



**FORTE:**

Forskningsrådet för  
hälsa, arbetsliv och välfärd

# VÅLD I ARBETSLIVET INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, SOCIALT ARBETE OCH UTBILDNINGSEKTORN

KUNSKAPSLÄGE OCH FORTSATT  
FORSKNINGSBEHOV

# FÖRORD

Forte, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, har fått i uppdrag av regeringen att inrätta och bedriva ett tioårigt nationellt forskningsprogram om arbetslivsforskning. En strategisk forskningsagenda har tagits fram för att tydliggöra programmets riktning. I den strategiska agendan har ett antal prioriterade utmaningar inom arbetslivet identifierats. Det är områden där forskningsbehoven är särskilt stora. Forte ska genom programmet öka kunskapen om utmaningar inom arbetslivet och presentera underlag för möjliga lösningar.

Genom att finansiera forskning på arbetslivsområdet bidrar Forte till att bygga upp forskningsmiljöer, främja forskningsprojekt och öka nätverkande mellan forskare och samhällsaktörer. Forte avser även att sammanställa forskningsbaserad kunskap inom utmaningarna för att visa på kunskapsläget och vilka forskningsbehov som finns.

Den här rapporten tar sin utgångspunkt i en av de utmaningar som lyftes fram i den strategiska agendan: minska förekomsten av hot, våld och trakasserier i arbetslivet. Rapporten har ett särskilt fokus på förekomsten av våld i arbetslivet bland anställda inom hälso- och sjukvård,

socialt arbete och utbildningssektorn i Sverige samt hälsokonsekvenser av fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld i arbetslivet.

Detta är en utmaning där många olika aktörer har uttryckt ett behov av mer kunskap och Forte hoppas därför att rapporten kommer att bidra till att öka kännedomen om den befintliga forskningen. Forte ser samtidigt fram emot att ny kunskap kommer att komplettera den som redovisas här, i takt med att den finansierade forskningen inom programmet utvecklas.

Projektledare och huvudförfattare till denna rapport är Anna Nyberg, Leg Psykolog och docent vid Stressforskningsinstitutet, psykologiska institutionen, Stockholms universitet. En grupp forskare på Stressforskningsinstitutet har tillsammans genomfört en systematisk genomgång och kvalitetsgranskning av forskningen på området våld i arbetslivet, där utöver Anna Nyberg även Kristiina Rajaleid, med. dr, Göran Kecklund, professor och Linda L Magnusson Hanson, docent, deltagit. Samtliga är medförfattare till denna rapport. Forskare Tom Sterud, vid Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse (NOA), har varit vetenskaplig granskare.

Jonas Björck  
Generaldirektör, Forte

Thomas Jacobsson  
Programansvarig, Forte

# INNEHÅLL

Förord	2	Genusbaserat våld inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn	32
Sammanfattning	4	Ospecifikt våld inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn	32
Summary	7	Hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet för olika personer	33
1. Introduktion	10	Sammanfattning av forskningsfronten	33
Definitioner	11	Metodologiska begränsningar	34
Syfte och avgränsningar	12	5. Kunskapsluckor och rekommendationer för fortsatt forskning	36
Metod för systematisk genomgång av litteraturen	14	Konsekvenser av genusbaserat våld	36
2. Förekomst av våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn i Sverige	17	Konsekvenser av våld i arbetslivet inom utbildningssektorn och socialt arbete	36
Förekomst av fysiskt våld i arbetslivet	17	Konsekvenser för diagnosticerad sjukdom, mortalitet och diagnosspecifik sjukfrånvaro	37
Förekomst av psykologiskt våld i arbetslivet	18	Organisatoriska och individuella faktorer i sambandet mellan våld och hälsoutfall	38
Förekomst av genusbaserat våld i arbetslivet	19	Hälsokonsekvenser för personer som bevittnar våld i arbetslivet	40
3. Övergripande om forskning om hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet	21	Metodologiska aspekter	40
Forskning om fysiskt våld i arbetslivet	22	6. Praktiska implikationer	43
Forskning om psykologiskt våld i arbetslivet	24	Referenser	46
Forskning om genusbaserat våld i arbetslivet	25	Bilaga 1. Komplettering av information om metod för systematisk genomgång av litteraturen	52
4. Forskning avseende hälso-konsekvenser av våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn	29	Sökstrategi	52
Fysiskt våld inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn	29		
<i>Fysiskt våld och psykisk ohälsa</i>	29		
<i>Fysiskt våld och sjukfrånvaro</i>	30		
<i>Fysiskt våld och fysisk ohälsa</i>	30		
Psykologiskt våld inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn	31		
<i>Psykologiskt våld och psykisk ohälsa</i>	31		
<i>Psykologiskt våld och sjukfrånvaro</i>	31		
<i>Psykologiskt våld och fysisk ohälsa</i>	32		

Foto: Scandinav  
ISBN: 978-91-88561-35-0

Forte - Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd  
Box 38084, 100 64 Stockholm  
Telefon: 08-775 4070, e-post: forte@forte.se  
www.forte.se

# Sammanfattning

Hot, våld och trakasserier har under de senaste decennierna diskuterats som viktiga stressorer, som kan leda till stressreaktioner och ohälsa i arbetslivet. Forskning om fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld i arbetslivet tog sin början för ungefär tre decennier sedan, men det är framför allt under de senaste femton åren som forskningen har utvecklats och gjort stora framsteg.

Rapporten är tänkt att ge en övergripande bild av förekomsten av olika former av våld i arbetslivet inom olika branscher på arbetsmarknaden. Avsikten är att ringa in några områden där forskningen behöver utvecklas för ytterligare eller mer tillförlitlig kunskap.

Syftet med föreliggande litteraturgenomgång är att:

- beskriva förekomsten av våld i arbetslivet bland anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn i Sverige
- översiktligt introducera forskningsfältet om hälsokonsekvenser av fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld i arbetslivet
- redogöra för forskning om hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn
  - genomföra en systematisk litteraturöversikt
  - ingående beskriva forskningsfronten
  - ringa in några kunskapsluckor och ge rekommendationer kring fortsatt forskning

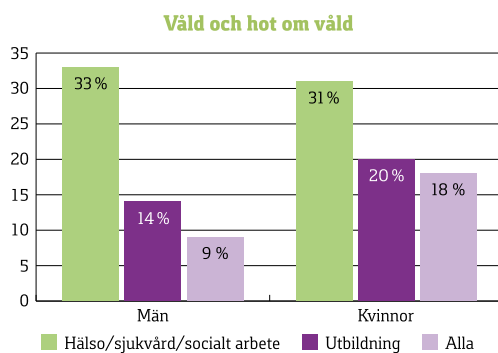
## FÖREKOMST AV VÅLD I ARBETSLIVET

Förekomsten av fysiskt våld är hög framför allt inom hälso- och sjukvård och socialt arbete, men även inom utbildningssektorn i

Sverige (se Figur 1). Även sexuella trakasserier av personer som erbjuds service, till exempel kunder, patienter och klienter är vanligt inom hälso- och sjukvård (se Figur 2).

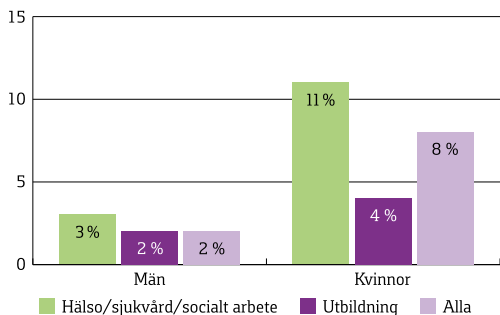
Förekomsten av utsatthet för *personlig förföljelse* (mobbing) eller *sexuella trakasserier från chefer eller arbetskamrater* tycks inte vara högre inom hälso- och sjukvård, socialt arbete eller utbildningssektorn jämfört med andra. Bland män har dock förekomst av mobbing inom olika branscher fluktuerat mycket över tid och mellan 2007 och 2017 finns perioder då andelen män som rapporterat att de varit utsatta för personlig förföljelse (mobbing) varit hög inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Män tycks också, som visas i Figur 3, i högre grad vara utsatta för *genusbaserade trakasserier* i dessa kvinnodominerade branscher jämfört med arbetsmarknaden som helhet.

Figur 1. Procent män och kvinnor som rapporterar att de utsatts för våld och hot om våld de senaste 12 månaderna i Arbetsmiljöundersökningarna 2017. Staplarna visar hälso- och sjukvård och socialt arbete, utbildningssektorn samt alla branscher på arbetsmarknaden.



Figur 2. Procent män och kvinnor som rapporterar att de utsatts för sexuella trakassier av klienter, patienter, studenter etc. de senaste 12 månaderna i Arbetsmiljöundersökningarna 2017. Staplarna visar hälso- och sjukvård och socialt arbete, utbildningssektorn samt alla branscher på arbetsmarknaden.

### Sexuella trakassier av klienter, patienter, studenter etc.



## FORSKNINGSFRONTEN

I kvalitetsgranskningen av forskningsfronten ingår 28 studier. Samband mellan fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld å ena sidan och psykisk ohälsa, sjukfrånvaro och fysisk ohälsa å andra sidan ingick i granskningen. De flesta av dem kommer från de nordiska länderna, fokuserar på hälso- och sjukvård och bedöms vara av medelhög kvalitet.

Exponering för fysiskt våld hade över tid samband med

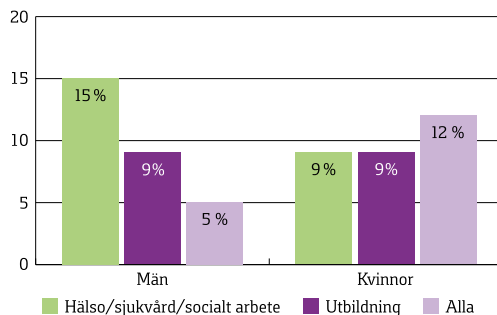
- psykisk ohälsa i 9 av 11 studier
- sjukfrånvaro i 3 av 4 studier

Exponering för psykologiskt våld hade över tid samband med

- psykisk ohälsa i 10 av 13 studier
- sjukfrånvaro i 6 av 6 studier

Figur 3. Procent män och kvinnor som rapporterar att de utsatts för genusbaserade trakassier av chefer och kollegor de senaste 12 månaderna i Arbetsmiljöundersökningarna 2013. Staplarna visar hälso- och sjukvård och socialt arbete, utbildningssektorn samt alla branscher på arbetsmarknaden.

### Genusbaserade trakassier



I den enda studie av genusbaserat våld och ohälsa som identifierades fann man inget samband.

Slutsatserna är att:

1. det finns enhetligt stöd för att fysiskt våld över tid leder till psykisk ohälsa
2. det finns enhetligt stöd för att psykologiskt våld över tid leder till psykisk ohälsa och sjukfrånvaro

Det finns dock metodologiska begränsningar och mer forskning av högre kvalitet behövs för att man med större säkerhet ska kunna säga att utsatthet för våld leder till ohälsa och sjukfrånvaro.

3. det finns begränsat stöd för att fysiskt våld över tid leder till sjukfrånvaro
4. det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för resterande samband

## FORTSATT FORSKNINGSBEHOV

Mer forskning behövs om:

- hälsokonsekvenser av *genusbaserat* våld
- hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet inom *skola* och *socialt arbete*.
- konsekvenser av stressrelaterad fysisk ohälsa och mortalitet
- medierande och modererande faktorer i sambandet mellan våld i arbetslivet och hälsoutfall: vi vet mycket lite om *hur* våld leder till ohälsa samt mycket lite om ifall hälsokonsekvenserna skiljer sig mellan olika grupper i samhället
- hälsokonsekvenser för personer som bevittnar våld i arbetslivet utan att själva vara utsatta

För att ytterligare stärka stödet för ett samband mellan våld i arbetslivet och ohälsa behöver en rad metodologiska aspekter beaktas i fortsatt forskning:

- bättre metoder för att mäta våld i arbetslivet behöver utvecklas och mätten behöver vara mer specifika angående typ och frekvens samt vem som utför våldet
- hälsoutfall behöver i högre utsträckning baseras på mer objektiva data, såsom diagnosticerad psykisk ohälsa
- fler longitudinella studier, där både exponering och utfall mäts vid åtminstone två tillfällen, behöver genomföras
- representativa urval behöver användas för att säkerställa att resultaten kan generaliseras
- teorier avseende hur olika former av våld i arbetslivet över tid påverkar olika former av ohälsa behöver utvecklas och testas, där tid mellan exponering och utfall beaktas

# Summary

The aim of the present literature review is to

- describe the prevalence of workplace violence among employees in health, social care and education in Sweden
- to briefly introduce research on health consequences of physical, psychological and gender-based workplace violence
- For research on health consequences of workplace violence in health, social care and education
  - conduct a systematic literature review
  - thoroughly describe the best quality research
  - identify some research gaps and give recommendations for future research

## PREVALENCE OF WORKPLACE VIOLENCE

The prevalence of physical violence is high particularly in health and social care but also in the educational sector in Sweden (see Figure 1). Also, sexual harassment from people that are offered services, such as clients and patients, is common in health and social care (see Figure 2).

Figure 1. Percentages of men and women reporting exposure to violence and threats of violence the past 12 months in the Swedish work environment surveys of 2017. The bars show percentages for health and social care, education, and all industries on the labour market.

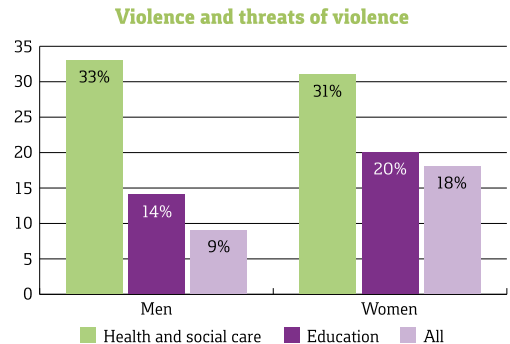
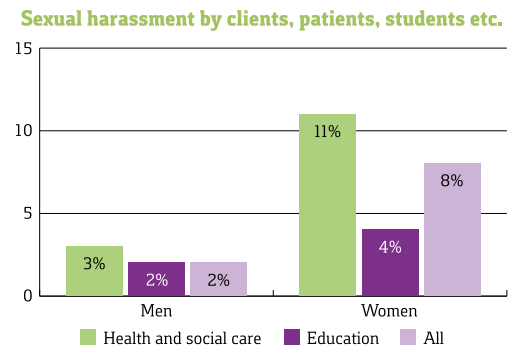


Figure 2. Percentages of men and women reporting exposure to sexual harassment by clients, patients, students etc. the past 12 months in the Swedish work environment surveys of 2017. The bars show percentages for health and social care, education, and all industries on the labour market.



The prevalence of *bullying* or *sexual harassment* by superiors or colleagues does not appear higher in health, social care and education than others. The prevalence of bullying in different labour market sectors has however fluctuated a lot between 2007 and 2017 and in periods there has been a high prevalence of men reporting to be subject of workplace bullying in the industries that the present report focuses on. The prevalence of *gender-based harassment* is also higher only among men in both health and social care and education, as shown in Figure 3.

### THE BEST QUALITY RESEARCH

The quality assessment included 28 studies. Associations between physical, psychological and gender-based violence on the one hand and mental ill health, sickness absence and physical ill health on the other were included. A majority of the studies are from the Nordic countries, investigate employees within healthcare, and were assessed as being of medium quality.

Exposure to physical violence was over time associated with

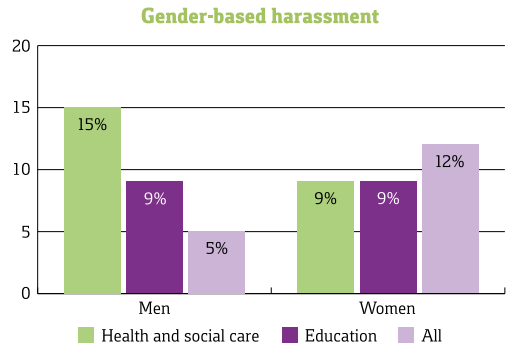
- mental ill health in 9 of 11 studies
- sickness absence in 3 of 4 studies

Exposure to psychological violence was over time associated with

- mental ill health in 10 of 13 studies
- sickness absence in 6 of 6 studies

In the only study of gender-based violence that was identified there was no association with the outcome.

Figure 3. Percentages of men and women reporting exposure to gender-based harassment by managers and colleagues the past 12 months in the Swedish work environment surveys of 2017. The bars show percentages for health and social care, education, and all industries on the labour market.



The conclusions are that

1. there is consistent support that physical violence over time leads to mental ill health
2. there is consistent support that psychological violence over time leads to mental ill health and sickness absence

There are, however, methodological limitations in these studies and more research of higher quality is needed before it can be concluded that exposure to violence leads to ill health and sickness absence.

3. there is limited support that physical violence over time leads to sickness absence
4. the scientific evidence is insufficient for the remaining associations



## RESEARCH GAPS

More research is needed on:

- health consequences of *gender-based* violence
- health consequences of workplace violence in the *educational sector* and *social care*
- health consequences for stress-related physical disease and mortality
- mediating and moderating factors in the association between workplace violence and health: we know very little about *how* violence leads to ill-health and very little about if health consequences differ between different groups in society
- health consequences for people who witness workplace violence without being exposed personally

In order to further strengthen the support for an association between workplace violence and ill-health the following methodological aspects need to be taken into consideration in future research:

- better methods to measure workplace violence need to be developed, and measures need to be more specific regarding type, frequency and the perpetrator of violence
- health outcomes need to be based on more objective data, such as diagnosed mental ill-health
- there is a need for more longitudinal studies, in which both exposure and outcome are measured at two time points or more
- representative samples need to be used in order to ensure generalisability of results
- theories about how different forms of workplace violence affect different types of health outcomes, in which the time between exposure and outcomes is considered, need to be developed and tested

# 1. Introduktion

Hot, våld och trakasserier har under de senaste decennierna diskuterats som viktiga faktorer som kan leda till stressreaktioner och ohälsa i arbetslivet. Forskning om fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld i arbetslivet tog sin början för ungefär tre decennier sedan, men det är framför allt under de senaste femton åren som forskningen har utvecklats och gjort stora framsteg. Genom #metoo-rörelsen som startade i USA under hösten 2017, fick frågan om våld i arbetslivet en ny aktualitet, framför allt med avseende på genusbaserat våld.

