet” stämmer in som orsak till deltagarnas uteblivna åtgärder. Cirka 4,3% anser att det inte stämmer, cirka 8,5% anser att det stämmer lite, cirka 27,7% anser att det stämmer, cirka 21,3% anser att det stämmer mycket medan cirka 38,3% instämmer helt. Antal deltagare: 47.

## 5.2 Indexering



### 5.2.1 Två index innehållande samtliga neutraliseringstekniker för fysiskt och psykiskt våld

Diagram 5.2.1 visar hur många poäng varje deltagare får beroende på hur denne skattat varje enskild neutraliseringsteknik för fysiskt och psykiskt våld. Eftersom varje index består av fyra olika tekniker som är skattade på en femgradig skala, varierar den sammanlagda poängen mellan 4 – 20. Index för fysiskt våld består av 49 deltagare och har ett medelvärde som uppgår till 12,31. Index för psykiskt våld består av 44 deltagare och har ett medelvärde som uppgår till 13,16.

## 5.3 Bivariata analyser

Variablerna *Kön* och *Yrkestitel* har ej inkluderats i bivariata analyser då dessa variabler är något snedfördelade vilket gör det svårt att utföra rättvisa analyser. Variabeln *arbetslivserfarenhet\_klassindelad* har testats som oberoende variabel i fyra bivariata analyser med *åtgärder fysiskt våld\_klassindelad*, *åtgärder psykiskt våld\_klassindelad*, *utsatthet för fysiskt våld\_klassindelad* och *utsatthet för psykiskt våld\_klassindelad* som beroende variabler. Ingen av de fyra analysernas resultat påvisade någon märkbar procentskillnad i korstabellerna. Chi2-testens värde understeg det kritiska värdet och inget värde var signifikant. Variabeln *ålder\_klassindelad* har testats som oberoende variabel i två bivariata analyser med *åtgärder psykiskt våld\_klassindelad* och *utsatthet för fysiskt våld\_klassindelad* som beroende variabler. Resultatet i de två analyserna visade ingen märkbar procentskillnad i korstabellerna. Chi2-värdet understeg det kritiska värdet och inget värde var signifikant.

	Yngre	Medelålder	Äldre	Totalt
<i>Ej vidtagit åtgärder</i>	57,1% 12st	69% 20st	73,3% 22st	<b>67,5% 54st</b>
<i>Vidtagit åtgärder</i>	42,9% 9st	31% 9st	26,7% 8st	<b>32,5% 26st</b>
<b>Totalt</b>	<b>100% 21st</b>	<b>100% 29st</b>	<b>100% 30st</b>	<b>100% 80st</b>

5.3.1 Korstabell: Ålders\_klassindelad påverkan på åtgärder för fysiskt våld\_klassindelad

	Värden	P-värde (2sided)
Pearson Chi-Square	1,521	0,468
<b>Antal individer</b>	<b>80st</b>	

5.3.2 Chi2-test

Korstabell 5.3.1 visar hur deltagarnas ålder påverkar deras val att ej vidta respektive vidta åtgärder efter det att de blivit utsatta för fysiskt våld i arbetet. Tabellen visar att större andel av de som är i medelåldern väljer att ej vidta åtgärder i jämförelse med de som är yngre. En större andel av de äldre väljer att ej vidta åtgärder i jämförelse med de som är i medelåldern. Procentskillnaden mellan ej vidtagit åtgärder samt vidtagit åtgärder ökar i varje åldersgrupp sett från de yngsta vilket tyder på att ju äldre respondenterna är, desto mer väljer de att ej vidta åtgärder. Tabell 5.3.2 visar hur stor sannolikhet det är att skillnaderna i korstabell 5.3.1 endast beror på slumpen. Chi2-värdet visar 1,521 och är långt under det kritiska värdet (5,991) för två frihetsgrader. P-värdet visar 0,468 och är därmed inte signifikant. Sambandsmått presenteras och tolkas ej då Chi2-testet ej är signifikant.

	Yngre		Medelålder		Äldre		Totalt	
<i>Ja</i>	63,2%	24st	60,9%	28st	36,2%	21st	<b>51,4%</b>	<b>73st</b>
<i>Nej</i>	36,8%	14st	39,1%	18st	63,8%	37st	<b>48,6%</b>	<b>69st</b>
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>38st</b>	<b>100%</b>	<b>46st</b>	<b>100%</b>	<b>58st</b>	<b>100%</b>	<b>142st</b>

5.3.3 Korstabell: Ålders\_klassindelad påverkan på utsatthet för psykiskt våld\_klassindelad

	Värden	P-värde (2-sided)
Pearson Chi-Square	9,114	0,010
<b>Antal individer</b>	<b>142</b>	