Ambitionen att minska hot, våld och trakasserier i arbetslivet är högst aktuell internationellt. Under de senaste åren har Internationella arbetsorganisationen (International Labour Organisation, ILO) arbetat för att utveckla en ny standard inom området och i juni 2019 antog medlemsländerna en ny konvention<sup>1</sup> och rekommendation<sup>2</sup> om våld och trakasserier i arbetslivet. I konventionen erkänns allas rätt till ett arbetsliv fritt från våld och trakasserier, inklusive genusbaserade sådana. Det motiveras bland annat av att våld och trakasserier kan utgöra kränkningar mot mänskliga rättigheter och hot mot jämlika möjligheter och att våld och trakasserier påverkar individens psykiska, fysiska och sexuella hälsa. Bland annat innehåller denna standard en utvidgning

med avseende på var våld och trakasserier i arbetslivet utförs och inbegriper inte bara arbetsplatsen utan även resor till och från arbetsplatsen, lunch- och rastplatser, platser för övernattnings med mera. Konventionen innehåller tydliga skrivelser om medlemsländernas skyldigheter att förebygga våld och skydda anställda från att bli utsatta för våld i arbetslivet, inklusive genusbaserat våld. I detta ingår att identifiera vilka sektorer och yrkesgrupper på arbetsmarknaden som är särskilt utsatta samt att vidta åtgärder för att särskilt skydda dessa.

Förekomsten av våld i arbetslivet har i såväl Sverige som internationellt visat sig vara högre inom vissa branscher på arbetsmarknaden.<sup>3-5</sup> Förekomsten varierar beroende på typ av våld – fysiskt, psykologiskt eller genusbaserat samt vem eller vilka som utövar våldet. Anställda inom hälso- och sjukvård har länge varit uppmärksammade som en riskgrupp för utsatthet för framför allt fysiskt våld från patienter och anhöriga. På senare tid har det visats att våld ofta förekommer även inom utbildningssektorn.<sup>6</sup> Andra yrken och branscher som i internationella studier visat sig vara särskilt utsatta är de som bevakar lag och säkerhet i samhället samt anställda inom detaljhandeln.<sup>3,5</sup> I föreliggande kunskapssammanställning har vi valt att belysa hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet för några av de mest utsatta yrkesgrupperna, de flesta kvinnodominerade, nämligen yrken inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Utöver att dessa yrkesgrupper ofta exponeras för våld i arbetslivet, är den psykosociala arbetsmiljön sämre inom dessa sektorer jämfört med andra även i andra avseenden<sup>7</sup> och sjukfrånvaron är högre.<sup>8</sup>

Föreliggande rapport är tänkt att ge en övergripande bild av förekomsten av olika former av våld i arbetslivet inom olika branscher på arbetsmarknaden, att ge en övergripande bild av forskningsområdet och framför allt beskriva hur forskningsfronten ser ut avseende hälsokonsekvenser av våld bland anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Avsikten är vidare att ringa in några områden där forskningen behöver utvecklas för ytterligare eller mer tillförlitlig kunskap.

## DEFINITIONER

Det finns ingen internationellt etablerad definition av våld i arbetslivet. Det förekommer en mängd olika termer och beskrivningar i litteraturen, där vissa inkluderar enbart fysiskt våld medan andra omfattar även en större bredd av våld i arbetslivet. I denna rapport har den definition som Internationella arbetsorganisationen använder i sin nyligen utkomna *Violence and Harassment Convention 2019*<sup>1</sup> valts som utgångspunkt. Här definieras våld och trakasserier på följande sätt:

*Violence and harassment in the world of work refers to a range of unacceptable behaviours and practices, or threats thereof, whether a single occurrence or repeated, that aim at, result in, or are likely to result in physical, psychological, sexual or economic harm, and includes gender-based violence and harassment.*

I rapporten används den övergripande termen våld i arbetslivet. Utifrån den vetenskapliga litteraturen inom forskningsområdet har våld i arbetslivet sedan delats in i tre delområden: 1) fysiskt våld, 2) psykologiskt våld och 3) genusbaserat våld. I *fysiskt våld* inkluderas såväl hot om fysiskt våld som olika former av faktiskt fysiskt våld. Vanligt förekommande i litteraturen, i de fall då de faktiska handlingarna definieras, är till exempel att bli slagen, biten, riven, puttd, spottad på eller sparkad. I *psykologiskt våld* inkluderas ett flertal olika begrepp där mobbning, trakasserier och verbalt våld är de vanligast förekommande. Det finns

en otydlighet i litteraturen kring olika begrepp som avser psykologiskt våld och det är oklart i vilken mån de representerar distinkta fenomen och i vilken mån de kan sägas vara överlappande. Trakasserier och verbalt våld i arbetslivet refererar vanligtvis till psykologiskt aggressiva handlingar som kan ske vid enstaka eller upprepade tillfällen. Mobbning i arbetslivet definieras i termer av att den utsatta vid upprepade tillfällen och över en längre tidsperiod utsätts för trakasserier av en eller flera chefer eller kollegor och där den utsatta inte kan försvara sig.<sup>9</sup> *Genusbaserat våld* definieras enligt ILO:s nya konvention<sup>1</sup> på följande sätt: *Gender-based violence and harassment means violence and harassment directed at persons because of their sex or gender, or affecting persons of a particular sex or gender disproportionately, and includes sexual harassment.* I genusbaserat våld inkluderas således sexuella och genusbaserade trakasserier. Definitioner av sexuella trakasserier har i den vetenskapliga litteraturen varierat men har beskrivits i termer av ett icke önskvärt beteende av sexuell karaktär som

### Definitioner av fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld

#### Fysiskt våld:

- Fysiskt våld såsom att bli slagen, biten, riven, puttd, spottad på eller sparkad
- Hot om fysiskt våld

#### Psykologiskt våld:

- Psykologiskt aggressiva handlingar vid enstaka eller upprepade tillfällen, såsom mobbning, trakasserier och verbalt våld

#### Genusbaserat våld:

- Våld och trakasserier som riktas mot personer på grund av deras kön, såsom
  - sexuella trakasserier (icke önskvärt beteende av sexuell karaktär)
  - genusbaserade trakasserier (trakasserier som grundas på kön och som är kränkande eller nedvärderande)

mottagaren uppfattar som kränkande, svårt att hantera och som har en negativ inverkan på välbefinnandet.<sup>10</sup> Beteenden kan variera från oönskad sexuell uppmärksamhet till sexuella övergrepp.<sup>11</sup> Genusbaserade trakasserier kan definieras som andra handlingar än sexuella trakasserier som grundas på kön och som kränker individens integritet eller är nedvärderande. I föreliggande litteraturgenomgång inkluderas inte studier om trakasserier på grund av annat än kön eller studier som specifikt fokuserar på diskriminering i arbetslivet. Våld i arbetslivet och dess konsekvenser för olika individer i samhället baserat på exempelvis etnicitet och socioekonomisk status har dock beaktats i genomgången.

Våld i arbetslivet brukar vidare kategoriseras utifrån vem som utövar våldet.<sup>12</sup> 1) Den första sorten är våld utövat av någon som inte har någon relation till arbetsplatsen, som till exempel vid rån. 2) Den andra typen är våld som utövas av någon som organisationen tillhandahåller service åt, till exempel patienter, anhöriga, elever, klienter eller kunder. 3) Den tredje sortens våld är våld som utövas av andra anställda inom organisationen. 4) Den fjärde och sista typen är våld som utövas av någon som har en relation till en anställd på arbetsplatsen, till exempel en make/maka.

### **Olika typer av våld i arbetslivet kategoriserade utifrån vem som utövar våldet**

**Typ 1:** Våld utövat av någon som inte har någon relation till arbetsplatsen (ex rån)

**Typ 2:** Våld utövat av någon som organisationen tillhandahåller service åt (ex patient)

**Typ 3:** Våld utövat av en annan anställd i organisationen (ex medarbetare)

**Typ 4:** Våld utövat av någon som har en relation till en anställd på arbetsplatsen (ex partner)

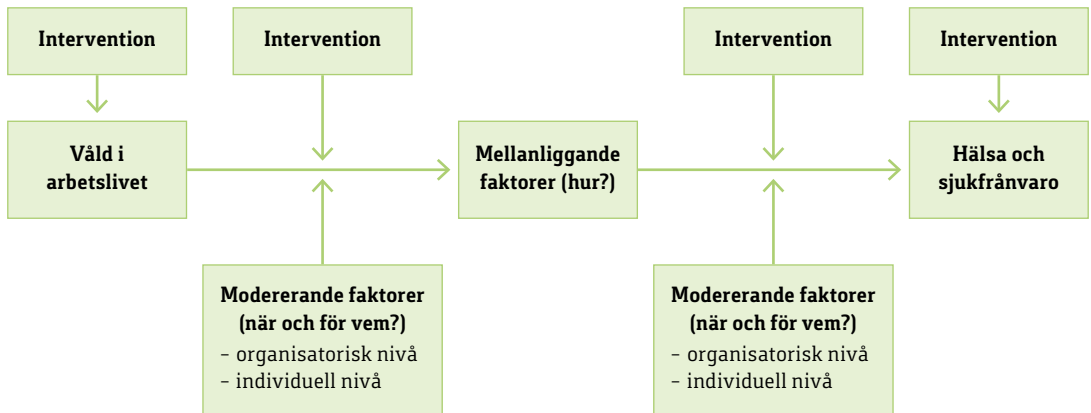
I föreliggande rapport inkluderas alla former av våld i arbetslivet, alltså fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld av typ 1–4.

## **SYFTE OCH AVGRÄNSNINGAR**

I denna litteraturgenomgång sammanfattas den internationella litteraturen som belyser sambandet mellan olika former av våld i arbetslivet och hälsan bland anställda inom hälso- och sjukvård, utbildningssektorn och socialt arbete. Dessa yrkesgrupper är särskilt utsatta för våld från personer som organisationen tillhandahåller vård, utbildning eller service åt, det vill säga patienter, anhöriga, klienter, elever och elevers vårdnadshavare. Samtidigt är de inte tränade, utbildade eller förberedda på att hantera våld i samma utsträckning som exempelvis poliser. Kända psykosociala stressorer i arbetsmiljön, såsom höga krav och låg kontroll, är också vanligt förekommande i dessa branscher och kan öka risken för uppkomst av våld ytterligare, men även ha betydelse för dess konsekvenser.<sup>7</sup> Det är viktigt att så långt som möjligt förebygga uppkomsten av våld, men inom dessa branscher kommer det med stor sannolikhet alltid att finnas, till exempel på grund av drogpåverkan, psykisk sjukdom eller andra hälsoproblem hos patienter, klienter eller elever. Det är ett viktigt första steg att reda ut vilken betydelse som våld i arbetslivet har för ohälsa och sjukfrånvaro inom dessa utsatta branscher för att på bästa sätt kunna planera interventioner för att mildra negativa hälsokonsekvenser.

I litteraturgenomgången inkluderas, som Figur 4 illustrerar, studier som undersöker hur våld i arbetslivet över tid kan påverka hälsa och sjukfrånvaro hos individer. En avgränsning mot andra delar av forskningsområdet har varit nödvändig. Till exempel ingår inte forskning som enbart belyser förekomster av våld i arbetslivet, forskning om faktorer i arbetsmiljön som påverkar uppkomst av våldssituationer, eller forskning om interventioner som syftar till att minska förekomst eller negativa konsekvenser av våld i arbetslivet. Inte heller ingår forskning

Figur 4. Teoretisk modell (inspirerad av Nielsen et al 2018)<sup>9</sup> över konsekvenser av våld i arbetslivet



om diskriminering och inte heller forskning om trakasserier på grund av annat än kön, såsom till exempel etnicitet. Dessa områden ger alla viktiga bidrag till förståelsen av våld i arbetslivet, men har av tids- och utrymmesskäl inte kunnat inkluderas här. Vissa delar av denna forskning kommer dock att beröras mer översiktligt. Som illustreras i Figur 4 finns i sambandet mellan våld och ohälsa eller sjukfrånvaro möjligheter att internera för att stoppa våldshandlingar och för att förhindra att de får negativa hälsokonsekvenser.

I sammanställningen inkluderas forskning avseende anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Litteraturgenomgången består i huvudsak av två delar, där den ena har det bredare syftet att övergripande sammanfatta forskningen i sin helhet, medan den andra har syftet att ringa in var forskningsfronten ligger. Vad vet vi och hur säkra kan vi vara på denna kunskap? I den första delen sammanfattas litteraturen med utgångspunkt i litteraturöversikter publicerade i internationella tidskrifter samt i svenska rapporter. I den andra delen sammanställs resultaten från den systematiska litteraturgenomgång av studier

med prospektiv eller longitudinell studiedesign, publicerade i peer-review-granskade internationella tidskrifter, som genomförts. Utifrån dessa två delar identifieras sedan kunskapsluckor inom forskningsfältet och ett antal rekommendationer om hur forskningsfältet kan utvecklas ges.

Syftet med föreliggande litteraturgenomgång är att:

1. översiktligt beskriva förekomsten av våld i arbetslivet bland anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn i Sverige,
2. översiktligt introducera forskningen om hälsokonsekvenser av fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld i arbetslivet,
3. genomföra en systematisk litteraturoversikt och ingående beskriva forskningsfronten inom området hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn, och
4. ringa in några kunskapsluckor och ge rekommendationer kring fortsatt forskning om våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn.

## METOD FÖR SYSTEMATISK GENOMGÅNG AV LITTERATUREN

En systematisk litteratursökning genomfördes i samarbete med Karolinska universitetsbiblioteket. Databaserna Medline, Cinahl, Web of Science och PsycInfo genomfördes på artiklar publicerade mellan 1990 och februari/ augusti 2019. Tidsramen valdes utifrån att den vetenskapliga litteratur som denna granskning baseras på torde vara publicerad efter 1990. Sökstrategin baserades på en kombination av sökord avseende exponering (olika former av våld i arbetslivet), population (anställda inom hälso- sjukvårds- och utbildningssektorn samt socialt arbete) och typ av studie (översiktsartikel för den andra frågeställningen samt artiklar med prospektiv eller longitudinell studiedesign för den tredje). Sökningen gjordes av bibliotekarier på Karolinska universitetsbiblioteket i februari 2019 och kompletterades i augusti 2019. För det tredje syftet, som avser kvalitetsgranskning av prospektiva och longitudinella studier, skapades ett protokoll som registrerades i PROSPERO med registreringsnumret CRD42019128442. Rapporteringen av metod och resultat har följt Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA, [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org)), en checklista för hur arbetet med systematiska översikter bör rapporteras.

Fyra forskare på Stressforskningsinstitutet gick sedan igenom titlar, sammanfattningar och i vissa fall hela artiklar för att bedöma om de artiklar som identifierats i litteratursökningen mötte de av forskargruppen uppställda inklusionskriterierna. Inklusionskriterierna för kunskapsöversikten var att artiklarna skulle vara skrivna på engelska, avse anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn, att exponeringen skulle vara våld i arbetslivet och utfallet hälsa eller sjukfrånvaro.

Efter urval av studier som bedömts motsvara inklusionskriterierna och antingen var en översiktsartikel (för det andra syftet) eller en primärstudie som använde prospektiv eller longitudinell studiedesign (för det tredje syftet), gjordes en systematisk genomgång och kvalitetsgranskning av primärstudierna. Kvalitetsgranskningen genomfördes utifrån en av forskargruppen vidareutvecklad version av Cochranes ”Tool to Assess Risk of Bias in Cohort Studies” (se [methods.cochrane.org](http://methods.cochrane.org)). Studiens kvalitet skattades utifrån åtta olika domäner. Varje studie gavs en kvalitetspoäng som kunde variera mellan 8 och 30 och utifrån denna en övergripande kvalitetsbedömning: hög kvalitet (8–12 poäng), medelhög kvalitet (13–16 poäng) och låg kvalitet (17–30 poäng). Indelningen i hög, medelhög och låg kvalitet gjordes framför allt för att lättare kunna kommunicera resultaten och baserades på de granskade forskarnas gemensamma bedömningar av forskningsfronten. En syntetisering av resultaten genomfördes sedan baserad på riskestimaten i studierna. Vi sammanfattar stödet för prospektiva samband mellan fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld och psykisk ohälsa, sjukfrånvaro och fysisk ohälsa enligt nivåerna 1) Enhetligt stöd; 2) Begränsat stöd; och 3) Otillräckligt stöd. Enhetligt stöd innebär att ett flertal studier ger stöd för ett prospektivt eller longitudinellt samband mellan fysiskt, psykologiskt eller genusbaserat våld och psykisk ohälsa, sjukfrånvaro eller fysisk ohälsa och att dessa studier i huvudsak är av åtminstone medelhög kvalitet. Begränsat stöd innebär att ett färre antal studier ger stöd för ett samband eller att studierna är av lägre kvalitet. Otillräckligt stöd innebär slutligen att ingen eller enbart någon enstaka studie som undersökt ett prospektivt samband har identifierats. En mer detaljerad metodbeskrivning finns i Bilaga 1 och en mer utförlig redovisning av de granskade studierna har publicerats i en vetenskaplig artikel.<sup>13</sup>

För syftet att översiktligt introducera forskningen om hälsokonsekvenser av fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld i arbetslivet (Syfte 2) användes i första hand översiktsartiklar som framkom i den sökning som genomfördes av Karolinska universitetsbiblioteket i februari 2019 (se sökstrategin i den detaljerade metodbeskrivningen i Bilaga 1). Urvalet av översiktsartiklar skedde inte på det systematiska vis som urvalet av studier som beskriver forskningsfronten, utan valdes ut utifrån relevans som övergripande inledning till forskningsområdet i föreliggande rapport. Syftet med avsnittet var att övergripande beskriva området med avseende på exempelvis förekomst av våld på olika delar av arbetsmarknaden i internationellt publicerade

studier, förklara definitioner och avgränsningar av begrepp, metodologiska utmaningar inom forskningsfältet och så vidare. Därför inkluderades även översiktsartiklar som fokuserar på andra delar av arbetsmarknaden än de som står i fokus för föreliggande rapport.

Utöver studier som identifierats genom sökning av ovanstående databaser har svenska rapporter genom sökts efter information som är specifik för svenska förhållanden. Data baseras framför allt på information framtagen av branschorganisationer och fackförbund, på data från Arbetsmiljöundersökningarna samt på kunskapssammanställningar genomförda av forskare i Sverige.





## 2. Förekomst av våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn i Sverige

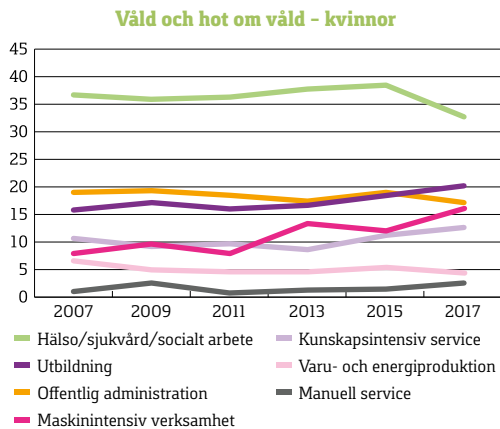
I nedanstående avsnitt presenteras förekomst av olika former av våld i arbetslivet bland män och kvinnor i hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn i jämförelse med andra sektorer i Sverige.

Data kommer från Arbetsmiljöundersökningarna och bilderna har tagits fram för denna rapport. I Arbetsmiljöundersökningarna, som baseras på ett representativt urval av den svenska arbetande befolkningen och som genomförs av Statistiska centralbyrån vartannat år, har frågor om fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld ställts de senaste 20 åren. Dessa data är möjliga att dela upp på kön och bransch på arbetsmarknaden och ger en bild av andelen som rapporterar att de är utsatta för olika former av våld i Sverige över tid. Nedan presenteras förekomst av olika former av våld i arbetslivet mellan 2007 och 2017 för män och kvinnor i sju olika branscher på svensk arbetsmarknad. Vi utgår från näringsgrensindelningen SNI (Standard för svensk näringsgrensindelning, Statistiska centralbyrån 2007). Tidigare studier har grupperat de 21 ursprungliga branscherna till sju baserat på könsfördelning i branschen och vad som brukar anses som kvinnligt och manligt kodade verksamheter.<sup>14,15</sup> En beskrivning av vilka branscher som ingår i varje kategori finns tillgänglig i Cerdas et al 2019.<sup>7</sup>

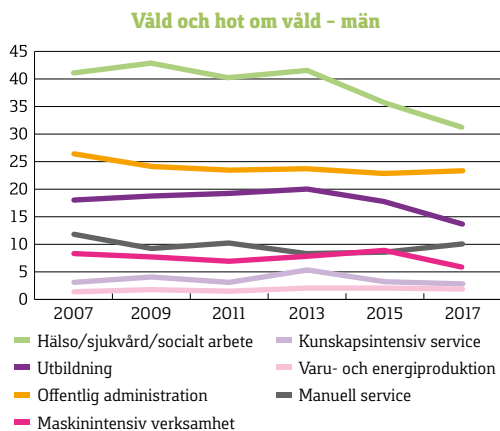
### FÖREKOMST AV FYSISKT VÅLD I ARBETSLIVET

I Figur 5 och 6 nedan visas hur våld och hot om våld fördelar sig för kvinnor och män i olika branscher i Sverige mellan 2007 och 2017. Data kommer från Arbetsmiljöundersökningarna. Den fråga som ställts är ”Är du utsatt för våld eller hot om våld i ditt arbete?” och nedan presenteras den andel (%) som rapporterar att de varit utsatta någon gång de senaste tolv månaderna. År 2017 var det totalt 18% av kvinnorna och 9% av männen som rapporterade att de varit utsatta för våld eller hot om våld någon gång de senaste tolv månaderna. Som framgår av Figur 5 och 6 är andelen kvinnor och män som är utsatta för våld eller hot om våld i sitt arbete hög framför allt inom hälso- och sjukvård och socialt arbete men även inom utbildningssektorn. År 2017 var det inom hälso- och sjukvård och socialt arbete 31% av kvinnorna och 33% av männen som rapporterade att de varit utsatta för våld eller hot om våld någon gång de senaste tolv månaderna och inom utbildningssektorn 20% av kvinnorna och 14% av männen. Det ställs i Arbetsmiljöundersökningarna ingen fråga om vem som utövar våldet, men det framgår i publicerade studier att det ofta är våld av typ 2, det vill säga våld från patienter, anhöriga, elever och andra som organisationen tillhandahåller service åt, som drabbar anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn.<sup>16</sup> Enligt Arbetsmiljöverket rapporterar mer än var tredje socialsekreterare att de blir utsatta för våld eller hot om våld i arbetet.<sup>17</sup> I en rapport utgiven av Skolverket framkom vidare att var fjärde lärare under 2018 rapporterade att de varit utsatta för våld eller hot om våld de senaste tolv månaderna.<sup>18</sup>

Figur 5. Andel kvinnor inom olika branscher i Sverige som uppger att de utsatts för våld eller hot om våld i Arbetsmiljöundersökningarna 2007 till 2017.



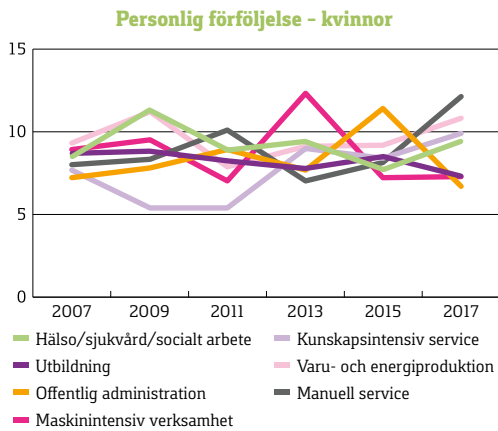
Figur 6. Andel män inom olika branscher i Sverige som uppger att de utsatts för våld eller hot om våld i Arbetsmiljöundersökningarna 2007 till 2017.



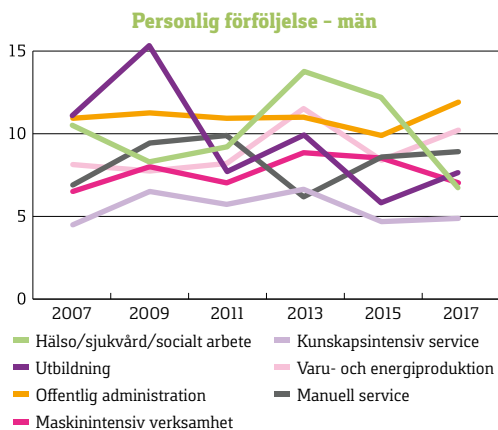
## FÖREKOMST AV PSYKOLOGISKT VÅLD I ARBETSLIVET

I Figur 7 och 8 nedan visas andelen kvinnor och män som rapporterar att de varit utsatta för personlig förföljelse genom elaka ord och handlingar från chefer eller arbetskamrater de senaste tolv månaderna. Denna fråga motsvarar inte definitionen av mobbning då det inte finns någon referens till om de elaka orden och handlingarna är upprepade och har pågått under längre tid. Det ligger dock i begreppet personlig förföljelse att det snarare handlar om upprepade än enstaka tillfällen. Totalt var det år 2017 ungefär 9 % av kvinnorna och 8 % av männen som rapporterade att de varit utsatta för personlig förföljelse. Inom hälso- och sjukvård och socialt arbete var det 9 % av kvinnorna och 7 % av männen och inom utbildningssektorn 7 % av kvinnorna och 8 % av männen. Som framgår av Figur 8 nedan har dock andelen män som utsatts i olika branscher fluktuerat mycket mellan 2007 och 2017 och vissa år har andelen män som rapporterat att de varit utsatta för personlig förföljelse varit hög inom såväl hälso- och sjukvård och socialt arbete som utbildningssektorn. I en svensk enkätundersökning baserad på 1 000 kvinnliga och 1 000 manliga lärare i grundskolans årskurs 6–9 svarade vidare drygt hälften av lärarna att de under år 2010 varit med om att någon skrikat eller svurit åt dem, 22 % av de kvinnliga och 15 % av de manliga lärarna att de blivit utskälda eller offer för spontana raseriutbrott samt 19 % av kvinnorna och 16 % av männen att de blivit förödmjukade eller förlöjligade.<sup>6</sup>

Figur 7. Andel kvinnor inom olika branscher i Sverige som uppger att de utsatts för personlig förföljelse i Arbetsmiljöundersökningarna 2007 till 2017.



Figur 8. Andel män inom olika branscher i Sverige som uppger att de utsatts för personlig förföljelse i Arbetsmiljöundersökningarna 2007 till 2017.



## FÖREKOMST AV GENUSBASERAT VÅLD I ARBETSLIVET

I Arbetsmiljöundersökningarna ställs en fråga om sexuella trakasserier som lyder ”Är du utsatt för sexuella trakasserier på din arbetsplats från a) chefer eller arbetskamrater och b) andra personer (t.ex. kunder, patienter, klienter, passagerare, elever)?”.

### Sexuella trakasserier av chefer eller arbetskamrater

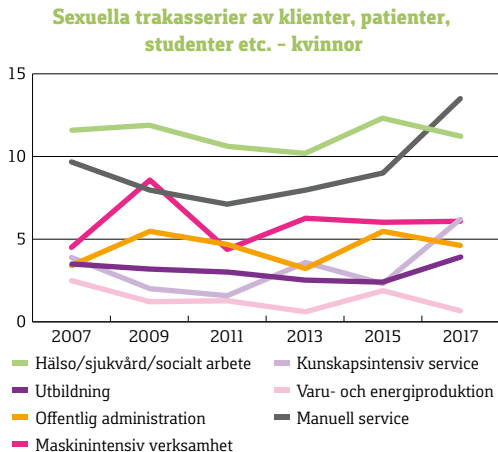
I Arbetsmiljöundersökningarna 2017 var det totalt 3 % av kvinnorna och 1 % av männen som rapporterade att de utsatts för sexuella trakasserier från chefer eller arbetskamrater de senaste tolv månaderna. Inom hälso- och sjukvård och socialt arbete var det 2 % av kvinnorna och 1 % av männen som rapporterade att de utsatts och inom utbildningssektorn 1 % av kvinnorna och 2 % av männen.

### Sexuella trakasserier av andra personer

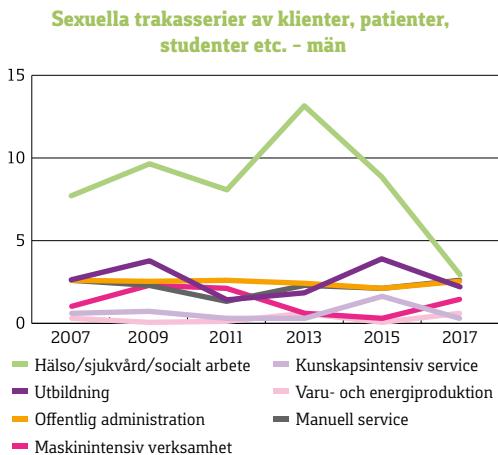
Vidare var det 8 % av kvinnorna och 2 % av männen som 2017 rapporterade att de varit utsatta för sexuella trakasserier av andra personer (t.ex. kunder, patienter, klienter, passagerare, elever) på arbetsplatsen än chefer eller arbetskamrater de senaste tolv månaderna. Inom hälso- och sjukvård och socialt arbete var siffran 11 % bland kvinnorna och 3 % bland männen och inom utbildningssektorn 4 % bland kvinnorna och 2 % bland männen. I Figur 9 och 10 nedan presenteras andelen kvinnor och män inom olika branscher i Sverige mellan 2007 och 2017 som rapporterar att de utsatts för sexuella trakasserier av andra personer såsom t.ex. kunder, patienter, klienter, passagerare eller elever.

Från de svenska Arbetsmiljöundersökningarna framgår vidare att yngre kvinnor är mer utsatta för sexuella trakasserier än äldre kvinnor samt män.<sup>19</sup> I en svensk studie av lärare i grundskolans årskurs 6–9 framkom att 9 % av kvinnorna och 5 % av männen rapporterade att

Figur 9. Andel kvinnor inom olika branscher i Sverige som uppger att de utsatts för sexuella trakasserier från andra än chefer och kollegor, till exempel patienter, klienter och elever, i Arbetsmiljöundersökningarna 2007 till 2017.



Figur 10. Andel män inom olika branscher i Sverige som uppger att de utsatts för sexuella trakasserier från andra än chefer och kollegor, till exempel patienter, klienter och elever, i Arbetsmiljöundersökningarna 2007 till 2017.



de år 2010 varit med om att få oönskad sexuell uppmärksamhet och 21% av de kvinnliga och 16% av de manliga lärarna att de blivit utsatta för fräcka eller grova sexuella kommentarer.<sup>6</sup>

### Genusbaserade trakasserier

Frågan om genusbaserade trakasserier, som ställdes i Arbetsmiljöundersökningarna till och med år 2013, föregås av en förklaring: "Nästa fråga gäller om du är utsatt för andra handlingar än ovan [sexuella trakasserier] som grundas på ditt kön och som kränker din integritet eller är nedvärderande. Det kan t.ex. vara nedsättande och förlöjligande omdömen om kvinnor eller män i allmänhet eller inom ditt yrke. Det kan även innebära att man på grund av ditt kön inte tar notis om dig eller din mening. Är du utsatt för trakasserier av ovanstående slag på din arbetsplats från chefer eller arbetskamrater?" I Arbetsmiljöundersökningarna 2013 är det 12% av kvinnorna och 5% av männen som rapporterar att de utsatts för genusbaserade trakasserier de senaste 12 månaderna. Inom hälso- och sjukvård och socialt arbete är siffran 9% bland kvinnorna och 15% bland männen och inom utbildningssektorn är det 9% av män och kvinnor.

### 3. Övergripande om forskning om hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet

Nedan ges en bakgrund till forskningen om hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet baserad framför allt på internationellt publicerade översiktsartiklar men även på svenska rapporter. Många publicerade översiktsartiklar fokuserar på förekomst av våld i arbetslivet eller olika konsekvenser av våld i arbetslivet och inkluderar då såväl tvärsnittsstudier som prospektiva eller longitudinella studier.

I den internationella litteraturen varierar förekomsten av våld i arbetslivet kraftigt bland annat beroende på definitionen av den specifika formen av våld, vilken tidsperiod som avses och hur urvalet ser ut. Till exempel anges i en översikt att andelen sjukhusanställda som rapporterar att de utsatts för verbalt våld av patienter och besökare varierade mellan 22 och 90 %, andelen som utsatts för hot om våld varierade mellan 12 och 64 % och andelen som utsatts för fysiskt övergrepp mellan 2 och 32 %.<sup>20</sup> I en nyligen publicerad systematisk översikt och meta-analys av prevalenser av fysiskt och icke-fysiskt våld av patienter och besökare mot hälso- och sjukvårdspersonal framkom att 62 % rapporterade att de utsatts för någon form av våld i arbetslivet det senaste året.<sup>21</sup> Våld i dess olika former rapporteras variera mellan män och kvinnor, olika ålderskategorier och med erfarenhet i yrket, men översiktsartiklar på området rapporterar delvis olika mönster.

Psykologiskt våld, framför allt mobbning, är det område inom forskning om våld i arbetslivet som är mest utforskat.<sup>22</sup> Det finns några övergripande likheter mellan forskningsfälten om hälsokonsekvenser av fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld. Till exempel har en stor del av forskningen fokuserat på att försöka hitta faktorer hos individen eller organisationen som kan förklara varför våld i arbetslivet uppstår.<sup>23</sup>

Det finns också tydliga särskiljande drag. En stor del av forskningen om fysiskt och psykologiskt våld i arbetslivet har genomförts inom hälso- och sjukvårdssektorn.<sup>5,16,24</sup> Som ett exempel fann man i en översikt av studier av verbalt våld att 24 av 29 studier som mötte inklusionskriterierna hade genomförts inom denna sektor.<sup>25</sup> Översiktsartiklar av forskning om fysiskt eller psykologiskt våld i arbetslivet har publicerats specifikt för till exempel sjuksköterskor,<sup>26-28</sup> läkare,<sup>29,30</sup> anställda inom akutsjukvård,<sup>31,32</sup> psykiatrisk öppenvård,<sup>33</sup> allmänna sjukhus,<sup>4</sup> inom omsorgen av demenssjuka<sup>34</sup> samt av anställda i hälso- och sjukvård sammantaget.<sup>12,21</sup> För forskningsområdet om genusbaserat våld ser mönstret något annorlunda ut. I en meta-analys om bestämningsfaktorer och konsekvenser av sexuella trakasserier, där tre fjärdedelar av studierna var baserade på nordamerikanska urval, framkom till exempel att hälften av studierna använde urval från olika yrken, 28 % av studierna var baserade på anställda inom militären, 10 % inom utbildningssektorn och 5 % inom hälsosektorn.<sup>35</sup> En framträdande skillnad är också att forskningen om hälsokonsekvenser av fysiskt och psykologiskt våld har kommit längre metodologiskt med avseende på användning av prospektiva eller longitudinella data än forskningen om

genusbaserat våld. Mycket få studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign av hälsokonsekvenser av genusbaserat våld har kunnat identifieras i litteraturgenomgången. Detsamma gäller med avseende på vilka faktorer i arbetsmiljön som kan predicera att genusbaserat våld uppkommer.

Utbildningssektorn, där förekomsten av våld är relativt stor, har stått och står i fokus i internationell forskning med avseende på olika former av våld, men då framför allt utifrån elevers perspektiv.<sup>36</sup> I denna forskning ses anställda inom utbildningssektorns värld framför allt som informationskällor eller som ansvariga för förebyggande eller stödjande åtgärder avseende våld mellan elever. Forskning om våld i arbetslivet utifrån anställdas perspektiv inom utbildningssektorn är mycket begränsad.<sup>6</sup> Även en hög andel anställda inom socialt arbete, såsom socialsekreterare, rapporterar att de utsätts för våld i arbetet.<sup>17</sup> Dessa yrkeskategorier ingår ibland i studier tillsammans med andra yrkeskategorier inom hälso- och sjukvård,<sup>37,38</sup> men har bara i undantagsfall studerats separat.<sup>39-41</sup>

## **FORSKNING OM FYSISKT VÅLD I ARBETSLIVET**

I internationella översiktsartiklar har förekomst av fysiskt våld gentemot anställda visat sig vara särskilt hög inom hälso- och sjukvård,<sup>4</sup> utbildning, detaljhandel och inom branscher som bevakar lag, ordning och säkerhet i samhället.<sup>3,5</sup> Inom hälso- och sjukvård är vidare akutsjukvården, psykiatri och äldreomsorgen särskilt utsatta vilket delvis är kopplat till drogpåverkan, psykisk sjukdom eller demenssjukdom hos patienterna.<sup>12,31-34</sup> Sjuksköterskor har vidare rapporterats vara särskilt utsatta.<sup>4</sup> Kortare arbetslivserfarenhet har också lyfts fram som en riskfaktor för att utsättas för fysiskt våld i arbetslivet.<sup>4</sup> I en internationell översiktsstudie<sup>3</sup> med syfte att undersöka hur förekomst av fysiskt våld skilde sig mellan män och kvinnor i olika yrken och branscher framkom att manliga sjuksköterskor i sex av sju studier

oftare var utsatta för fysiskt våld än kvinnliga sjuksköterskor. Dessa studier baserades på amerikanska, kanadensiska, australiensiska och nya zeeländska data. I en internationell översikt av studier om våld mot sjuksköterskor inom öppenvårdspsykiatri visades dock att kvinnliga sjuksköterskor oftare var utsatta än manliga.<sup>33</sup> Könsskillnader i utsatthet för fysiskt våld bland läkare studerades i sju studier och här framkom inget tydligt mönster. I två av studierna visades att manliga läkare oftare var utsatta för fysiskt våld men i de övriga fem fann man inga könsskillnader. I tre amerikanska studier undersöktes vidare könsskillnader i förekomst av fysiskt våld mot socialarbetare och i alla dessa studier fann man att män oftare var utsatta för fysiskt våld än kvinnor. Inga studier av könsskillnader i fysiskt våld mot lärare identifierades i litteratursökningen.<sup>5</sup> Från de studier som undersökt förövarens kön framgår att förövaren oftare är en man än en kvinna, men dessa studier är så få att det är för tidigt att dra några slutsatser.<sup>3,32</sup>