5.3.4 Chi2-test

	Värden	P-värde
Phi & Cramer´s V	0,253	0,010
<b>Antal individer</b>	<b>142</b>	

5.3.5 Sambandsmått

Tabell 5.3.3 visar sambandet mellan deltagarnas ålder och deras utsatthet för psykiskt våld i arbetet. Av tabellen går det att utläsa att de yngre deltagarna blir utsatta för psykiskt våld i störst utsträckning medan de äldre deltagarna är de som uppgett att de blivit minst utsatta för psykiskt våld. Siffrorna gällande de yngre och de äldre deltagarna är nästintill det motsatta då 63,2% av de yngre uppgett att de blivit utsatta för psykiskt våld medan 63,8% av de äldre uppgett att de inte blivit utsatta för psykiskt våld. Procentskillnaden mellan de yngre och de äldre deltagarna som har blivit utsatta för psykiskt våld är 27%. Tabell 5.3.4 påvisar att skillnaderna i tabell 5.3.3 inte beror på slumpen då chi2-värdet överstiger det kritiska värdet för 2 frihetsgrader med en 5% signifikansnivå. Tabell 5.3.5 visar sambandets styrka vilket uppgår till cirka 0,25 och kan därmed ses som ett betydelsefullt samband. P-värdena för både tabell 5.3.4 samt 5.3.5 understiger 0,05 och därmed signifikanta.

<i>Index fysiskt våld</i>		Index fysiskt våld	Index psykiskt våld
	Pearson correlation	1	0,873
	Signifikans		0,000
	<b>Antal individer</b>	<b>49</b>	<b>24</b>
<i>Index psykiskt våld</i>	Pearson correlation	0,873	1
	Signifikans	0,000	
	<b>Antal individer</b>	<b>24</b>	<b>44</b>

5.3.6 Test av korrelation mellan index innehållande neutraliseringstekniker för fysiskt våld och index innehållande neutraliseringstekniker för psykiskt våld

Tabell 5.3.6 visar korrelationen mellan index innehållande samtliga neutraliseringstekniker för fysiskt våld och index innehållande neutraliseringstekniker för psykiskt våld. Sambandsmättet visar 0,873 och är nära 1 vilket innebär att det är ett starkt positivt samband. Sambandet är dessutom signifikant och beror således inte på slumpen. Detta innebär att de deltagare som skattat högt på neutraliseringsteknikerna för fysiskt våld även har gjort det på neutraliseringsteknikerna för psykiskt våld. Det går ej att uttala sig om sambandets orsaksriktning då data för neutraliseringsteknikerna är införskaffade vid samma tidpunkt samt att det inte går att avgöra vilken av de två index som kommer före i tiden.

## 5.4 Multivariat analys

Verksamheter	Utsatthet för psykiskt våld	Yngre	Äldre	Total
Boenden	<i>Ja</i>	66% 31st	45,2% 28st	<b>54,1% 59st</b>
	<i>Nej</i>	34% 16st	54,8% 34st	<b>45,9% 50st</b>
	<b>Totalt</b>	<b>100% 47st</b>	<b>100% 62st</b>	<b>100% 109st</b>
Vård i ordinärt boende och andra verksamheter	<i>Ja</i>	50% 8st	35,3% 6st	<b>42,4% 14st</b>
	<i>Nej</i>	50% 8st	64,7% 11st	<b>57,6% 19st</b>
	<b>Totalt</b>	<b>100% 16st</b>	<b>100% 17st</b>	<b>100% 33st</b>
<b>Totalt</b>	<i>Ja</i>	61,9% 39st	43% 34st	<b>51,4% 73st</b>
	<i>Nej</i>	38,1% 24st	57% 45st	<b>48,6% 69st</b>
	<b>Totalt</b>	<b>100% 63st</b>	<b>100% 79st</b>	<b>100% 142st</b>

5.4.1 Korstabell: Ålders\_klassindelad2 påverkan på utsatthet för psykiskt våld\_klassindelad, kontrollerat för verksamheter\_klassindelad

Verksamheter		Värden	P-värde (2-sided)
Vårdboenden	Pearson Chi-Square	4,657	0,031
	Antal individer	109st	
Vård i ordinärt boende och andra verksamheter	Pearson Chi-Square	0,730	0,393
	Antal individer	33st	
<b>Totalt</b>	Pearson Chi-Square	4,994	0,025
	Antal individer	142	

5.4.2 Chi2-test



Verksamheter		Värden	P-värde
Boenden	Phi & Cramer's V	0,207	0,031
	Antal individer	109st	
Vård i ordinärt boende och andra verksamheter	Phi & Cramer's V	0,149	0,393
	Antal individer	33st	
<b>Totalt</b>	Phi & Cramer's V	0,188	0,025
	Antal individer	142st	

#### 5.4.3 Sambandsmått

Tabell 5.4.1 visar att partialtabellen för den yngre gruppen som blivit utsatta för psykiskt våld och arbetar på ett boende visar 66% respektive 45,2% för den äldre gruppen. Detta är en procentskillnad på cirka 21%. Partialtabellen för den yngre gruppen som blivit utsatta för psykiskt våld och arbetar i vårdtagares hem eller annat visar 50% respektive 35,3% för den äldre gruppen. Detta är en procentskillnad på cirka 15%. Procentskillnaden mellan den yngre och den äldre gruppen som har blivit utsatta för psykiskt våld har minskats från 27% i originalsambandet till 21% respektive 15% i partialtabellerna. Trots att procentskillnaden i originalsambandet har minskats, så kvarstår det dock i båda partialtabellerna. Detta innebär att originalsambandet inte är ett skensamband.

Tabell 5.4.2 visar att chi2-testet visar att partialtabellen för "boende" är signifikant. Partialtabellen för "Vård i ordinärt boende och andra verksamheter" är dock inte signifikant. Detta kan bero på att antalet observationer som ingår i "Vård i ordinärt boende och andra verksamheter" endast uppgår till 33 stycken medan det är 109 stycken som ingår i den andra gruppen "Boenden". För få observationer kan därmed ha påverkat chi2-testets signifikans. Slutligen kan det konstateras att originalsambandet är ett reellt samband och inte ett skensamband. Originalsambandet har dessutom specificerats, i den bivariata analysen gällde originalsambandet för vårdpersonal som arbetar inom studiens alla verksamheter. I den multivariata analysen kan vi se att detta originalsamband gäller

i större utsträckning för vårdpersonal som arbetar inom vårdboenden. Kontrollvariabeln *verksamheter\_klassindelad* har således en mindre betydelsefull påverkan på originalsambandet. Tabell 5.4.3 visar att sambandsmättet för partialtabellen för “Boenden” är 0,207 vilket innebär en minskning från originalsambandet som visade ett sambandsmått på 0,253. Sambandsmättet för partialtabellen för “Vård i ordinärt boende och andra verksamheter” tolkas ej då chi2-testet ej var signifikant.

## 6 Diskussion och analys

I detta avsnitt kommer studien teoretiska ramverk och tidigare forskning att appliceras på studiens resultat. Avsnittet är uppdelat i tre teman som är baserade på studiens frågeställningar. Det första temat som tas upp är utsatthet för våld därefter kommer åtgärder vid utsatthet för våld att diskuteras. Slutligen kommer vårdpersonalens tillämpning av neutraliseringstekniker vid våld att redovisas.

### 6.1 Utsatthet

Vårdpersonal är den yrkesgrupp som är mest utsatt för våld på arbetsplatsen (Mento, Silvestri, Bruno, Muscatello, Cedro, Pandolfo & Zoccali 2020, s. 2). Tidigare forskning har visat att 46,9 % av vårdpersonalen har varit utsatta för någon form av våld på arbetet där verbalt våld var mest förekommande (Alsmael, Gorab & AlQahtani 2020, s. 667). Resultatet från vår studie stödjer de slutsatser som tidigare forskning har presenterat. Både tabell 5.1.1 och 5.1.2 visar att mer än 50% av deltagarna har varit utsatta för både fysiskt respektive psykiskt våld under arbetstid. Mer än hälften av studiens respondenter har med andra ord fått utstå någon form av våld de senaste tolv månaderna under arbetstid. Trots att utsattheten är stor gällande fysiskt och psykiskt våld, visade tabellerna att utsattheten för fysiskt våld var större i jämförelse med utsattheten för psykiskt våld. Detta resultat talar emot tidigare studier som har visat att det är sju gånger så troligt att en person som upplevt psykiskt våld utsätts för fysiskt våld (Mento m.fl. 2020, s. 2). Enligt detta resonemang bör utsattheten för psykiskt våld vara större än utsattheten för fysiskt våld då psykiskt våld enligt studien, inträffar före fysiskt våld tidsmässigt.