En stor del av forskningen om fysiskt våld har som nämnts ovan bedrivits på anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn där våld av typ 2, det vill säga våld från patienter och anhöriga, är vanligt förekommande. Våld inom hälso- och sjukvårdssektorn har gett upphov till en mängd kunskapsöversikter på området, där olika specialiteter eller yrkesgrupper står i fokus. I de allra flesta av dessa har ingen åtskillnad gjorts mellan olika former av våld; fysiskt, psykologiskt eller genusbaserat. De flesta rapporterar enbart fysiskt och verbalt våld. En stor del av litteraturen om våld i arbetslivet är vidare beskrivande och fokuserar på förekomst av olika former av våld, vilka som utsätter, vilka som utsätts, i vilka situationer, vilka tider på dygnet och så vidare. Den metodologiska nivån bedöms vara relativt låg i stora delar av forskningsområdet.<sup>31,32</sup> Ingen aktuell kunskapsöversikt som fokuserar specifikt på hälsokonsekvenser av fysiskt våld över hela eller delar av arbetsmarknaden har kunnat identifieras

i litteratursökningen. Akutsjukvården, psykiatri och äldreomsorgen är särskilt utsatta delar av hälso- och sjukvården med avseende på anställdas utsatthet för våld. Då forskning om våld inom akutsjukvården<sup>31,32</sup> och psykiatri<sup>33</sup> har förekommit är äldreomsorgen en något mindre uppmärksammas verksamhet där ytterligare forskning behövs.<sup>34,42</sup>

### **Definition av fysiskt våld i arbetslivet**

Det finns ingen vedertagen definition av fysiskt våld i arbetslivet; definitioner varierar mellan studier och det är inte ovanligt att en tydlig definition av vad som avses saknas.<sup>4</sup> Fysiskt våld mäts ofta med en fråga om respondenter varit utsatt för våld eller hot om våld inom en viss tidsperiod. Vanligt är alltså att hot om våld och faktiskt våld utgör en sammanslagen exponering. Forskare använder ofta frågor som de själva har utvecklat eller som har utvecklats av någon myndighet i landet och variationen av tidsramar för exponeringen är stor.<sup>4</sup> En vanlig tidsram är det senaste året, men det förekommer även frågor som avser hela yrkeslivet. Bristen på gemensam definition samt validerat instrument för att mäta exponering gör det svårt att jämföra studier samt att sammanfatta forskningen och dra slutsatser från den.<sup>31</sup> Att fysiskt och annat våld i arbetslivet underrapporteras diskuteras i litteraturen.<sup>31,32</sup> En anledning till underrapporteringen som lyfts fram är att våld är så vanligt inom vissa yrken, inte minst inom hälso- och sjukvård, att det blivit normaliserat och kan uppfattas som en del av jobbet. Om en patient eller klient inte uppfattas ha som intention att skada tolkas eller rapporteras kanske inte en våldshändelse som våld. En annan anledning är rädslan för hur en rapportering av en våldsincident ska tas emot av arbetsgivaren.<sup>32</sup> Bristande trygghet i anställningen kan vara en bidragande orsak.<sup>34</sup>

### **Hälsokonsekvenser av fysiskt våld i arbetslivet**

Fysiskt våld i arbetslivet och hot därom har tidigare visat sig ha samband med fysiska skador, känslomässiga reaktioner såsom oro och ångest, rädsla och känsla av utsatthet, psykisk ohälsa såsom symptom på depression, känslomässig utmattning, sömnstörningar, alkoholmissbruk, post-traumatiskt stressyndrom samt med sjukfrånvaro.<sup>16,22,30,33</sup> Forskningsfältet av hälsokonsekvenser av fysiskt våld domineras av självskattade utfallsdata avseende psykisk ohälsa i studier med tvärsnittsdesign. Ett antal longitudinella studier med mer objektiva utfallsdata har dock publicerats. Till exempel har forskare i två nyligen publicerade studier av hög kvalitet baserade på svenska och danska data kunnat visa samband mellan fysiskt våld i arbetslivet och risk för hjärtsjukdom<sup>43</sup> och typ 2-diabetes.<sup>44</sup> Ju mer frekvent utsattheten för våld var desto högre var dessutom risken för hjärtsjukdom, vilket stärker sannolikheten för ett orsaksamband.<sup>43</sup>

### **Vem som utsätter personalen för fysiskt våld och varför**

Det vanligaste är att det är patienter som utsätter personalen inom hälso- och sjukvård för våld (fysiskt och verbalt, där verbalt våld är vanligast), men det händer även att det är patientens familjemedlemmar. Organisatoriska faktorer eller situationer som bidrar till våld har bland annat visat sig vara att det är långa väntetider, att läkare inte finns direkt tillgängliga, att patientens identitet kontrolleras, negativa attityder från sjukhuspersonalen, patientens romantiska känslor för personer i personalen, eller att patienten är missnöjd med regler och rutiner på sjukhuset.<sup>4,33</sup> Brist på resurser och socialt stöd för anställda i organisationen, en upplevelse av organisatorisk orättvisa samt upplevd stress hos anställda har också visat sig ha samband med risk för att bli utsatt för våld.<sup>22,33</sup>

## FORSKNING OM PSYKOLOGISKT VÅLD I ARBETSLIVET

### **Definition av psykologiskt våld i arbetslivet**

Ett flertal olika begrepp och definitioner av psykologiskt våld förekommer i litteraturen och det är oklart i vilken mån de olika begreppen bidrar enskilt till ökad förståelse av psykologiskt våld eller snarare bör ses som överlappande fenomen. Vanligt förekommande begrepp är mobbning, trakasserier och verbalt våld. Då trakasserier eller verbalt våld avser beteenden som kan vara mer avgränsade i tid är en viktig aspekt av definitionen av mobbning att det är beteenden som pågår vid upprepade tillfällen under en längre tidsperiod i en process där den utsatta har svårt att försvara sig.<sup>9</sup> Verbalt våld har skattats vara den vanligaste formen av psykologiskt våld och kan definieras i termer av användande av ord som är personligt kränkande och indikerar en bristande respekt för den mottagande individens värdighet och integritet.<sup>25</sup> Trakasserier i arbetslivet kan definieras som icke ändamålsenliga beteenden som syftar till att göra mottagaren illa.<sup>45</sup> Det finns dock inga allmänt vedertagna definitioner av dessa begrepp utan de varierar mellan studier.

Definitioner av verbalt våld är till exempel så varierande mellan studier att någon exakt förekomst är svår att uppskatta. I en internationell översikt över den vetenskapliga litteraturen där könsskillnader i utsatthet för verbalt våld undersöktes kunde inga övergripande slutsatser dras med avseende på könsskillnader inom hälso- och sjukvårdssektorn. I de enskilda studier där könsskillnader kunde konstateras skattade män att de var mer utsatta för verbalt våld än vad kvinnor gjorde men i de flesta studier fann man inga skillnader mellan kvinnor och män.<sup>25</sup> I en internationell forskningsöversikt av olika former av psykologiskt våld (mobbning och trakasserier) inom högre utbildning, det vill säga framför allt bland universitetsanställda, framkom att kvinnor i högre utsträckning än män konsekvent rapporterade sig vara utsatta.<sup>45</sup>

### **Förekomst av mobbning i arbetslivet**

En stor del av forskningen om psykologiskt våld i arbetslivet handlar om mobbning. I en översikt baserad på den internationella vetenskapliga litteraturen fann man att ungefär 15 % av anställda vid en given tidpunkt uppskattar att de är utsatta för mobbning.<sup>46</sup> Förekomsten av mobbning varierade dock beroende på vilken definition och vilka frågeinstrument som användes. Om frågan ställdes om den svarande var utsatt för mobbning, utan att det inom ramen för frågan förekom en definition av vad som avsågs med mobbning, var det ca 18 % som svarade att de var utsatta. Ställdes frågan tillsammans med en tydlig definition av begreppet var det ca 11 % som svarade att de var utsatta. Använde man istället ett frågeinstrument där ett antal beteenden som indikerar mobbning fanns angivna med frågor om individen upplevt detta, var det ca 15 % som svarade att de var utsatta. I en större norsk studie har högre förekomst av mobbning funnits bland anställda i organisationer med ett stort antal anställda, mansdominerade organisationer och organisationer inom industrin.<sup>47</sup>

### **Hur mobbning i arbetslivet har mätts**

Mobbning i arbetslivet har med få undantag undersökts från den utsattas perspektiv. Även om individens egen uppfattning om sin situation inte ska underskattas finns det uppenbara problem med att ställa frågan direkt till den utsatta; svaret kan delvis påverkas av aspekter i personens personlighet, hälsotillstånd eller liv i övrigt som innebär att upplevelsen av en eventuell mobbning i arbetslivet påverkas. Andra sätt att mäta mobbning är att fråga inte bara den utsatta utan även komplettera bilden med mobbarens perspektiv samt det perspektiv personer i omgivningen har. Ett sådant förfarande har dock inte validerats, men kan ses som angeläget att utveckla och undersöka med tanke på svårigheten att mäta exponering för mobbning.<sup>9</sup>



### **Hälsokonsekvenser av mobbning i arbetslivet**

I den stora majoriteten av studier om mobbning i arbetslivet har en tvärsnittsdesign använts.<sup>9</sup> Man har generellt funnit ett samband mellan mobbning och såväl psykisk som fysisk ohälsa. Starkast samband har man funnit med psykisk ohälsa såsom depression, ångest, stressrelaterad psykisk ohälsa och post-traumatiskt stressyndrom. Även samband med sjukfrånvaro har funnits.<sup>24,48,49</sup> Då man mäter både exponering för psykologiskt våld och samtidigt en hälso-dimension man tänker sig ska påverkas av det psykologiska våldet genom att respondenten själv skattar sin situation och sin hälsa, uppstår en mängd metodologiska problem. En allvarlig konsekvens är att vi inte kan dra några slutsatser om ifall det är det psykologiska våldet som ger upphov till ökad ohälsa eller om det är ohälsa som ger upphov till (en upplevelse av) utsatthet för psykologiskt våld. Vad gäller hälsokonsekvenser av psykologiskt våld är detta extra allvarligt, då ett flertal studier faktiskt visar att sämre hälsa kan ge upphov till högre exponering för psykologiskt våld i arbetslivet över tid.

Forskningen om hälsokonsekvenser av mobbning har utvecklats till att inkludera allt fler prospektiva och longitudinella studier framför allt under de senaste tio åren.<sup>9</sup> Forskare har funnit samband mellan mobbning och utveckling av ohälsa över tid med avseende på bland annat depression,<sup>50,51</sup> självmordstankar,<sup>52,53</sup> sömnsvårigheter,<sup>54</sup> hjärtsjukdom,<sup>44</sup> typ 2-diabetes,<sup>43</sup> sjukfrånvaro,<sup>55,56</sup> och risk för sjukpension.<sup>57</sup> Det finns sammantaget evidens för att framför allt mobbning i arbetslivet påverkar psykisk ohälsa negativt över tid,<sup>58</sup> men det finns även indikationer på det omvända sambandet, att psykisk ohälsa över tid leder till ökad exponering för mobbning.<sup>24</sup> Endast ett fåtal studier har fokuserat på sambandet mellan mobbning i arbetslivet och självmordsbeteenden och kvaliteten på forskningen är ännu för låg för att några slutsatser ska kunna dras.<sup>59</sup>

### **Faktorer som ger upphov till mobbning på arbetsplatsen**

Vad gäller forskningen om vilka faktorer som kan ge upphov till mobbning i arbetslivet, finns två övergripande hypoteser.<sup>9,60</sup> Den ena härrör uppkomsten till individuella karakteristika som personlighet hos den utsatta och förövaren och den andra till den psykosociala arbetsmiljön på arbetsplatsen. Detta forskningsfält är fortfarande underutvecklat, men de studier som finns publicerade ger preliminärt stöd till båda hypoteserna. Personlighet, som den mäts i femfaktormodellen (Five Factor Model)<sup>61</sup> har visat sig ha samband med utsatthet för mobbning och trakasserier, men det finns än så länge mycket få longitudinella studier.<sup>62</sup> Två longitudinella studier visar att vissa drag i personligheten kan innebära högre risk för att bli utsatt för psykologiskt våld över tid, men utsatthet tycks också över tid ge förändringar i den självskattade personligheten.<sup>63,64</sup> Vidare visas i studier med prospektiv studiedesign att upplevd osäkerhet i anställningen, en hög arbetsbörda och konflikter med avseende på den egna rollen i arbetet påverkar uppkomst av mobbning i arbetslivet. Men även här finns indikationer på det omvända sambandet, mobbning tycks över tid också kunna leda till förändringar i skattad psykosocial arbetsmiljö.<sup>65</sup>

### **FORSKNING OM GENUSBASERAT VÅLD I ARBETSLIVET**

#### **Förekomst av genusbaserat våld i arbetslivet**

Den internationella vetenskapliga litteraturen visar stor variation med avseende på förekomst av genusbaserat våld i arbetslivet beroende på vilken definition som används och i vilken population förekomsten studeras.<sup>11</sup> Sexuella trakasserier rapporteras dock vara vanligare i den kvinnodominerade hälsosektorn än i andra sektorer och då framför allt från patienter.<sup>66,67</sup> Det framkommer också i flera studier<sup>68-70</sup> att kvinnor är extra utsatta inom mansdominerade yrken, särskilt yrken med lägre socioekonomisk status.

### **Teorier om genusbaserat våld i arbetslivet**

Forskningsområdet om genusbaserat våld har fokuserat utförligt på definitioner av begrepp på bekostnad av gedigen teoriutveckling.<sup>11,71</sup> Ett flertal teorier har dock guidat forskning om genusbaserat våld, där maktmodeller har varit de mer dominerande på senare år.<sup>68</sup> Då tidigare teorier grundade motivet för genusbaserat våld på sexualitet argumenterar man i senare teorier att motivet snarare handlar om makt och dominans. Till exempel är den vanligaste formen av genusbaserat våld sexistiska kommentarer, skämt och liknande som skapar ett avstånd till och förödmjucar mottagaren.<sup>72</sup> Berdahl föreslår en teori om genusbaserat våld som utgår från social status kopplad till genushierarkier.<sup>72</sup> Utifrån detta perspektiv kan både män och kvinnor utsätta såväl andra män som kvinnor för sexuella och genusbaserade trakasserier för att framhäva och skydda den egna sociala statusen. Då social status är tätt sammanlänkad med kön och genusbaserade ideal, trakasserar individer som upplever sig vara hotade i sin genusbaserade sociala status andra baserat på kön. Vad som är associerat med social status för män skiljer sig i de flesta fall från vad som är associerat med social status för kvinnor och manliga och kvinnliga ideal skiljer sig mellan olika sammanhang. Berdahl föreslår vidare att då män och manligt är associerat med högre status i de flesta samhällen än kvinnor och kvinnligt, har män i många fall större anledning att försvara sin högre sociala status baserad på sitt kön.<sup>72</sup>

### **Hälsokonsekvenser av genusbaserat våld i arbetslivet**

Forskningen om genusbaserat våld har, precis som den om psykologiskt våld, nästan uteslutande baserats på den utsattas perspektiv.<sup>35</sup> Med avseende på om utsatthet för genusbaserat våld ger upphov till ohälsa hos den utsatta har man i ett stort antal tvärsnittsstudier funnit att genusbaserat våld har samband med självskatade symptom på fysisk och psykisk ohälsa.<sup>35,73</sup>

Då mycket få studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign har genomförts kan dock ännu inga slutsatser om orsakssamband dras.<sup>66</sup> I en prospektiv studie baserad på ett representativt urval av den norska arbetande befolkningen framkom att sexuella trakasserier vid en tidpunkt hade samband med självrapporterad psykisk ohälsa två år senare bland kvinnor men inte bland män.<sup>74</sup> I en annan studie av samband mellan utsatthet för sexuella trakasserier och övergrepp och psykisk och fysisk hälsa bland kvinnor i medelåldern (40–60 år) visades att sexuella trakasserier hade samband med högt blodtryck. Det visades också en kliniskt signifikant ökning av symptom på sömnstörningar. Utsatthet för sexuella övergrepp hade även samband med kliniskt signifikant ökning av symptom på depression, ångest och sömnstörningar.<sup>75</sup>

### **Faktorer som påverkar förekomst av genusbaserat våld i arbetslivet**

Det organisatoriska sociala klimatet tycks ha betydelse för förekomst av genusbaserat våld på så sätt att organisationer som arbetar aktivt förebyggande har lägre förekomst än organisationer där det finns en mer tillåtande atmosfär vad gäller genusbaserat våld.<sup>73</sup> Det har också visat sig vara vanligare att genusbaserat våld förekommer i organisationer där andra typer av maladaptiva beteenden, såsom psykologiskt våld, också förekommer. Detta indikerar att det kan finnas gemensamma faktorer i organisationen som ger upphov till båda typerna av våld.<sup>76</sup> Högre förekomst av sexuella trakasserier har också visat sig i organisationer med större maktskillnader mellan organisatoriska nivåer än i organisationer med mindre maktskillnader.<sup>11</sup> Det tycks saknas forskning med prospektiv eller longitudinell studiedesign där man studerat vilka faktorer i den psykosociala arbetsmiljön som kan predicera förekomst av genusbaserat våld. Det finns dock studier som visar att genusbaserat våld samvarierar med andra psykosociala arbetsmiljöfaktorer.<sup>69,77</sup> I en internationell

forskningsöversikt av studier om prediktorer och konsekvenser av sexuella trakasserier sammanfattas att kvaliteten på den sociala interaktionen mellan chefer och medarbetare samt mellan medarbetare hade starkast samband med förekomst av sexuella trakasserier.<sup>35</sup> I en svensk tvärsnittsstudie har forskare till exempel visat att rapporterade konflikter och bristande jämlikhet hade samband med skattad förekomst av sexuella trakasserier på ett universitet<sup>78</sup> och i en annan svensk tvärsnittsstudie att höga krav i arbetet och orättvist ledarskap hade samband med genusbaserade trakasserier.<sup>69</sup>

### ***Genusbaserat våld i ett bredare perspektiv***

Översikter visar att forskningen om genusbaserat våld i stor utsträckning utgått från heterosexuella vita kvinnor i traditionella yrken och inom akademien.<sup>11,68</sup> I en internationell översikt av studier som undersökt olika former av psykologiskt och sexuellt våld inom högre

utbildning framkom till exempel att sexuellt våld studerats i de flesta studier (25 st), följt av mobbning (15 st). Mer fokus behöver läggas på sexuella och genusbaserade trakasserier av män, av personer av varierande etnisk bakgrund och sexuell läggning och över hela arbetsmarknaden.<sup>68</sup> Till exempel visar forskning att hbtq-personer ofta blir utsatta för genusbaserat våld kopplat till sexuell läggning.<sup>68</sup>

I en nyligen publicerad forskningsöversikt över svenska och internationellt publicerade artiklar och rapporter om sexuella trakasserier inom akademien sammanfattar författarna bland annat att teorianknytningen inom fältet är bristfällig, definitioner och mätmetoder behöver vidareutvecklas, att fältet domineras av kvantitativa tvärsnittsstudier och att det behövs fler studier av sexuella trakasserier utifrån förövarens perspektiv.<sup>71</sup>



## 4. Forskning avseende hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn

I det här avsnittet presenteras resultat från den systematiska genomgången av studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign. Av de studier som i litteratursökningen identifierats som primärstudier gick forskargruppen igenom titlar och sammanfattningar för 3 566 internationellt publicerade vetenskapliga studier för att värdera om dessa mötte inklusionskriterierna för kunskapsöversikten. Av dessa var det 28 studier som gjorde det. Dessa studier utgör grunden för vår kvalitetsgranskning och bedömning av forskningsfronten inom området våld i arbetslivet inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. En detaljerad redogörelse för urvalsprocessen finns presenterad i bilaga 1. Nedan presenteras resultatet från genomgången uppdelat på fysiskt våld, psykologiskt våld och genusbaserat våld.