Orsaken till att vår studies resultat inte överensstämmer med Mento m.fl. (2020) resonemang kan bero på okunskap rörande innebörden av begreppet psykiskt våld. Okunskapen kan ha medfört att den vårdpersonal som angett att de blivit utsatt för fysiskt våld, redan kan ha varit utsatt för psykiskt våld men där och då inte insett att det rörde sig om psykiskt våld. Som Wikman, Estrada och Nilsson (2010, s. 8) tar upp i Arbetsmiljöverkets rapport så är definitionen av våld starkt sammankopplad till själva kontexten runt om den situation där våldet sker. Hur situationen uppfattas är därav betydande för hanteringen (ibid). Det faktum att en större del av vårdpersonalen i vår

studie har angett att de blivit utsatta för fysiskt våld i jämförelse med psykiskt våld, behöver dock inte enbart bero på okunskap om psykiskt våld. Det kan också bero på den kontext som vårdpersonalen befinner sig i där de har en typ av arbetsrelation till vårdtagaren och är i en arbetsmiljö där de känner sig bekväma. Det psykiska våldets förlegade legitima karaktär som gör det svårt för människor att våga erkänna att de tagit illa vid sig, kan även ha påverkat. Sandström (2007, s. 9) förklarar det stora mörkertalet genom att belysa att psykiska skador sällan uppmärksammas genom anmälan eller erkänns av brottsoffret, då många inte vill medge att de blivit psykiskt påverkade av händelsen.

Sandströms (2007, s. 9) resonemang kan även förklara den skillnad i utsatthet för psykiskt våld beroende på ålder, som visas i tabell 5.3.3. Tabellen visar att fler av den yngre vårdpersonalen blir utsatt för psykiskt våld i jämförelse med den äldre vårdpersonalen. Tabell 5.4.1 bekräftar att detta inte är ett skensamband men det bör poängteras att vårdpersonalens verksamheter har en mindre betydelsefull påverkan på detta samband. Detta kan som sagt förklaras med att den yngre generationen har lättare att erkänna att de blivit utsatt för psykiskt våld, till skillnad från de äldre då den förlegade tanken om psykiskt våld finns kvar hos dem. Skillnaden kan även bero på att den yngre generationen innehar större kunskap om innebörden av psykiskt våld och därmed vet att det blivit utsatta. Oavsett vad denna skillnad beror på, så stöds den av tidigare forskning som bland annat beskriver att yngre kvinnliga läkare som inte har så mycket erfarenhet är de som blir mest utsatta för våld bland läkare (Mento m.fl. 2020, ss. 2, 7). Inom kommunal vård och omsorg, geriatriken och psykiatrien är det även där de yngre som är utsatta för våld i större utsträckning än de äldre (Wikman, Estrada & Nilsson 2010, ss. 21, 54). Trots att tabell 5.1.1 och 5.1.2 visade att en stor andel av studiens vårdpersonal blivit utsatt för fysiskt respektive psykiskt våld, är det inte särskilt förvånande om det skulle råda en viss undertäckning för både fysiskt och psykiskt våld. Detta grundar sig i att uppfattningen om våld kan förändras när våld placeras i en vårdande kontext. Wikman, Estrada och Nilsson (2010, ss. 13 – 14) beskriver hur omsorgsyrket genomsyras av tanken om att man vårdar den sjuke och därmed tolkas inte hot och våld som brott då hotet och våldet i stället förklaras av sjukdomen.

## 6.2 Åtgärder

Statistiken över anmälda arbetsskador bör teoretiskt sett vara heltäckande då arbetsgivaren har anmälningsskyldighet och är skyldig att göra en arbetsskadeanmälan. I praktiken så skiljer sig dock detta då det finns ett stort mörkertal då inte allt anmäls (Wikman, Estrada & Nilsson 2010, s. 13). Tidigare studier visar att endast 15 % av arbetsplatsvåldet anmäls utanför verksamheten och manliga läkare känner sig trygga i sitt arbete till skillnad från deras kvinnliga kollegor (Mento m.fl. 2020, ss. 2, 7). Liknande mönster går även att se i Alsmal, Gorab & AlQahtani (2020, s. 667) studie där hela 46,7 % inte vidtagit åtgärder efter utsatthet av våld. Ovanstående resultat från studierna påvisar att anmälningsskyldigheten generellt är låg.