### FYSISKT VÅLD INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, SOCIALT ARBETE OCH UTBILDNINGSEKTOREN

I begreppet fysiskt våld ingår här såväl hot om fysiskt våld som fysiskt våld. Vi identifierade totalt tolv studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign där sambandet mellan fysiskt våld och psykisk ohälsa, sjukfrånvaro eller andra relevanta hälso- eller hälsorelaterade utfall inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn undersöktes. En sammanfattning av resultatet presenteras i Tabell 1. Nedan beskrivs sambanden utifrån hälsoutfallen psykisk ohälsa, sjukfrånvaro samt fysisk ohälsa.

#### *Fysiskt våld och psykisk ohälsa*

Nio studier som undersökte samband mellan fysiskt våld eller hot om fysiskt våld och psykisk ohälsa i form av symptom på depression, ångest, utmattning, sömnstörningar, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) samt förskrivning av läkemedel för psykisk ohälsa eller annan vård för psykisk ohälsa identifierades.<sup>39-41,79-84</sup> Av dessa kom sex från Norden, ett par från andra europeiska länder och en från USA. Anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn (undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal) studeras i sex av dessa studier, socialarbetare i två och lärare i en studie. De flesta av studierna håller en medelhög kvalitet, men ett par har bedömts vara av hög kvalitet och ett par av lägre kvalitet. Inom ramen för dessa studier har elva sambandsanalyser mellan fysiskt våld och psykisk ohälsa gjorts och nio av dessa visar på ett statistiskt signifikant samband.

### **Fysiskt våld och sjukfrånvaro**

Avseende sambandet mellan fysiskt våld och sjukfrånvaro identifierades tre studier av medelhög kvalitet som fokuserar på anställda inom hälso- och sjukvård och socialt arbete från Norge och Danmark.<sup>37,38,85</sup> I en av studierna användes självrapporterad sjukfrånvaro som utfallsmått men i de två andra användes registerbaserad sjukfrånvaro, ett utfallsmått som bedömts hålla högre kvalitet. Samtliga studier icke-specifik sjukfrånvaro, alltså all sjukfrånvaro oberoende av diagnos. I de två studier som använder registerbaserad sjukfrånvaro avser en av dem sjukfrånvaro 21 dagar eller mer och den andra sjukfrånvaro på åtta veckor eller mer. I två av studierna undersöktes hot om fysiskt våld och fysiskt våld tillsammans men i en av studierna genomfördes separata analyser för sambandet mellan hot respektive våld och sjukfrånvaro. Totalt ingick alltså fyra sambandsanalyser, varav tre visade på statistiskt signifikanta samband

mellan exponering och utfall och en inte kunde säkerställa ett sådant samband. Både hot om fysiskt våld och fysiskt våld visade samband med registerbaserad sjukfrånvaro.

### **Fysiskt våld och fysisk ohälsa**

Ytterligare två studier med fysiska hälsoutfall identifierades i litteratursökningen.<sup>86,87</sup> Den ena härstammade från USA och i den andra ingick ett urval från åtta europeiska länder. I båda studerades personal inom hälso- och sjukvårdssektorn och båda bedömdes vara av medelhög kvalitet. I den europeiska studien undersöktes samband mellan våld från patienter och anhöriga gentemot sjuksköterskor och sjuksköterskors självskattade allmänna hälsa.<sup>86</sup> Sambandet var inte statistiskt signifikant. I den amerikanska studien påvisades att fysiskt våld hade samband med muskuloskeletal smärta under en tvåårig uppföljningstid.<sup>87</sup>

Tabell 1. Sammanfattning av 14 studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign där samband mellan fysiskt våld eller hot om fysiskt våld och olika hälso- och hälsorelaterade utfall undersökts.

Typ av våld	Typ av hälsoutfall	Antal studier	Bransch	Land/ världsdel	Samband	Studiernas kvalitet
Fysiskt våld samt hot om fysiskt våld	Psykisk ohälsa: depression, ångest, utmattnings, sömnstörningar, PTSD, förskrivning av läkemedel, vård för psykisk ohälsa	9	5 hälso- och sjukvård 2 socialt arbete 1 skola	6 Norden 2 Europa 1 USA	9/11 samband visar samband med psykisk ohälsa	2 låg 6 medelhög 1 hög
	Sjukfrånvaro	3	Hälso- och sjukvård samt socialt arbete	Norden	3/4 riskestimat visar samband med sjukfrånvaro	Medelhög
	Fysisk ohälsa: muskuloskeletal smärta, generell hälsa	2	Hälso- och sjukvård	1 Europa 1 USA	1 samband med muskuloskeletal smärta	Medelhög

## PSYKOLOGISKT VÅLD INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, SOCIALT ARBETE OCH UTBILDNINGSEKTORN

I begreppet psykologiskt våld ingår till exempel mobbning och trakasserier. Vi identifierade totalt 19 studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign där sambandet mellan psykologiskt våld och psykisk ohälsa, sjukfrånvaro eller fysisk ohälsa undersöktes. I 16 av dessa var det mobbning som studerades. Samtliga undersökte anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn samt socialt arbete. En sammanfattning av resultatet presenteras i Tabell 2. Resultaten beskrivs nedan utifrån hälsoutfallet psykisk ohälsa, sjukfrånvaro samt fysisk ohälsa.

### Psykologiskt våld och psykisk ohälsa

Sammanlagt identifierades tio studier som undersökte sambandet mellan psykologiskt våld och psykisk ohälsa (symptom på depression, ångest, utmattning eller sömnbesvär).<sup>50,51,79,80,82,88-92</sup> Av dessa kom sex från Norden, tre från övriga Europa och en från Kanada. Två bedömdes vara av hög kvalitet, sju av medelhög kvalitet och en av låg kvalitet. Totalt genomfördes 13 sambandsanalyser inom ramen för dessa studier då flera hälsoutfall

undersöktes i några av dem. Av dessa var det tio analyser som visade på ett statistiskt säkerställt samband mellan att vara utsatt för psykologiskt våld och försämrade psykisk hälsa över tid. För två analyser var sambandet inte statistiskt säkerställt och en studie visade att mobbning ledde till mindre sömnbesvär över tid.

### Psykologiskt våld och sjukfrånvaro

I fem studier<sup>38,55,93-95</sup> undersöktes sambandet mellan psykologiskt våld och sjukfrånvaro. Samband med registerbaserad sjukfrånvaro undersöktes i fyra av studierna och både självskattad och registerbaserad sjukfrånvaro i en. Längden på den registerbaserade sjukfrånvaron var i de olika studierna fyra dagar eller mer, 17 dagar eller mer, 21 dagar eller mer, över sex veckor eller åtta veckor eller mer. I samtliga var det psykologiska våldet mobbning. Tre av studierna bedömdes vara av medelhög kvalitet och en av hög kvalitet. I den studie där såväl självskattad som registerbaserad sjukfrånvaro mättes bedömdes effektestimatet för registerbaserad sjukfrånvaro hålla hög kvalitet medan det som avsåg självskattad sjukfrånvaro medelhög kvalitet. Samtliga studier är från de nordiska länderna och fokuserar främst på

Tabell 2. Sammanfattning av 19 studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign där samband mellan psykologiskt våld och olika hälso- och hälsorelaterade utfall undersöks.

Typ av våld	Typ av hälsoutfall	Antal studier	Bransch	Land/ världsdel	Samband	Studiernas kvalitet
Psykologiskt våld	Psykisk ohälsa: depression, ångest, utmattning, sömnstörningar	10	9 hälso- och sjukvård 1 hälso- och sjukvård samt socialt arbete	6 Norden 2 Europa 1 USA	10/13 riskestimat visar samband med psykisk ohälsa	2 hög 7 medelhög 1 låg
	Sjukfrånvaro	5	Hälso- och sjukvård	Norden	6/6 riskestimat visar samband med sjukfrånvaro	3 medelhög 1 hög 1 medelhög till hög
	Fysisk ohälsa: självrapporterad hjärtsjukdom, fibromyalgi, psykosomatiska symptom, generell hälsa	4	Hälso- och sjukvård	Finland, Europa, Kanada	Samband med självrapporterad fibromyalgi, generell hälsa (delvis)	3 medelhög 1 låg

anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn men en av studierna inkluderar även anställda inom socialt arbete. Urvalen består av 88–100 % kvinnor. I alla studier fann man ett samband mellan mobbning och risk för sjukfrånvaro över tid. I en av studierna påvisades att detta omfattade såväl sjukfrånvaro för psykiska diagnoser som sjukfrånvaro för samtliga diagnoser.

### Psykologiskt våld och fysisk ohälsa

Ytterligare fyra studier, där effekter av psykologiskt våld på fysisk ohälsa inom hälso- och sjukvårdssektorn undersöktes med prospektiv eller longitudinell studiedesign, identifierades i litteratursökningen.<sup>50,86,96,97</sup> Två av dessa baseras på finska data, en på ett större europeiskt urval och en tredje studie kommer från Kanada. Omkring 90 % av deltagarna i studierna var kvinnor. Samtliga studier bedömdes vara av medelhög kvalitet. I de finska studierna av sjukhusanställda kunde ett samband mellan mobbning och självrapporterad fibromyalgi<sup>96</sup> påvisas, men inte ett samband mellan mobbning och självrapporterad kardiovaskulär sjukdom.<sup>43</sup> I den kanadensiska studien fann man inget samband mellan mobbning och psykosomatiska besvär bland sjuksköterskor.<sup>97</sup> I studien baserad på ett urval av sjuksköterskor från åtta olika europeiska länder<sup>86</sup> visade

slutligen resultaten att trakasserier från kollegor men inte från överordnade hade effekt på självskattad hälsa ett år senare.

### GENUSBASERAT VÅLD INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, SOCIALT ARBETE OCH UTBILDNINGSEKTORN

Endast en studie med prospektiv studiedesign där hälsoeffekter av genusbaserat våld bland anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete eller utbildningssektorn undersöks kunde identifieras i litteratursökningen.<sup>85</sup> Studien bedömdes vara av medelhög kvalitet. I denna danska studie av kvinnor inom äldreomsorgen kunde inget statistiskt säkerställt samband mellan önskad sexuell uppmärksamhet och långtidssjukfrånvaro (minst åtta sammanhängande veckor) påvisas.

### OSPECIFIKT VÅLD INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD, SOCIALT ARBETE OCH UTBILDNINGSEKTORN

Ytterligare två studier av hälsoeffekter av våld inom hälso-, och sjukvård, socialt arbete eller utbildningssektorn identifierades i litteratursökningen. I en av dessa studier mättes verbalt, fysiskt och sexuellt våld tillsammans och i den andra specificerades inte vilken sorts våld som avsågs. Dessa beskrivs därför som ospecifikt

Tabell 3. Sammanfattning av tre studier med prospektiv eller longitudinell studiedesign där samband mellan sexuellt eller ospecifikt våld å ena sidan och olika hälso- och hälsorelaterade utfall å andra sidan undersöks.

Typ av våld	Typ av hälsoutfall	Antal studier	Bransch	Land/världsdel	Samband	Studiernas kvalitet
Sexuellt våld	Psykisk ohälsa	–	–	–	–	–
	Sjukfrånvaro	1	Hälso- och sjukvård	Danmark	Inget samband med långtidssjukfrånvaro	Medelhög
	Fysisk ohälsa	–	–	–	–	–
Ospecifikt våld	Psykisk ohälsa	1	Hälso- och sjukvård	Holland	Samband med utmattningssymptom	Medelhög
	Sjukfrånvaro	–	–	–	–	–
	Fysisk ohälsa: självskattad hälsa	1	Hälso- och sjukvård	Australien	Inget samband med självskattad hälsa	Medelhög



våld. I den ena av dessa studier, som är från Nederländerna och bedöms hålla medelhög kvalitet, kunde ett samband mellan ospecificikt våld och symptom på utmattning påvisas bland sjuksköterskor.<sup>98</sup> I den andra, en australiensisk studie som bedömts hålla en medelhög kvalitet, kunde inget statistiskt säkerställt samband mellan ospecificikt våld och självskattad hälsa bland läkare påvisas.

## HÄLSOKONSEKVENSER AV VÅLD I ARBETSLIVET FÖR OLIKA PERSONER

Huruvida effekter av våld i arbetslivet drabbar personer med olika kön, yrke, socioekonomisk status, etniskt ursprung, sexuell läggning eller andra förutsättningar på olika sätt med avseende på ohälsa och sjukfrånvaro har undersökts i litteraturen om hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet. Endast en av de granskade studierna testade någon sådan skillnad och gjorde det med avseende på kön och etniskt ursprung.

### Kön

Av de 28 studier som ingår i kvalitetsgranskningen av forskningsfronten på området hälsoeffekter av våld i arbetslivet varierar andelen kvinnor i urvalet mellan 39 % (enbart läkare ingick) och 100 %. I flertalet av studierna var andelen kvinnor runt 90 % och i tre av dem ingick enbart kvinnor. I många studier justerades analyserna för kön, men inte i alla. Enbart i en av studierna (som visade signifikant samband mellan våld och ohälsa) testades skillnader i effekter mellan män och kvinnor.<sup>84</sup> I denna amerikanska studie av medelhög kvalitet studerades samband mellan fysiskt våld av typ 2 gentemot sjukhusanställda och anställda användning av psykotropiska läkemedel och annan vård för psykisk ohälsa. Av de statistiska analyserna framkom vissa könsskillnader. Sambandet mellan exponering för våld och användande av psykotropiska läkemedel var starkare för kvinnor. Vid separata analyser för olika typer av läkemedel fann man däremot

att sambandet mellan exponering för våld och anti-depressiva läkemedel var starkare för män än för kvinnor.

### Etniskt ursprung

I ovan nämnda amerikanska studie av samband mellan fysiskt våld och användning av psykotropiska läkemedel och annan vård för psykisk ohälsa testades även skillnader i effekter mellan deltagare med olika etniskt ursprung. Resultaten visade på ett starkare samband mellan exponering för våld och användande av psykotropiska läkemedel för "afroamerikaner" och "övriga" (individer med ursprung i Latinamerika, Asien, samt amerikansk ursprungsbefolkning) jämfört med "kaukasier".<sup>84</sup>

## SAMMANFATTNING AV FORSKNINGSFONTEN

Nedan sammanfattar vi forskningsfronten utifrån tre nivåer av stöd:

1. *Enhetligt stöd.* Detta innebär att ett flertal studier av medelhög till hög kvalitet visar att samband mellan exponering och utfall föreligger.
2. *Begränsat stöd.* Detta kan innebära att ett mindre antal studier visar att samband föreligger eller att studierna är av lägre kvalitet.
3. *Otillräckligt stöd.* Detta innebär att ingen eller enbart någon enstaka studie som undersöker sambandet mellan exponering och utfall identifierats.

Slutsatsen är att det finns enhetligt stöd för ett prospektivt samband mellan fysiskt våld och psykisk ohälsa samt mellan psykologiskt våld och psykisk ohälsa och sjukfrånvaro. Det finns begränsat stöd för ett prospektivt samband mellan fysiskt våld och sjukfrånvaro. För resterande samband bedöms det vetenskapliga underlaget vara otillräckligt.

Av pedagogiska skäl gjordes en grövre indelning av studiernas kvalitet i hög kvalitet (8–12 poäng), medelhög kvalitet (13–16 poäng) och låg kvalitet (17–30 poäng). I nedanstående tabell (Tabell 4) har den grövre indelningen som gjorts för varje enskild studie förenklats ytterligare ett steg. För varje samband ges en sammanfattande bedömning, där medelhög kvalitet innebär antingen att samtliga studier som ingår är av medelhög kvalitet eller att de flesta är av medelhög kvalitet men det finns ett spektrum som täcker såväl låg, medelhög som hög kvalitet i studierna. Medelhög till hög kvalitet har bedömts gälla för sambandet mellan psykologiskt våld och sjukfrånvaro på grund av att de studier som inkluderades var av antingen medelhög eller hög kvalitet.

Ett enhetligt stöd för ett samband baserat på studier av medelhög kvalitet innebär att en majoritet av studierna visat att det över tid finns ett samband mellan exponering för våld och

Tabell 4. Grad av stöd för samband mellan olika former av våld och hälsoutfall samt studiernas övervägande kvalitet för varje samband. Stödet avser framför allt anställda inom hälso- och sjukvårdssektorn.

	Stöd	Övervägande kvalitet i studierna
<b>Fysiskt våld</b>		
Psykisk ohälsa	Enhetligt	Medelhög
Sjukfrånvaro	Begränsat	Medelhög
Fysisk ohälsa	Otillräckligt	Medelhög
<b>Psykologiskt våld</b>		
Psykisk ohälsa	Enhetligt	Medelhög
Sjukfrånvaro	Enhetligt	Medelhög till hög
Fysisk ohälsa	Otillräckligt	Medelhög
<b>Genusbaserat våld</b>		
Psykisk ohälsa	Otillräckligt	–
Sjukfrånvaro	Otillräckligt	Medelhög
Fysisk ohälsa	Otillräckligt	–

ohälsa eller sjukfrånvaro och att stödet baseras på studier av sammanfattningsvis medelhög kvalitet. Det innebär förenklat att även om det finns många studier som pekar på att våld över tid leder till ohälsa finns det metodologiska begränsningar i studierna som gör att man måste tolka resultatet med viss försiktighet. Innan mer säkra slutsatser kan dras avseende sambandet behöver fler studier av hög kvalitet, som visar samma resultat, publiceras.

## METODOLOGISKA BEGRÄNSNINGAR

Vid genomsökning av referenslistor i de studier som identifierats genom databassökningen identifierade vi ytterligare tre studier som inte identifierats i databassökningen. Anledningen kan vara att ett antal exponeringar i arbetslivet ingick i dessa studier och att just våld i arbetslivet inte fanns listad i sökorden inom de delar av artikeln som är sökbara (rubrik, sammanfattning, nyckelord). En svaghet i denna översikt är att vi inte kan garantera att det inte finns ytterligare studier som av samma anledning inte inkluderats i genomgången.

Vi har vidare i detta arbete utgått enbart från publicerade studier och vi har inte gjort någon analys av publiceringsbias. Det skulle kunna vara så att studier som visat att våld i arbetslivet inte har effekt på ohälsa eller sjukfrånvaro inte i samma utsträckning publicerats som de studier som visar på ett sådant samband. I så fall kan sambanden vara mer osäkra än vad som framkommer av denna rapport.