Resultaten i tabell 5.1.3 samt 5.1.4 uppvisar liknande utslag där majoriteten av vårdpersonalen ej vidtagit åtgärder efter de har varit utsatta för fysiskt våld respektive psykiskt våld. Hela 67,5 % har ej vidtagit åtgärder efter de varit utsatta för fysiskt våld och hela 75 % har ej vidtagit åtgärder efter att de utsatts för psykiskt våld. Denna skillnad kan grund sig i att fysiskt våld medför påtagliga och synliga skador. Sparkar och slag kan leda till blåmärken och sår vilket är synbart för omgivningen och en själv. De psykiska skadorna är inte lika synliga för omgivningen och en själv på samma sätt och därför kan det tänkas att denna typ av våld förminskas av allmänheten och en själv. Wikman, Estrada & Nilsson (2010, ss. 13-14) belyser även andra faktorer som kan påverka den låga anmälningsskyldigheten gällande våld. Det kan exempelvis bero på offrets relation till gärningspersonen, grovheten på brottet och hur den lokala kulturen på arbetsplatsen är. Då studiens vårdpersonal vårdar personer som är sjuka eller är äldre, kan det tänkas att de inte tolkar hot och våld från vårdtagare på samma sätt som de tolkar hot och våld från andra människor utanför arbetet. Här kan man även se hur vårdpersonalen gör skillnad på våld i den främre- och bakre regionen som Goffman har studerat (Goffman 2014, ss. 97–102). Vårdpersonalen har alltså en högre acceptans för hot och våld i den främre regionen när de är på arbetet och har ingått i yrkesrollen, än vad de har privat i den bakre regionen. Det kan därmed tänkas att vårdpersonalen använder sitt manér mer i den bakre regionen, eftersom de har mindre tolerans till hot och våld där. Kroppsspråk och gester används därför mer i den regionen för att visa deras känslor och släppa fram sin personlighet mer. Då publiken, som i detta fall är

vårdtagare, ska kunna få en trovärdig uppfattning av vårdpersonalen så ska som sagt manér och uppträdandet överensstämma.

Detta stämmer även överens med det som Åkerström (2002, ss. 532–533) tar upp i hennes studie om den sedvanliga kulturella konstruktionen av vårdpersonalens roll som en omsorgsfull karaktär där de ska ta hand om äldre och sjuka. Detta resonemang gör det även svårt för studiens vårdpersonal, som aktivt spelar sin yrkesroll på arbetsplatsen att även avgöra vem som hålls ansvarig för våldet och vem som är offret i situationen. Åkerström (2002, ss. 523 - 524) menar att genom att benämna vårdtagarens aggressioner som våld, så tillskriver vårdpersonalen sig själva som offerroll och vårdtagaren blir därför med gärningsperson. Detta skulle gå emot värderingarna och den kulturella konstruktionen som tillhör den tillskrivna yrkesrollen som vårdpersonalen har och publiken och allmänheten skulle ifrågasätta vårdpersonalens kompetens. Detta gestaltar tydligt hur svårt det är att definiera vad som betraktas som kriminellt våld och inte. Som Åkerström belyser i hennes studie, så moraliskt rättfärdigar och normaliserar vårdpersonalen vårdtagarens aggression genom att tala om motiven som ligger till grund för handlingen. Stor vikt läggs vid ordvalet som de väljer att använda och med deras formuleringar så placeras de äldre och sjukas handlingar inom en förlåtande ram som ligger utanför våldets ramar. Detta synliggörs även i vår studie i tabell 5.1.5 och 5.1.6 där vårdpersonalens mest använda neutraliseringsteknik, är förnekande av skada. Där flyttar de fokus från sin egen roll som brottsoffer genom att förminska våldet i kontexten.

Resultatet från tabell 5.3.1 visar att det är fler av den yngre vårdpersonalen som vidtar åtgärder efter det att de blivit utsatta för fysiskt våld, i jämförelse med vårdpersonal som är i medelåldern och som är äldre. Den andel som vidtar åtgärder efter utsatthet för fysiskt våld minskar för varje åldersgrupp vilket innebär att ju äldre vårdpersonalen är, desto färre är det som väljer att vidta åtgärder efter att de blivit utsatta för fysiskt våld. Denna skillnad är dock inte signifikant och kan därmed inte generaliseras, utan gäller enbart för våra respondenter. Orsaken till denna skillnad kan tänkas förklaras av det dramaturgiska perspektivet av Goffman. Vårdpersonalen går in i den roll som Goffman menar att människor spelar i olika sammanhang (Goffman 2014, ss. 11–12). För studiens vårdpersonal innebär detta att de intar en social roll som är yrkesrollen, där de

ska stå för de värderingar som tillkommer med yrket. Som tidigare nämnts så ser vårdpersonalen på våldet annorlunda då de är i deras yrkesroll och där är de medvetna om att en viss typ av våld kan förekomma. Rollen som de intar i arbetet för med sig vissa förväntningar från publiken om hur de ska vara i den vårdande rollen. Men vårdpersonalen kan även i sitt framträdande påverka hur sin publik ser på dem genom att välja hur och vad de sänder ut för agerande och intryck. Ju äldre en individ är desto längre tid har den spelat olika roller i och utanför arbetet. I och med detta kan det tänkas att den äldre vårdpersonalen spelat sin vårdarroll längre och därmed känner sig bekvämare i den och dess förväntningar och värderingar. Detta kan medföra att man till slut inte vidtar några åtgärder i takt med att man blir bekvämare i rollen.