Då det inte finns något instrument för kvalitetsgranskning avseende just frågeställningen hur våld i arbetslivet över tid påverkar ohälsa eller sjukfrånvaro gjordes kvalitetsbedömningarna utifrån ett etablerat och välanvänt instrument för observationsstudier. Detta anpassades av granskarna på så sätt att en domän som avser statistiska analyser lades till och en domän anpassades för just detta forskningsområde. Även om de forskare som genomfört kvalitetsgranskningen i denna studie har varit

systematiska och noggranna och följt uppställda kriterier, kan det inte uteslutas att andra forskare, som använder sig av andra kriterier, kan komma fram till något andra slutsatser. De kriterier som använts för kvalitetsgranskningen finns redovisade och i metoddiskussionen i nästa avsnitt sammanfattas de främsta metodologiska bristerna i de studier som granskats.

På grund av substantiella olikheter i de studier som granskats har det inte varit meningsfullt att genomföra en meta-analys utan resultaten har istället översiktligt syntetiserats.

## 5. Kunskapsluckor och rekommendationer för fortsatt forskning

Ett syfte med denna rapport har varit att ringa in några övergripande kunskapsluckor som finns inom området hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet i hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn samt att visa på hur forskningsområdet skulle kunna utvecklas för att ge ytterligare och mer tillförlitlig kunskap. Nedan ges några rekommendationer baserade dels på vår egen granskning av forskningsfronten och dels på andra forskares kunskapsöversikter och rekommendationer som har publicerats de senaste åren.

### KONSEKVENSER AV GENUSBASERAT VÅLD

Det framkommer bland annat i de svenska Arbetsmiljöundersökningarna (se kapitel 2) att andelen män och kvinnor som drabbas av sexuella trakasserier från personer utanför organisationen (våld av typ 2) är hög inom hälso- och sjukvård och socialt arbete i Sverige. Vidare visar de svenska Arbetsmiljöundersökningarna att en stor andel män såväl inom hälso- och sjukvård och socialt arbete som inom utbildningssektorn uppger att de utsatts för genusbaserat våld av chefer eller arbetskamrater (våld av typ 3) de senaste 12 månaderna. Trots det kunde endast en studie med prospektiv eller longitudinell studiedesign identifieras som undersökte hälsokonsekvenser av genusbaserat våld

inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Här finns alltså en stor kunskapslucka. Vilka är hälsokonsekvenserna för män och kvinnor som utsätts för sexuella trakasserier av personer som organisationer tillhandahåller service åt (våld av typ 2) och hur ser det genusbaserade våldet ut inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn som män uppger att de utsätts för av chefer och arbetskamrater (våld av typ 3) och vad har det för hälsokonsekvenser? Finns det faktorer som modererar dessa samband, det vill säga faktorer som kan bidra till att hälsokonsekvenserna är olika för olika personer eller i olika situationer? Har till exempel faktorer såsom sexuell läggning, yrke eller socioekonomisk position betydelse för risk och konsekvenser av att utsättas? Och finns det faktorer i organisationen som kan motverka att hälsokonsekvenserna blir allvarliga, såsom till exempel socialt stöd eller andra insatser? Detta är exempel på frågor vi behöver mer kunskap om.

### KONSEKVENSER AV VÅLD I ARBETSLIVET INOM UTBILDNINGSEKTORN OCH SOCIALT ARBETE

Anställda inom socialt arbete och utbildningssektorn utsätts i hög utsträckning för våld från personer som organisationerna tillhandahåller service åt. En stor andel av både manliga och kvinnliga anställda inom dessa branscher rapporterar att de utsätts för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld. Män tycks även i högre utsträckning än i många andra branscher utsättas för sexuella trakasserier av personer som organisationerna tillhandahåller service åt inom utbildningssektorn. Utöver detta rapporterar en stor andel manliga anställda,

jämfört med manliga anställda inom andra branscher, att de utsätts för genusbaserade trakasserier från chefer och kollegor inom dessa kvinnodominerade branscher. Såsom tidigare nämnts finns ett stort forskningsområde som fokuserar på våld inom utbildningssektorns värld, men där elevers välbefinnande och hälsa står i fokus.<sup>6,36</sup> Lärares, skolledares och andra anställdas perspektiv saknas i hög utsträckning. Hur ser det våld ut som anställda inom utbildningssektorn utsätts för och vad har det för konsekvenser för hälsa och sjukfrånvaro? Vilka yrkesgrupper är särskilt utsatta och har kön, ålder och erfarenhet i yrket betydelse? Andra yrkesgrupper som uppmärksammas vara särskilt utsatta för fysiskt våld och hot om fysiskt våld är anställda inom socialt arbete, såsom socialsekreterare.<sup>17</sup> Det finns ett mindre antal studier som visar konsekvenser på psykisk ohälsa av fysiskt våld eller hot om fysiskt våld bland anställda inom socialt arbete.<sup>39-41</sup> Mer forskning behövs dock som undersöker inte bara fler exponeringar och utfall utan som även tar hänsyn till modererande och medierande faktorer i sambanden. Vad som avses med modererande och medierande faktorer beskrivs mer utförligt längre fram i texten.

### **KONSEKVENSER FÖR DIAGNOSTICERAD SJUKDOM, MORTALITET OCH DIAGNOSSPECIFIK SJUKFRÅNVARO**

Majoriteten av de studier som granskats av författarna undersöker effekter på psykisk ohälsa och använder sig av självskattningsskalor för att bedöma utfallet. Även om vissa av dessa har validerats mot diagnostiska kriterier saknas studier som baserar sitt utfall med avseende på psykisk ohälsa på diagnosticerad sjukdom. Diagnosticerad depression, utmattningssyndrom, insomni eller PTSD skulle till exempel vara relevanta utfall att studera i relation till våld i arbetslivet. Vidare förekommer det ett relativt stort antal studier i litteraturen om psykologiskt våld inom högre utbildning som visar på samband mellan olika former av trakasserier

och alkoholkonsumtion.<sup>45</sup> I litteratursökningen av prospektiva och longitudinella studier framkom dock ingen studie av konsekvenser av våld i arbetslivet på (diagnosticerad) missbruks- eller beroendeproblematik bland anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn.

Även den fysiska ohälsa som har studerats i de granskade artiklarna är baserad på självskattade mått. Vissa av måtten är självskattningar som handlar om ifall respondenten har blivit diagnosticerad med den fysiska sjukdomen av en läkare, men ingen studie använder diagnos hämtad från register som utfall. Fysiska hälsoutfall som skulle vara relevanta här är till exempel diagnosticerad typ 2-diabetes och hjärt- och kärlsjukdom. I studier av samband mellan våld i arbetslivet och dessa hälsoutfall i data som inkluderar andra populationer har samband påvisats,<sup>43,44</sup> och sambanden kan finnas även för anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Mortalitet är ett utfall som helt saknas i vår genomgång. Utfallet torde vara väldigt ovanligt, men såväl död till följd av fysiskt våld i arbetet eller suicid till följd av exponering för psykologiskt våld i arbetslivet är relevanta samband att studera.

Flera av utfallsmåtten för sjukfrånvaro är i de granskade studierna baserade på registerdata. Dock är det bara en av studierna som inkluderat såväl icke-specifik sjukfrånvaro som sjukfrånvaro specifikt för psykiska diagnoser. Vi kan i översikten konstatera att det finns ett enhetligt stöd i studier av medelhög kvalitet för ett prospektivt samband mellan psykologiskt våld och registerbaserad sjukfrånvaro, men kunskapen om vilken sjukdom de drabbade är sjukskrivna för är otillräcklig. Sådan kunskap skulle förstås ge ökad förståelse för vilka konsekvenser våld i arbetslivet har för individer.

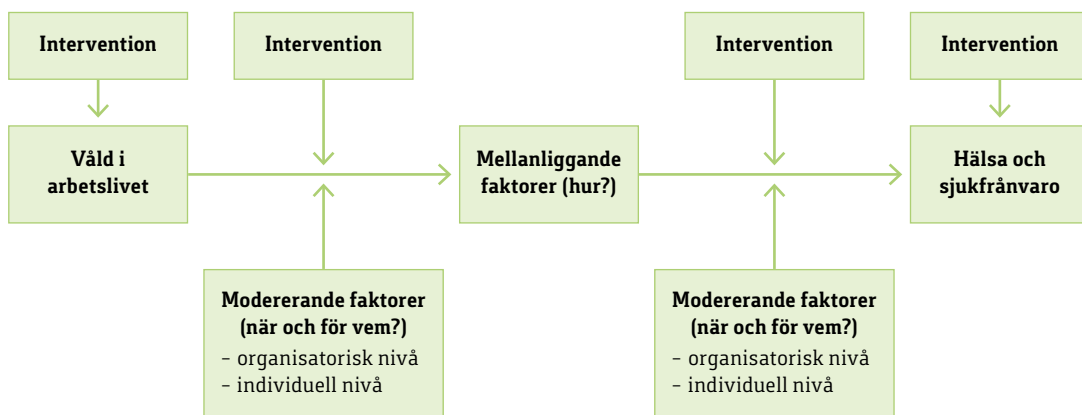
## ORGANISATORISKA OCH INDIVIDUELLA FAKTORER I SAMBANDET MELLAN VÅLD OCH HÄLSOUTFALL

Mekanismerna bakom att en exponering för en enstaka eller upprepade våldshandlingar över tid leder till ohälsa och sjukfrånvaro är fortfarande relativt okända. Hur ser till exempel en process ut, där en sjuksköterska inom akutsjukvården som upprepade gånger utsätts för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld, med tiden drabbas av ohälsa och sjukskrivs? Vilka organisatoriska och individuella faktorer (så kallade *medierande* faktorer) har betydelse i denna utveckling och var och hur skulle förloppet kunna brytas? Inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn kommer vidare våld i olika former med stor sannolikhet alltid att förekomma i olika utsträckning. Därför är det viktigt att utveckla mer kunskap om ifall det finns särskilt sårbara individer eller situationer med avseende på att utveckla ohälsa till följd av våld, men också ifall det finns faktorer som kan skydda mot negativa hälsokonsekvenser. Det är viktigt att utveckla vår kunskap om vilka faktorer som *modererar* sambandet mellan våldshandlingar som begås av till exempel patienter, klienter och elever och ohälsa hos den anställda.

I figuren (Figur 11) av utveckling över tid mellan våld i arbetslivet och ohälsa eller sjukfrånvaro framgår att det finns medierande faktorer, det vill säga faktorer som ligger mellan förekomsten av våld i arbetslivet och dess konsekvenser i form av ohälsa och sjukfrånvaro och som kan beskriva *hur* våldet över tid leder till ohälsa eller sjukfrånvaro. Det kan även finnas modererande faktorer, det vill säga organisatoriska eller individuella faktorer som antingen kan förstärka eller mildra konsekvenser som våld kan ha på hälsa och sjukfrånvaro.

Medierande variabler kan inbegripa såväl organisatoriska som individuella faktorer. Exempel på organisatoriska och sociala faktorer på arbetsplatsen kan vara hur chefer och organisation svarar på våldsincidenten och hur relationerna på arbetsplatsen utvecklas. Upprättas rutiner för att förebygga att liknande situationer uppstår igen samt för att ge utsatta det stöd de kan behöva? Är organisation och chefer lyhörda och förmår återskapa trygghet och öppenhet eller ger våldshandlingar upphov till en upplevelse av otrygghet och ensamhet inom arbetsgruppen? Våld i arbetslivet kan bidra till osäkerhet och sämre socialt klimat och ökad personalomsättning vilket i sin tur kan ha betydelse för hälsa och sjukskrivning.

Figur 11. Teoretisk modell (inspirerad av Nielsen et al 2018)<sup>9</sup> över konsekvenser av våld i arbetslivet



Organisatoriska strukturer och relationer på arbetsplatsen kan fungera antingen som en buffert mot att ohälsa utvecklas eller utgöra ytterligare påfrestningar. Medierande variabler på individuell nivå handlar om individens reaktion på det våld hen blivit utsatt för. Olika typer av våld ger troligen upphov till en rad stressreaktioner. Att utsättas för en handling som upplevs som ett hot eller en utmaning kan leda till en aktivering av vissa fysiologiska system i kroppen vilket skulle kunna innebära bland annat ökad hjärtfrekvens, högre blodtryck, inflammation och insulinkänslighet.<sup>99</sup> Dessa stressreaktioner skulle i förlängningen kunna leda till ohälsa eller sjukfrånvaro, speciellt om de är långvariga i kombination med bristande återhämtning. Det finns också en risk att våld eller hot om våld av olika slag bidrar till lägre självkänsla och brist på resurser för att möta krav på anpassning.<sup>100,101</sup> Vidare kan våld i arbetslivet främja ohälsosamma beteenden såsom t.ex. överkonsumtion av mat och ökad alkoholkonsumtion.<sup>102-104</sup> Övervikt och hög alkoholkonsumtion är i sig riskfaktorer för ohälsa och sjukskrivning. Olika former av våld i arbetslivet kan ge upphov till en mängd negativa känslor<sup>42,105,106</sup> såsom oro, rädsla, ilska, kognitiva problem (såsom koncentrationsproblem) och sömnproblem som på sikt kan leda till mer kliniska besvär i form av t.ex. depression, ångest och utmattning. I värsta fall kan fysiskt våld leda till svåra skador som innebär sjukdom eller till och med död.<sup>107</sup> Detta är emellertid relativt ovanligt. Fortfarande är dock kunskapen om hur våld kan leda till ohälsa begränsad och här behövs mer forskning. För att ta fram tillförlitlig kunskap om organisatoriska och individuella mekanismer i sambandet mellan våld i arbetslivet och ohälsa, behöver man studera utvecklingen över tid med ett flertal upprepade mätningar. Den forskning som finns publicerad idag har endast i undantagsfall använt sig av mer än två mättillfällen, så här ser vi en viktig kunskapslucka och utvecklingspotential i framtida forskning.

Den teoretiska figuren ovan visar även att olika modererande faktorer (när och för vem?) kan påverka hälsokonsekvenserna av våldet. Konsekvenser av våld i arbetslivet kan skilja sig åt beroende på olika organisatoriska och sociala eller individuella faktorer. Detta har undersökts i mycket liten grad i befintlig forskning om hälsokonsekvenser av våld inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Hur väl förberedd organisationen är då en våldssituation uppstår kan vara en modererande faktor på organisatorisk nivå. Sker till exempel riskbedömning av våld kontinuerligt, är lokalerna anpassade för att kunna hantera våldssituationer och finns det larmsystem? Är personalen utbildad i att hantera våldssituationer, finns det tydliga rutiner kring hur incidenter ska rapporteras och känner personalen till vilket stöd som finns att tillgå? Sådana faktorer skulle kunna påverka om ohälsa utvecklas hos den drabbade och behöver undersökas för att vi ska få mer kunskap om vad som kan göra att hälsoeffekterna av exponering för våld blir mindre allvariga.

Exempel på modererande faktorer på individuell nivå är individens kön, etniska ursprung, civilstånd, sexuella läggning, yrke eller utbildningsnivå. Mycket få studier av hög metodologisk kvalitet har till exempel studerat skillnader i hälsokonsekvenser av våld i arbetslivet mellan män och kvinnor.<sup>3</sup> Det finns studier som visar att hbtq-personer är mer utsatta för genusbaserat våld kopplat till sexuell läggning än heterosexuella personer, men i vilken mån hälsokonsekvenserna ser olika ut för personer med olika sexuell läggning vet vi mycket lite om. Vi vet sammanfattningsvis väldigt lite om ifall hälsokonsekvenserna av våld i arbetslivet skiljer sig mellan olika grupper i samhället.

Modellen visar också att interventioner för att bryta destruktiva förlopp relaterade till våld i arbetslivet kan ske vid olika tillfällen. I föreliggande kunskapssammanställning har vi fokuserat på sambandet mellan våld i arbets-

livet och hälsa och sjukfrånvaro och i denna del av förloppet kan interventioner ske då våldet förekommer men också i efterförloppet för att ta hand om individer som har drabbats. Interventioner kan förstås även vara förebyggande och ske innan våldet uppstår. För att kunna utveckla effektiva interventioner är det viktigt att förloppet över utveckling och konsekvenser av våld i arbetslivet kartläggs tydligare med adekvat metodik.

### HÄLSOKONSEKVENSER FÖR PERSONER SOM BEVITTNAR VÅLD I ARBETSLIVET

Även att bevittna våld kan utgöra en exponering med konsekvenser för hälsan och detta har undersökts i mycket liten utsträckning. I de studier vi har granskat förekommer inte att vara vittne till våld som exponering. Att arbeta i en organisation där fysiskt, psykologiskt eller genusbaserat våld är vanligt förekommande skulle kunna påverka hälsa och sjukfrånvaro. Att bevittna våld kan fungera som ett hot om att själv bli offer och leda till en upplevelse av otrygghet och stress. Här identifierar vi en viktig kunskapslucka för fortsatt forskning.

### METODOLOGISKA ASPEKTER

Sammanfattningsvis finns relativt många studier av medelhög kvalitet där prospektiva samband mellan våld i arbetslivet och ohälsa eller sjukfrånvaro undersöks i stora urval. I de flesta studier har hänsyn tagits till en mängd olika relevanta störfaktorer och i de allra flesta har man säkerställt att de som ingick i studien inte var sjuka eller sjukfrånvarande redan vid första mätillfället (vid baseline). Ibland har man mätt hur allvarlig och frekvent exponeringen för våld varit, vilket är positivt då det ger högre precision i exponeringsmättet. När man undersökt sjukfrånvaro som utfall har mättet i de flesta fall varit baserat på registerdata.

Det finns dock ett antal metodologiska brister i den forskning som granskats och dessa behöver adresseras i framtida forskning för att stärka stödet och föra forskningsfältet framåt.

Nedan diskuteras de viktigaste brister som vid granskningen har påverkat skattningarna av studiernas kvalitet.

### Exponeringsbedömning

En viktig fråga är hur vi bäst mäter våld i arbetslivet. Underrapportering av våld i arbetslivet diskuteras vara ett stort problem, såväl i forskning som i praktik.<sup>31,71</sup> Vad gäller fysiskt våld och hot om fysiskt våld har dessa exponeringar i forskningssammanhang ofta mätts tillsammans trots att de kan ha olika effekt på utfallen. En annan aspekt att lyfta är att mer specifika mått med avseende på frekvens och allvarlighetsgrad av fysiskt våld behöver ingå i framtida forskning.<sup>3</sup> Enhetligheten med avseende på vilken tidshorisont som avses är låg. Frågor om fysiskt våld kan avse hur det är just nu, en månad bakåt i tiden eller under ett helt arbetsliv, även om det vanligaste är att frågan avser de senaste 12 månaderna. Det blir svårt att jämföra studier när måtten är så varierande.<sup>23,31</sup> Ett mått som sällan har använts i de studier vi granskat är incidentrapporter och vi ser positivt på ett större användande av denna typ av mått i framtida forskning.

En svår exponering att mäta är utsatthet för mobbning. Ett vanligt förekommande sätt att mäta mobbning i kohortstudier är att respondenten helt enkelt tillfrågas om hen är eller har varit mobbad. Ibland förekommer en definition av begreppet mobbning som en del av frågan. Ett annat sätt är att låta respondenten ta ställning till en rad olika beteenden som tyder på mobbning, vilket vi i vår granskning bedömt vara något bättre. Framför allt har vi bedömt detta exponeringsmått som mer robust då det innehåller ett antal frågor som utgör en skala och denna skala är validerad.<sup>108</sup> Ett annat möjligt sätt att mäta mobbning på är att låta en hel arbetsgrupp skatta i vilken mån det förekommer mobbning i gruppen.<sup>9</sup> Detta förekommer sällan i litteraturen och inte i någon av de studier vi granskat. En anledning kan vara att



det kräver att data är strukturerad på ett sätt som sällan är fallet i epidemiologiska studier. Vi ser de olika metoderna som kompletterande för att få ett så allsidigt exponeringsmått som möjligt. Även vad gäller uppskattningen av genusbaserat våld är bilden komplex. Utsatthet diskuteras i litteraturen vara underrapporterat, vilket kan handla om alltifrån olika förståelse av vad frågor om genusbaserat våld avser till att respondenten mer eller mindre medvetet vill undvika en känsla av att vara ett offer.<sup>11</sup>

Många studier har slagit ihop olika former av våld på ett sätt som gör det svårt att utröna vad exponeringen handlar om. Man bör i framtida studier göra åtskillnad mellan olika former av våld (till exempel fysiskt, psykologiskt, eller genusbaserat) samt vem våldet utförs av för att generera mer specifik kunskap som kan guida planerandet av preventiva åtgärder samt interventioner.

### **Hälsoutfall**

En annan viktig begränsning i den befintliga litteraturen är att psykisk ohälsa ofta mätts genom självskattningsskalor och i de flesta fall har dessa inte varit validerade mot diagnostiska kriterier. Som nämnts ovan är det viktigt att komplettera denna kunskap med forskning om effekter på psykisk ohälsa mätt genom registerbaserad diagnostiserad psykisk ohälsa. Detsamma gäller annan stressrelaterad fysisk ohälsa som kan vara relevant för frågeställningarna, såsom hjärt- och kärlsjuklighet och typ 2-diabetes. Registerbaserad sjukfrånvaro är undersökt som utfall men behöver kompletteras med diagnosspecifik sjukfrånvaro för att utveckla kunskapen om vilken ohälsa som drabbar individer som utsatts för våld i arbetslivet.

### **Generaliserbarhet**

Flera av de studier vi har granskat baserades på bekvämlighetsurval. Det innebär att representativiteten för sektorerna som helhet är oklar och möjligheten att generalisera resultaten

därmed begränsad. Mer representativa urval är således önskvärda i framtida forskning.

### **Kausalitet**

Som också nämnts ovan är mycket få av de studier vi granskat baserade på longitudinella data, det vill säga data där såväl exponering som utfall mätts vid åtminstone två tidpunkter. Det innebär att man inte kunnat analysera omvända orsakssamband, det vill säga om ohälsa och sjukfrånvaro över tid kan leda till högre risk att utsättas för våld i arbetslivet. Vi ser det som ett viktigt område för fortsatt forskning, inte minst vad gäller att fördjupa kunskapen om orsakssamband mellan mobbning i arbetslivet och psykisk ohälsa. Studier om hälsoeffekter av interventioner som syftar till att minska exponering för våld saknas och skulle kunna ge ytterligare bidrag till förståelsen av kausalitet i sambandet mellan våld och ohälsa. Exempel på interventioner är förbättrade och väl kommunicerade rutiner kring hur våld ska hanteras på arbetsplatsen eller utbildning av anställda om hur man bäst hanterar våldssituationer. Sådana interventioner skulle kunna bidra till större trygghet och säkerhet hos anställda då våld uppstår vilket i sin tur skulle kunna minska risken för ohälsa.

### **Teoretisk förankring och uppföljningstider**

Som tidigare nämnts är vidare teoriförankringen i forskningsfältet svag. Vi saknar i de studier vi granskat till exempel en motivering av val av uppföljningstid mellan exponering för fysiskt, psykologiskt eller genusbaserat våld och hälsoutfall eller sjukfrånvaro. Uppföljningstiderna har i de granskade artiklarna varierat (ett år är det vanligaste) och har mycket sällan motiverats utifrån hypotetiska mekanismer för utveckling av stress och ohälsa. Förloppen ser troligtvis olika ut både beroende på typ av våld och typ av ohälsa. Här behöver tydligare teorier utvecklas och uppföljningstider väljas baserade på dessa.

### **Störfaktorer som inte mätts**

De allra flesta studier har vidare använt traditionella statistiska metoder, baserade på jämförelser *mellan* individer. Vi har i föreliggande granskning skattat resultat som är baserade på metoder som mäter förändring *inom* individen till följd av exponering för våld som mer tillförlitliga då de tar hänsyn till störfaktorer som inte mätts, till exempel personlighet.

### **Bristande samstämmighet mellan studier om psykologiskt våld och psykisk ohälsa**

Den övergripande slutsatsen är att stödet är enhetligt för att psykologiskt våld över tid leder till psykisk ohälsa, men studierna var övervägande av medelhög kvalitet och det fanns en variation i riskestimaten. Vissa riskestimater var väldigt höga och det förekom vida konfidensintervall i några, vilket indikerar dålig precision i mätningen. Det finns även studier

i granskningen som inte fann något samband mellan psykologiskt våld och psykisk ohälsa och en studie<sup>79</sup> som visade att mobbning över tid ledde till lägre risk för sömnbesvär. Bristen på samstämmighet mellan studierna kan bero till exempel på osäkerhet i exponeringsmättet, olika tidsperspektiv och självrapporterade utfallsmått, som diskuterats tidigare. Sambanden kan även påverkas av selektionseffekter. I exemplet ovan med det omvända sambandet mellan mobbning och sömnbesvär skulle det till exempel kunna handla om att endast ovanligt robusta personer, med låg risk för sömnbesvär, blir kvar i en arbetssituation där hen blir utsatt för mobbning. Det var sammanfattningsvis en högre andel studier av medelhög än hög kvalitet som fann ett statistiskt säkerställt samband mellan psykologiskt våld och psykisk ohälsa. Det innebär att det behövs fler studier av hög kvalitet innan sambandet mellan psykologiskt våld och psykisk ohälsa kan anses vara säkerställt.

## 6. Praktiska implikationer

Förekomsten av fysiskt våld eller hot om fysiskt våld är hög inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn. Män rapporterar även hög exponering för psykologiskt och genusbaserat våld inom dessa sektorer jämfört med andra sektorer i Sverige. Befintlig forskning av god kvalitet visar att fysiskt och psykologiskt våld i arbetslivet bland anställda inom hälso- och sjukvård kan leda till såväl psykisk ohälsa som långtidssjukfrånvaro. Det är därmed angeläget med ett förebyggande arbete inom dessa sektorer.

Internationella arbetsorganisationen (ILO) gav som tidigare nämnts i juni 2019 ut en ny konvention<sup>1</sup> och rekommendation<sup>2</sup> med avseende på våld i arbetslivet. Dessa omfattar såväl fysiskt som psykologiskt och genusbaserat våld. Konventionen innehåller tydliga skrivelser med avseende på medlemsländernas skyldigheter att förebygga våld i arbetslivet och skydda anställda från att bli utsatta. Våld och trakasserier kan utgöra kränkningar mot mänskliga rättigheter och hot mot jämlika möjligheter samt påverkar individers hälsa. Exponeringen omfattar även våld i arbetslivet som sker under resor till och från arbetsplatsen, lunch- och rastplatser och platser för övernattnig.

Med bakgrund av detta är det angeläget att inom hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn ytterligare utveckla sina rutiner för riskbedömning, incidentrapportering

och uppföljning vid enstaka eller upprepade incidenser av våld. I Arbetsmiljöverkets föreskrift om Organisatorisk och social arbetsmiljö riktad till arbetstagare (AFS 2015:4) finns riktlinjer kring hur arbetsgivare förväntas förebygga organisatoriska och sociala exponeringar i arbetsmiljön.<sup>109,110</sup> Riskbedömning med avseende på fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld bör vara en viktig del av det systematiska arbetsmiljöarbetet, särskilt inom verksamheter som hälso- och sjukvård, socialt arbete och utbildningssektorn där dessa psykosociala exponeringar är höga. Arbetsplatsens skyddsombud kan vara ett gott stöd i detta arbete. Löpande inventering vid till exempel arbetsplatsträffar av vilka våldssituationer som förekommer på arbetsplatsen kan underlätta för arbetsgivaren att samla kunskap och möta de utmaningar på området som organisationen har. Arbetsgivaren behöver kunna identifiera särskilt riskfyllda situationer och individer som kan vara särskilt sårbara. Till exempel behöver lokaler inom verksamheter där våld från klienter, patienter och elever är vanligt förekommande anpassas för arbetsmiljörisken och larm som fungerar ändamålsenligt behöver finnas på plats.<sup>17</sup>

Inom ramen för föreliggande rapport har forskningen om hur man bäst förebygger våld inte utvärderats. HR-avdelningar och företagshälsovård bör dock kunna ha en nyckelroll för att höja kompetensen om konsekvenser av våld i arbetslivet och om hur arbetsplatser kan arbeta förebyggande med dessa risker. HR-avdelningar och företagshälsovårdsenheter har också en roll att fylla vad gäller att erbjuda utbildning, stöd eller behandling för individer som har drabbats av fysiskt, psykologiskt eller genusbaserat våld i arbetslivet.

Chefer bör inte bara utveckla och tydligt kommunicera arbetsplatsens rutiner vad gäller fysiskt, psykologiskt och genusbaserat våld utan även utveckla ett socialt klimat på arbetsplatsen/i arbetsgruppen som underlättar för medarbetare att vilja och våga berätta om utsatthet för våld.<sup>17</sup> I organisationer där våld är

vanligt förekommande är det viktigt att arbetsgivare, chefer och arbetsledare tydligt visar att organisationen tar ansvar för situationen och lyfter ansvar, skuld eller skam från den utsatta individen. Man behöver kunna diskutera risker och förekomst av våld öppet som ett organisatoriskt problem, inte ett individuellt.



# Referenser

1. International Labour Conference. *Convention 190. Convention concerning the elimination of violence and harassment in the world of work*. Geneva; 2019.
2. International Labour Conference. *Recommendation 206. Recommendation concerning the elimination of violence and harassment in the world of work*. Geneva; 2019.
3. Guay S, Goncalves J, Jarvis J. A systematic review of exposure to physical violence across occupational domains according to victims' sex. *Aggression and violent behavior* 2015; 25: 133-41.
4. Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RGJ. Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and violent behavior* 2008; 13: 431-41.
5. Piquero NL, Piquero AR, Craig JM, Clipper SJ. Assessing research on workplace violence, 2000-2012. *Aggression and violent behavior* 2013; 18: 383-94.
6. Göransson S, Knight R, Guthenberg J, Sverke M. *Hot och våld i skolan – en enkätstudie bland lärare och elever*. Rapport 2011:15. Stockholm; 2011.
7. Cerdas S, Harenstam A, Johansson G, Nyberg A. Development of job demands, decision authority and social support in industries with different gender composition – Sweden, 1991-2013. *BMC Public Health* 2019; 19: 758.
8. Försäkringskassan. *Sjukfrånvaro i psyiska diagnoser. En studie av Sveriges befolkning 16-64 år*. Stockholm: Socialförsäkringsrapport 2014:4; 2014.
9. Nielsen MB, Einarsen S. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggression and violent behavior* 2018; 42: 71-83.
10. Fitzgerald LF, Swan S, Magley V. But was it really sexual harassment? Legal, behavioral and psychological definitions of the workplace victimization of women. In: O'Donohue W, editor. *Sexual Harassment: Theory, Research and Treatment*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1997.
11. McDonald P. Workplace sexual harassment 30 years on: A review of the literature. *International journal of management reviews* 2012; 14: 1-17.
12. Lanctot N, Guay S. The aftermath of workplace violence among healthcare workers: A systematic review of the consequences. *Aggression and violent behavior* 2014; 19: 492-501.
13. Nyberg A, Kecklund G, Hanson LM, et al. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occupational and Environmental Medicine* Published Online First: 15 May 2020. doi: 10.1136/oemed-2020-106450
14. Härenstam A, Group MR. Different development trends in working life and increasing occupational illness requires new working environment strategies. *Work: A Journal of Prevention, Assessment and Rehabilitation* 2005; 24: 261-77.
15. Härenstam A, Westberg H, Karlqvist L, et al. Hur kan könsskillnader i arbets- och livsvillkor förstås? Metodologiska och strategiska aspekter samt sammanfattning av MOA-projektets resultat ur ett könsperspektiv. *Arbete och hälsa* 2000; 15.
16. Hogh A, Viitasara E. A systematic review of longitudinal studies of nonfatal workplace violence. *European journal of work and organizational psychology* 2005; 14: 291-313.
17. Arbetsmiljöverket. *Projekt rapport "Socialsekreterares arbetsmiljö"*. Stockholm; 2018.

18. Rask L, Jondell Assbring M, Mörtlund T. *Attityder till skolan 2018. Rapport 479 2019*. Stockholm; 2019.
19. Arbetsmiljöverket. *Arbetsmiljön 2015. Rapport 2016:2*. Stockholm: Arbetsmiljöverket; 2016.
20. Pompeii L, Dement J, Schoenfisch A, et al. Perpetrator, worker and workplace characteristics associated with patient and visitor perpetrated violence (Type II) on hospital workers: a review of the literature and existing occupational injury data. *J Safety Res* 2013; 44: 57-64.
21. Liu J, Gan Y, Jiang H, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* 2019; 76: 927-37.
22. Steffgen G. Physical violence in the workplace: Consequences on health and measures of prevention. *Revue européenne de psychologie appliquée* 2008; 58: 285-95.
23. Göransson S, Näswall K, Sverke M. *Psykologiska perspektiv på hot och våld i arbetslivet. Rapport 2011:7*. Stockholm; 2011.
24. Verkuil B, Atasayi S, Molendijk ML. Workplace Bullying and Mental Health: A Meta-Analysis on Cross-Sectional and Longitudinal Data. *PLoS One* 2015; 10: e0135225.
25. Guay S, Goncalves J, Jarvis J. Verbal violence in the workplace according to victims' sex – A systematic review of the literature. *Aggression and violent behavior* 2014; 19: 572-8.
26. Wilson JL. An exploration of bullying behaviours in nursing: a review of the literature. *Br J Nurs* 2016; 25: 303-6.
27. Jafai K, Gorju MA, Heydari J, Jannati Y, Ahmed S. Violence and its variants in nurses: A review article. *Journal of nursing and midwifery sciences* 2015; 2: 61-9.
28. Vessey JA, Demarco R, DiFazio R. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce: the state of the science. *Annu Rev Nurs Res* 2010; 28: 133-57.
29. Samsudin EZ, Isahak M, Rampal S. The prevalence, risk factors and outcomes of workplace bullying among junior doctors: a systematic review. *European journal of work and organizational psychology* 2018; 27: 700-18.
30. Nelsen AJ, Johnson RS, Ostermeyer B, Sikes KA, Coverdale JH. The Prevalence of Physicians Who Have Been Stalked: A Systematic Review. *J Am Acad Psychiatry Law* 2015; 43: 177-82.
31. Taylor JL, Rew L. A systematic review of the literature: workplace violence in the emergency department. *J Clin Nurs* 2011; 20: 1072-85.
32. Nikathil S, Olaussen A, Gocentas RA, Symons E, Mitra B. Review article: Workplace violence in the emergency department: A systematic review and meta analysis. *Emerg Med Australas* 2017; 29: 265-75.
33. Konttila J, Pesonen HM, Kyngas H. Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *Int J Ment Health Nurs* 2018; 27: 1592-605.
34. Scott A, Ryan A, James I, Mitchell EA. Perceptions and implications of violence from care home residents with dementia: a review and commentary. *Int J Older People Nurs* 2011; 6: 110-22.
35. Topa Cantisano G, Moralea Dominguez JF, Depolo M. Perceived sexual harassment at work: meta-analysis and structural model of antecedents and consequences. *The Spanish journal of psychology* 2008; 11: 207-18.
36. Knight R, Göransson S, Sverke M. *Psykologiska perspektiv på hot och våld i skolan – ur ett jämställdhetsperspektiv. Rapport 2011:9*. Stockholm; 2011.
37. Rugulies R, Christensen K, Borritz M, Villadsen E, Bultmann U, Kristensen T. The contribution of the psychosocial work environment to sickness absence in human service workers: Results of a 3-year follow-up study. *Work & Stress* 2007; 21: 393-11.

38. Aagestad C, Tyssen R, Johannessen HA, Gravseth HM, Tynes T, Sterud T. Psychosocial and organizational risk factors for doctor-certified sick leave: a prospective study of female health and social workers in Norway. *BMC Public Health* 2014; 14: 1016.
39. Pihl-Thingvad J, Andersen LL, Brandt LPA, Elklit A. Are frequency and severity of workplace violence etiologic factors of posttraumatic stress disorder? A 1-year prospective study of 1,763 social educators. *J Occup Health Psychol* 2019.
40. Pihl-Thingvad J, Elklit A, Brandt LPA, Andersen LL. Workplace violence and development of burnout symptoms: a prospective cohort study on 1823 social educators. *Int Arch Occup Environ Health* 2019; 92: 843-53.
41. Kind N, Eckert A, Steinlin C, Fegert JM, Schmid M. Verbal and physical client aggression – A longitudinal analysis of professional caregivers’ psychophysiological stress response and burnout. *Psychoneuroendocrinology* 2018; 94: 11-6.
42. Menckel E, Viitasara E. Threats and violence in Swedish care and welfare--magnitude of the problem and impact on municipal personnel. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 376-85.
43. Xu T, Magnusson Hanson LL, Lange T, et al. Workplace bullying and workplace violence as risk factors for cardiovascular disease: a multi-cohort study. *Eur Heart J* 2019; 40: 1124-34.
44. Xu T, Magnusson Hanson LL, Lange T, et al. Workplace bullying and violence as risk factors for type 2 diabetes: a multicohort study and meta-analysis. *Diabetologia* 2018; 61: 75-83.
45. Henning MA, Zhou C, Adams P, et al. Workplace harassment among staff in higher education: a systematic review. *Asia pacific educ rev* 2017; 18: 521-39.
46. Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace bullying. A meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2010; 83: 955-79.
47. Einarsen S, Skogstad A. Bullying at work: Epidemiological findings in public and private organisations. *European journal of work and organizational psychology* 1996; 5: 185-201.
48. Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of workplace bullying: A meta-analytic review. *Work & Stress* 2012; 26: 309-32.
49. Nielsen MB, Tangen T, Idsoe T, Matthiesen SB, Mageroy N. Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta-analysis. *Aggression and violent behavior* 2015; 21: 17-24.
50. Kivimaki M, Virtanen M, Vartia M, Elovaino M, Vahtera J, Keltikangas-Jarvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. *Occupational and environmental medicine* 2003; 60: 779-83.
51. Rugulies R, Madsen IEH, Hjarsbech PU, et al. Bullying at work and onset of a major depressive episode among Danish female eldercare workers. *Scandinavian journal of work, environment & health* 2012; 38: 218-27.
52. Nielsen MB, Einarsen S, Notelaers G, Nielsen GH. Does exposure to bullying behaviors at the workplace contribute to later suicidal ideation? A three-wave longitudinal study. *Scand J Work Environ Health* 2016; 42: 246-50.
53. Nielsen MB, Nielsen GH, Notelaers G, Einarsen S. Workplace Bullying and Suicidal Ideation: A 3-Wave Longitudinal Norwegian Study. *Am J Public Health* 2015; 105: e23-8.
54. Hansen AM, Høgh A, Garde AH, Persson R. Workplace bullying and sleep difficulties: a 2-year follow-up study. *Int Arch Occup Environ Health* 2014; 87: 285-94.
55. Ortega A, Christensen KB, Høgh A, Rugulies R, Borg V. One-year prospective study on the effect of workplace bullying on long-term sickness absence. *Journal of nursing management* 2011; 19: 752-9.
56. Suadicani P, Olesen K, Bonde JP, Gyntelberg F. Psychosocial work conditions associated with sickness absence among hospital employees. *Occup Med (Lond)* 2014; 64: 503-8.