### **6.3 Vårdpersonalens tillämpning av neutraliseringstekniker vid våld**

En del av studiens syfte består av att undersöka vårdpersonalens tillämpning av Sykes och Matzas neutraliseringstekniker när de har blivit utsatta för våld under arbetstid. Sykes och Matza (1957, ss. 666 – 667) använder teorin för att förklara hur gärningspersoner tillämpar olika tekniker för att neutralisera sina brottsliga handlingar och därmed göra handlingen legitim. I vår studie är istället teorin omvänd och applicerad på brottsoffer, i detta fall är det vårdpersonalen som utstår våld från vårdtagare och kan därmed ses som brottsoffer. Tabellerna 5.1.5 och 5.1.6 visar att neutraliseringsteknik ”Jag anser att jag inte tog skada av våldet” är den teknik som används mest av studiens vårdpersonal, både gällande fysiskt och psykiskt våld. Detta innebär att studiens vårdpersonal använder, förnekande av skada som förklaring till varför de ej vidtagit åtgärder efter att de blivit utsatta för våld i arbetet. Denna teknik handlar om att gärningspersonen förnekar att den brottsliga handlingen har genererat skada och därmed bör handlingen inte anses som illegitim (Sykes & Matza 1957, ss. 667 – 668). Det faktum att vårdpersonal anser att de inte tog skada av våldet de blivit utsatta för, kan således förklaras med att det är ett tillvägagångssätt för att neutralisera våldet och händelsen i stort. Ett slag eller en kränkning som genererar eller inte genererar smärta, avgör enligt denna teknik om handlingen ska betraktas som våld eller ej. Tankesättet blir således att vårdpersonal som inte anser att de blev skadade av våldet, inte heller anser att det blivit utsatta för våld och därmed har de ingen anledning att vidta åtgärder.

Enligt Åkerström (2002, ss. 516 – 517) tenderar vårdpersonal även att normalisera patienters aggressioner som gör att de faller utanför gränserna för vad som definieras som våld. Sättet vårdpersonalen talar om händelsen visar på hur de tonar ner våldshandlingarna i stället för att lyfta fram att det faktiskt pågår våld på arbetsplatsen. Hur de använder ordet våld är centralt i sammanhanget samt vilka värderingar som vårdpersonalen lägger i kontexten. Åkerströms studie påvisar hur deltagarna kategoriserar människor snarare än deras handlingar, detta ligger sedan till grund för hur de drar gränser för våld. Fokus ligger snarare på vem som utför handlingen istället för handlingen i sig. Deltagarna hade reagerat starkare på om en ung person utövar våld än om en äldre eller sjuk person utövar våld. De anser även att en viss fysisk aggression är en del av deras arbetsrutin och därmed ska vårdpersonalen kunna hantera dessa situationer professionellt (Åkerström 2002, ss. 521 - 522). Man kan därmed se hur de verkligen går in i sin roll som vårdpersonal och inte vill tappa fasaden utåt och agera fel utifrån vilka värderingar som ingår i rollen.

Av tabell 5.3.6 framgår det att neutraliseringstekniker för fysiskt våld har ett positivt samband med neutraliseringstekniker för psykiskt våld. Detta innebär att vårdpersonal tenderar att tillämpa neutraliseringstekniker i ungefär samma grad gällande både fysisk och psykiskt våld. Tabell 5.2.1 visar dock att det råder en liten skillnad mellan tillämpningen av teknikerna för de olika typerna av våld. Medelvärden för neutraliseringstekniker som används vid fysiskt våld var något lägre än medelvärdet för neutraliseringstekniker som används vid psykiskt våld. Med andra ord tillämpar studiens vårdpersonal neutraliseringstekniker i högre grad vid psykiskt våld än vid fysiskt våld. Det kan tolkas som att det psykiska våldet neutraliseras eller förnekas i högre grad än fysiskt våld. Detta överensstämmer med vad Sandström (2007, s. 9) uttrycker om skillnaden mellan fysiskt och psykiskt våld. Enligt Sandström erkänns och anmäls inte psykiskt våld i samma utsträckning som fysiskt våld då många inte vill erkänna att de blivit skadade psykiskt av händelsen. I denna studie kan resultatet från tabell 5.2.1 tyda på att detta resonemang stämmer då vårdpersonalen använder neutraliseringstekniker i större utsträckning vid psykiskt våld vilket kan tolkas som att de förnekar och bedömer denna typ av våld som mindre skadlig än fysiskt våld.



## **6.4 Sammanfattning**

För att besvara studien första frågeställning gällande skillnader i utsatthet och hantering av fysiskt respektive psykiskt våld, så kan det konstateras att majoritetens av deltagarna i studien har varit utsatta för fysiskt respektive psykiskt våld de senaste 12 månaderna i arbetet. Under dessa 12 månaderna har en större andel av deltagarna blivit utsatt för fysiskt våld. Rörande hanteringen kan man konstatera att mer än hälften av deltagarna inte vidtagit åtgärder efter att de blivit utsatta för fysiskt- respektive psykiskt våld.

Gällande studiens andra frågeställning som handlar om vilken påverkan vårdpersonalens ålder har på utsatthet och hantering av våld, går det att avläsa att en större andel av de yngre deltagarna har blivit utsatta för psykiskt våld. Det är även en större andel av de yngre deltagarna som har vidtagit åtgärder vid fysiskt våld. Studiens tredje frågeställning rör tillämpningen av neutraliseringstekniker vid våld, resultatet visar att den teknik som används mest vid neutralisering för fysisk- och psykiskt våld är förnekande av skada.

## 7 Referenslista

AFS 1993:2. *Våld och hot i arbetsmiljön. Arbetarskyddsstyrelsens kungörelse med föreskrifter om åtgärder mot våld och hot i arbetsmiljön samt allmänna råd om tillämpningen av föreskrifterna.* Stockholm: Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling.

Alsmael, M.M., Gorab, A.H. & AlQahtani, A.M. (2020). Violence Against Healthcare Workers at Primary Care Centers in Dammam and Al Khobar, Eastern Province, Saudi Arabia, 2019. *International Journal of General Medicine*, 13, ss. 667–676.  
doi: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S267446>

Arbetsmiljöverket. (2011). *Hot och våld inom vård och omsorg* (Rapport 2011:16). Stockholm: Arbetsmiljöverket.  
<https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-var-d-och-omsorg-kunskapssammanstallningar-rap-2011-16.pdf>

Arbetsmiljöverket. (2020). *Arbetsmiljön 2019* (Rapport 2020:2). Stockholm: Arbetsmiljöverket. <https://www.av.se/globalassets/filer/statistik/arbetsmiljon-2019/arbetsmiljostatistik-arbetsmiljon-2019-rapport-2020-2.pdf.pdf>

Bryman, A. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. 2. uppl., Stockholm: Liber AB.

Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2018). *Statistisk verktygslåda 1: samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. 3. uppl., Lund: Studentlitteratur AB.

Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte) (2020). *Våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn*. Stockholm: Forte – Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd.  
<https://forte.se/app/uploads/2020/06/fort-0013-rapport-vald-i-arbetslivet-ta.pdf>

Försäkringskassan (u.å). *Du har rätt till ett liv fritt från våld.*

<https://www.forsakringskassan.se/press/vart-uppdrag-att-motverka-vald/du-har-ratt-till-ett-liv-fritt-fran-vald> [2021-02-26]

Goffman, E. (2014). *Jaget och maskerna: en studie i vardagslivets dramatik*. 6. uppl., Stockholm: Studentlitteratur AB.

Hoyle, L. P., Smith, E., Mahoney, C., & Kyle, R. G. (2018). Media Depictions of “Unacceptable” Workplace Violence Toward Nurses. *Policy, Politics, and Nursing Practice*, 19(3–4), ss. 57-71. doi: <https://doi.org/10.1177/1527154418802488>

Mento, C., Silvestri, M.C., Bruno, A., Muscatello, M.R.A., Cedro, C., Pandolfo, G. & Zoccali, R.A. (2020). Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 51, ss. 1–8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>

Nilsson, K & Örnerborg, E. (2019). Hot och våld ett konstant problem. *Arbetarskydd*, 1 november. <https://www.arbetarskydd.se/arbetsmiljo/hot-och-vald-ett-konstant-problem-6976518> [2021-05-23]

Sandström, S. (2007). *Hot & våld i vård, omsorg och socialt arbete*. Stockholm: Gothia.

Statistiska centralbyrån. (2018). *Hot, våld och oro 1980 – 2017*. Stockholm: Statistiska centralbyrån. [https://www.scb.se/contentassets/14f8221b75044059a52f293df0bd1f6f/le0101\\_2016i17\\_sm\\_lebr1802.pdf](https://www.scb.se/contentassets/14f8221b75044059a52f293df0bd1f6f/le0101_2016i17_sm_lebr1802.pdf)

Sykes, G.M. & Matza, D. (1957). Techniques of Neutralization: A Theory of Delinquency. *American Sociological Review*, 22(6), ss. 664–670. doi: <https://doi.org/10.2307/2089195>

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*.

[https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska\\_principer\\_VR\\_2002.pdf](https://www.vr.se/download/18.68c009f71769c7698a41df/1610103120390/Forskningsetiska_principer_VR_2002.pdf)

Wikman, S., Estrada, F. & Nilsson, A. (2010). *Våld i arbetslivet – en kriminologisk kunskapsöversikt* (Rapport 2010:4). Stockholm: Arbetsmiljöverket.  
<https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1168078/FULLTEXT01.pdf>

Åkerström, M. (2002). Slaps, Punches, Pinches – But not Violence: Boundary-Work in Nursing Homes for the Elderly. *Symbolic Interaction*, 25(4), ss. 515–536.  
doi: <https://doi.org/10.1525/si.2002.25.4.515>

# 8 Bilagor

## Våld inom vårddyrket

### Sida 1

Denna studie syftar till att synliggöra eventuella skillnader gällande hanteringen av våld i olika vårddyrken. Det sociala samspelet mellan människor är en central del inom vårddyrket och kan i vissa fall leda till konflikter mellan personal och vårdtagare. Vårdpersonal kan därmed utsättas för både fysiskt och psykiskt våld under arbetstid. I och med vårddyrkets sociala och vårdande syfte, kan det råda en viss acceptans kring våldet vilket medför att våldet hanteras på olika sätt.

Dina erfarenheter är viktiga för att kunna lyfta våldets omfattning men framför allt hanteringen kring våld i vårddyrket.

Tack för din medverkan!

Kontaktuppgifter:

Mail: [kriminologi.kandidatuppsats@hotmail.com](mailto:kriminologi.kandidatuppsats@hotmail.com)

### Sida 2

#### 1. Kön \*

Man

Kvinna

Annat

#### 2. Ålder \*

år

#### 3. Hur lång arbetslivserfarenhet inom vården har du? \*

år

#### 4. Vad är din yrkestitel? \*

**5. Inom vilken verksamhet arbetar du? \***

- Äldreboende  
 Vård i ordinärt boende  
 LSS boende  
 Annat

**6 a. Har DU någon gång blivit utsatt för fysiskt våld av en kund/brukare/boende de senaste 12 månaderna i arbetet? \***

Fysiskt våld = Kan t.ex. innefatta knuffar, sparkar, hålla hårt, slag samt användning av tillhyggen m.m

- Ja, 1-5 gånger  
 Ja, 6-10 gånger  
 Ja, 10 gånger eller mer  
 Nej

**6 b. Om ja på ovanstående fråga, vilken av följande åtgärder har vidtagits?**

- Endast talat med ansvarig chef om händelsen utan vidare åtgärder  
 Upprättat en anmälan internt  
 Upprättat en anmälan utanför verksamheten  
 Ingen åtgärd har vidtagits

**6 c. Om du endast talat med ansvarig chef om händelsen eller ej vidtagit någon åtgärd, vad beror det på? Fyll i hur väl nedanstående påståenden stämmer in på dig.**

	Stämmer ej	Stämmer lite	Stämmer	Stämmer mycket	Instämmer helt
Jag anser att man som vårdpersonal får utstå en viss nivå av fysisk våld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag anser inte att jag tog skada av våldet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag anser att vårdtagaren som utförde våldet är i en beroendeställning och därför ser jag mig själv inte som ett brottsoffer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag anser att det är fel med våld men jag vill inte förstora händelsen genom att upprätta en anmälan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**7 a. Anser DU att du har blivit utsatt för psykiskt våld/verbalt våld av en kund/brukare/boende under de senaste 12 månaderna i arbetet? \***

Psykiskt våld/verbalt våld = Kan t.ex. innefatta kränkningar, hot, nedvärderingar m.m.

- Ja, 1-5 gånger
- Ja, 6-10 gånger
- Ja, 10 gånger eller mer
- Nej

**7 b. Om ja på ovanstående fråga, vilken av följande åtgärder har vidtagits?**

- Endast talat med ansvarig chef om händelsen utan vidare åtgärder
- Upprättat en anmälan internt
- Upprättat en anmälan utanför verksamheten
- Ingen åtgärd har vidtagits

**7 c. Om du endast talat med ansvarig chef om händelsen eller ej vidtagit någon åtgärd, vad beror det på? Fyll i hur väl nedanstående påståenden stämmer in på dig.**

	Stämmer ej	Stämmer lite	Stämmer	Stämmer mycket	Instämmer helt
Jag anser att man som vårdpersonal får utstå en viss nivå av psykiskt våld/verbalt våld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag anser att jag inte tog skada av våldet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag anser att vårdtagaren som utförde våldet är i en beroendeställning och därför ser jag mig själv inte som ett brottsoffer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jag anser att det är fel med våld men jag vill inte förstora händelsen genom att upprätta en anmälan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Du har nu slutfört enkäten. Tack så mycket för att du deltog.

Du kan nu stänga fönstret.