57. Berthelsen M, Skogstad A, Lau B, Einarsen S. Do they stay or do they go? A longitudinal study of intentions to leave and exclusion from working life among targets of workplace bullying. *International journal of manpower* 2011; 32: 178-93.
58. Harvey SB, Modini M, Joyce S, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med* 2017; 74: 301-10.
59. Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: a systematic review. *Occup Environ Med* 2017; 74: 72-9.
60. Zapf D, Einarsen S. Individual antecedents of bullying: Victims and perpetrators. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL, editors. *Bullying and harassment in the workplace*. Boca Raton: CRC Press; 2011. p. 177-200.
61. McCrae RR, Costa PT, Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52: 81-90.
62. Nielsen MB, Glaso L, Einarsen S. Exposure to workplace harassment and the five factor model of personality: a meta-analysis. *Personality and individual differences* 2017; 104: 195-206.
63. Nielsen MB, Knardahl S. Is workplace bullying related to the personality traits of victims? A two year prospective study. *Work & Stress* 2015; 29: 128-49.
64. Podsiadly A, Gamian-Wilk M. Personality traits as predictors or outcomes of being exposed to bullying in the workplace. *Personality and individual differences* 2016; 115: 43-9.
65. Van den Brande W, Baillien E, De Witte H, Vander Elst T, Godderis L. The role of work stressors, coping strategies and coping resources in the process of workplace bullying: A systematic review and development of a comprehensive model. *Aggression and violent behavior* 2016; 29: 61-71.
66. Friborg MK, Hansen JV, Aldrich PT, et al. Workplace sexual harassment and depressive symptoms: a cross-sectional multilevel analysis comparing harassment from clients or customers to harassment from other employees amongst 7603 Danish employees from 1041 organizations. *BMC Public Health* 2017; 17: 675.
67. Nielsen MBD, Kjaer S, Aldrich PT, et al. Sexual harassment in care work – Dilemmas and consequences: A qualitative investigation. *Int J Nurs Stud* 2017; 70: 122-30.
68. Campbell Quick J, McFadyen MA. Sexual harassment: Have we made any progress? *J Occup Health Psychol* 2017; 22: 286-98.
69. Muhonen T. Exploring gender harassment among university teachers and researchers. *Journal of Applied Research in Higher Education* 2015; 8: 131-42.
70. Bergman B. The validation of the women workplace culture questionnaire: gender-related stress and health for Swedish working women. *Sex roles* 2003; 49: 287-97.
71. Bondstam F, Lundqvist M. *Sexual harassment in academia. An international research review*. Stockholm 2018.
72. Berdahl JL. Harassment based on sex: Protecting social status in the context of gender hierarchy. *Academy of Management Review* 2007; 32: 641-58.
73. Willness CR, Steel P, Lee K. A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. *Personnel Psychology* 2007; 60: 127-62.
74. Nielsen MB, Einarsen S. Prospective relationships between workplace sexual harassment and psychological distress. *Occup Med (Lond)* 2012; 62: 226-8.
75. Thurston RC, Chang Y, Matthews KA, von Kanel R, Koenen K. Association of Sexual Harassment and Sexual Assault With Midlife Women's Mental and Physical Health. *JAMA Intern Med* 2019; 179: 48-53.

76. Lim S, Cortina LM. Interpersonal mistreatment in the workplace: the interface and impact of general incivility and sexual harassment. *J Appl Psychol* 2005; 90: 483-96.
77. Fitzgerald LF, Drasgow F, Hulin CL, Gelfand MJ, Magley VJ. Antecedents and consequences of sexual harassment in organizations: a test of an integrated model. *J Appl Psychol* 1997; 82: 578-89.
78. Bildt C. Sexual harassment: relation to other forms of discrimination and to health among women and men. *Work* 2005; 24: 251-9.
79. Eriksen W, Bjorvatn B, Bruusgaard D, Knardahl S. Work factors as predictors of poor sleep in nurses' aides. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2008; 81: 301-10.
80. Eriksen W, Tambs K, Knardahl S. Work factors and psychological distress in nurses' aides: a prospective cohort study. *BMC public health* 2006; 6: 290.
81. Gluschkoff K, Elovainio M, Hintsala T, et al. Organisational justice protects against the negative effect of workplace violence on teachers' sleep: a longitudinal cohort study. *Occupational and environmental medicine* 2017; 74: 511-6.
82. Magnavita N. The exploding spark: workplace violence in an infectious disease hospital – a longitudinal study. *BioMed research international* 2013; 2013: 316358.
83. Sundin L, Hochwalder J, Lisspers J. A longitudinal examination of generic and occupational specific job demands, and work-related social support associated with burnout among nurses in Sweden. *Work (Reading, Mass)* 2011; 38: 389-400.
84. Dement JM, Lipscomb HJ, Schoenfisch AL, Pompeii LA. Impact of hospital type II violent events: use of psychotropic drugs and mental health services. *American journal of industrial medicine* 2014; 57: 627-39.
85. Clausen T, Høgh A, Borg V. Acts of offensive behaviour and risk of long-term sickness absence in the Danish elder-care services: a prospective analysis of register-based outcomes. *Int Arch Occup Environ Health* 2012; 85: 381-7.
86. Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, van der Heijden BIJM, Hasselhorn H-M. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *International journal of nursing studies* 2008; 45: 35-50.
87. Miranda H, Punnett L, Gore RJ, ProCare Research Team. Musculoskeletal Pain and Reported Workplace Assault: A Prospective Study of Clinical Staff in Nursing Homes. *Human Factors* 2014; 56: 215-27.
88. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of nursing management* 2015; 23: 346-58.
89. Loerbroks A, Weigl M, Li J, Glaser J, Degen C, Angerer P. Workplace bullying and depressive symptoms: a prospective study among junior physicians in Germany. *Journal of psychosomatic research* 2015; 78: 168-72.
90. Reknæs I, Pallesen S, Mageroy N, Moen BE, Bjorvatn B, Einarsen S. Exposure to bullying behaviors as a predictor of mental health problems among Norwegian nurses: results from the prospective SUSHH-survey. *International journal of nursing studies* 2014; 51: 479-87.
91. Vedaa O, Krossbakken E, Grimsrud ID, et al. Prospective study of predictors and consequences of insomnia: personality, lifestyle, mental health, and work-related stressors. *Sleep medicine* 2016; 20: 51-8.
92. Trepanier SG, Fernet C, Austin S. A longitudinal investigation of workplace bullying, basic need satisfaction, and employee functioning. *J Occup Health Psychol* 2015; 20: 105-16.
93. Clausen T, Høgh A, Carneiro IG, Borg V. Does psychological well-being mediate the association between experiences of acts of offensive behaviour and turnover among care workers? A longitudinal analysis. *Journal of advanced nursing* 2013; 69: 1301-13.
94. Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Workplace bullying and sickness absence in hospital staff. *Occupational and environmental medicine* 2000; 57: 656-60.

95. Roelen CAM, van Hoffen MFA, Waage S, et al. Psychosocial work environment and mental health-related long-term sickness absence among nurses. *Int Arch Occup Environ Health* 2018; 91: 195-203.
96. Kivimäki M, Leino-Arjas P, Virtanen M, et al. Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia prospective cohort study. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57: 417-22.
97. Trepanier SG, Fernet C, Austin S. Longitudinal relationships between workplace bullying, basic psychological needs, and employee functioning: a simultaneous investigation of psychological need satisfaction and frustration. *European Journal of Work and Organizational Psychology* 2016; 25: 690-706.
98. de Looft P, Didden R, Embregts P, Nijman H. Burnout symptoms in forensic mental health nurses: Results from a longitudinal study. *Int J Ment Health Nurs* 2019; 28: 306-17.
99. Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovascular disease. *Nat Rev Cardiol* 2018; 15: 215-29.
100. Vartia MA. Consequences of workplace bullying with respect to the well-being of its targets and the observers of bullying. *Scand J Work Environ Health* 2001; 27: 63-9.
101. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer 1984.
102. Torres S, Nowson C. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition* 2007; 23: 887-94.
103. Rospenda KM, Fujishiro K, Shannon CA, Richman JA. Workplace harassment, stress, and drinking behavior over time: gender differences in a national sample. *Addict Behav* 2008; 33: 964-7.
104. McFarlin S, Fals-Stewart W, Major D, Justice E. Alcohol use and workplace aggression: an examination of perpetration and victimization. *J Subst Abuse* 2001; 13: 303-21.
105. Schablon A, Zeh A, Wendeler D, et al. Frequency and consequences of violence and aggression towards employees in the German healthcare and welfare system: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2012; 2.
106. Balducci C, Fraccaroli F, Schaufeli WB. Workplace bullying and its relation with work characteristics, personality, and post-traumatic stress symptoms: an integrated model. *Anxiety Stress Coping* 2011; 24: 499-513.
107. Di Martino V, Hoel H, Cooper C. *Preventing violence and harassment in the workplace*. Luxembourg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2003.
108. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire – Revised. *Work & Stress* 2009; 23: 24-44.
109. Arbetsmiljöverket. *Organisatorisk och social arbetsmiljö*. AFS 2015:4. Stockholm; 2015.
110. Arbetsmiljöverket. *Den organisatoriska och sociala arbetsmiljön – viktiga pusselbitar i en god arbetsmiljö. Vägledning till Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö*, AFS 2015:4. Stockholm; 2016.

# Bilaga 1. Komplettering av information om metod för systematisk genomgång av litteraturen

## SÖKSTRATEGI

Medline	
<p><b>Interface:</b> Ovid</p> <p><b>Comment:</b> In Ovid, two or more words are automatically searched as phrases; i.e. no quotation marks are needed</p>	<p><b>Field labels</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- exp/ = exploded MeSH term</li> <li>- / = non exploded MeSH term</li> <li>- .ti,ab,kf. = title, abstract and author keywords</li> <li>- adjx = within x words, regardless of order</li> <li>- * = truncation of word for alternate endings</li> </ul>
<p>1. exp Administrative Personnel/ or exp Educational Personnel/ or exp Health Personnel/ or Social Workers/</p>	
<p>2. ((staff* or personnel* or employe* or profession* or practitioner* or provider* or technician* or worker*) adj3 (administrative or dental or emergenc* or education* or health* or hospital* or medical or nursing or paramedic* or school*)) .ti,ab,kf.</p>	
<p>3. (audiologist* or clinician* or dentist* or dietician* or doula* or doctor* or health auxiliar* or health secretar* or midwife or midwives or nurse* or nutritionist* or occupational therapist* or optometrist* or pharmacist* or physician* or physical therapist* or psychologist* or school auxiliar* or school administrator* or school secretar* or social welfare worker* or social worker* or teacher*) .ti,ab,kf.</p>	
<p>4. or/1-3</p>	
<p>5. exp Aggression/ or Exposure to Violence/ or exp Harassment, Non-Sexual/ or Physical Abuse/ or Sexual Harassment/ or Sex Offenses/ or Violence/ or Workplace Violence/</p>	
<p>6. ((brother* or clinician* or colleague* or employe* or family or families or father* or health care or healthcare or hospital* or inpatient* or manager* or mother* or next of kin or occupation* or parent* or patient* or personnel* or practitioner* or pupil* or relative* or outpatient* or school* or sibling* or sister* or staff* or student* or supervisor*) adj4 (abusive or aggression or aggressive behavior* or aggressive behaviour* or aggressive event* or assault* or bully* or harass* or harrass* or menace* or mobbing or physical* threat* or verbal* abuse* or verbal* threat* or violence* or violent)) .ti,ab,kf.</p>	
<p>7. (((behavior or behaviour or emotional or non-violent or non-violence or physical* or psychological or social* or supervision*) adj3 (abus* or aggression* or exclusion* or maladaptive* or terror or tormenting or undermining)) and work*) .ti,ab,kf.</p>	
<p>8. ((horizontal* or interpersonal* or lateral* or work*) adj4 (acts of intimidation* or abus* or aggress* or assault* or bully* or deviance* or harm or harass* or harrass* or hostilit* or humiliation* or incivilit* or menace* or mistreatment* or ostracism or mobbing or petty tyrann* or scapegoating or threat* or unwanted sexual advance* or unwanted sexual attention* or victim* or violence or violent)) .ti,ab,kf.</p>	

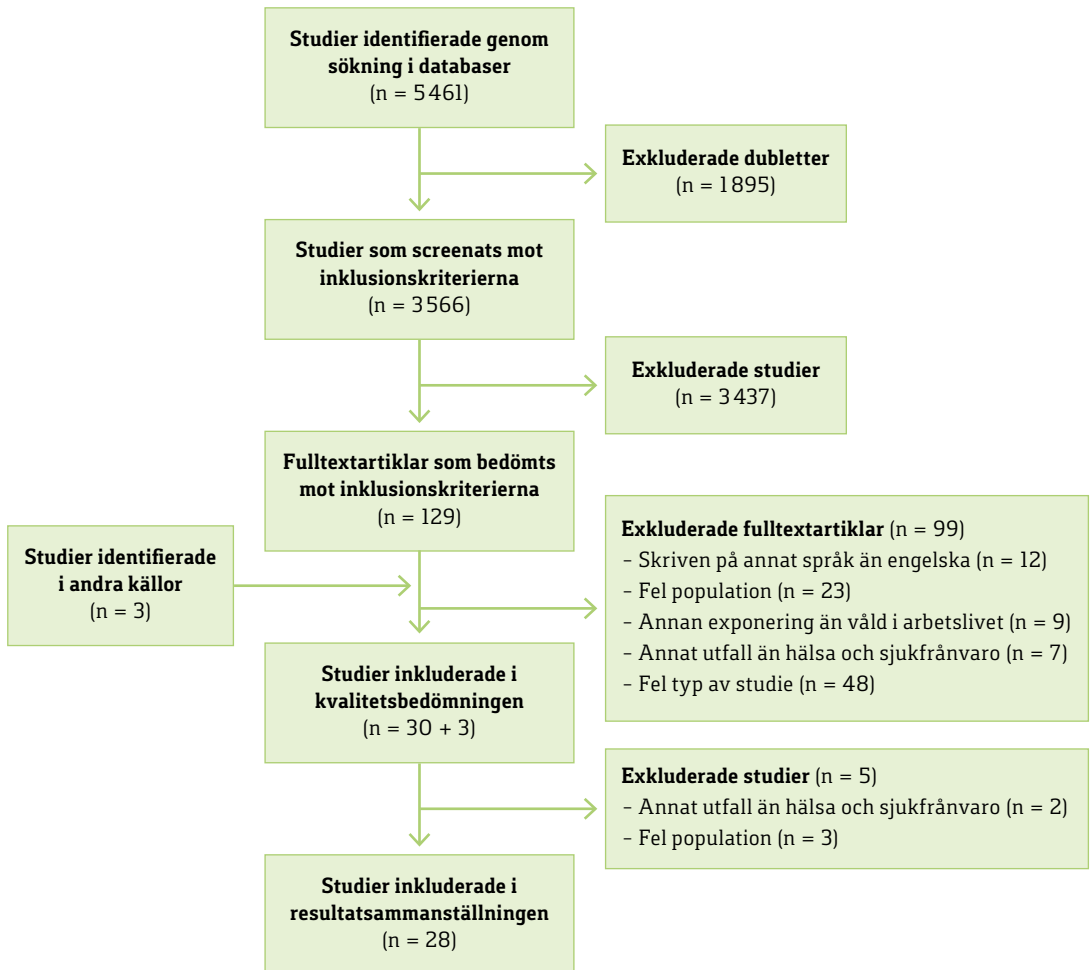
## Medline

9. ((derailed or destructive\* or Machiavellian\* or toxic\* or tyrannical\*) adj3 leader\*).ti,ab,kf.
10. or/5-9
11. 4 and 10
12. exp Cohort Studies/
13. (cohort\* or follow up stud\* or incidence stud\* or longitudinal\* or prospective\* or retrospective\*).ti,ab,kf.
14. or/12-13
15. 11 and 14
16. Systematic review.pt.
17. (systematic review or systematic literature review or systematic scoping review or systematic narrative review or systematic qualitative review or systematic evidence review or systematic quantitative review or systematic meta-review or systematic critical review or systematic mixed studies review or systematic mapping review or systematic cochrane review or "systematic search and review" or systematic integrative review).ti,ab,kf.
19. or/16-17
20. 11 and 19
21. 15 or 20 limit to yr=1990-Current

### **Inklusionskriterier för urval av studier för syfte 2 och 3:**

1. Språk: engelska
2. Population: anställda inom hälso- och sjukvård, socialt arbete eller utbildningssektorn
3. Exponering: våld i arbetslivet
4. Utfall: hälsa eller sjukfrånvaro
5. Typ av studie: prospektiv eller longitudinell studie med åtminstone 30 exponerade individer *eller* systematisk översikt inklusive tvärsnittsstudier

Figur 1. Flödesschema över urval av prospektiva eller longitudinella studier



**Kvalitetsgranskning av prospektiva eller longitudinella studier (högre angiven poäng indikerar högre grad av osäkerhet):**

1. Var urvalet representativt för den studerade populationen? (poäng 1-4)
2. Kan vi lita på exponeringsmättet? (poäng 1-4)
3. Kan vi lita på att det studerade utfallet inte förelåg redan vid studiens början? (poäng 1-4)
4. Har alla relevanta störfaktorer (confounders) kontrollerats för i de statistiska analyserna? (poäng 1-4)
5. Har störfaktorer (confounders) mätts på ett tillförlitligt sätt? (poäng 1-4)
6. Kan vi lita på utfallsmättet? (poäng 1-4)
7. Var uppföljningen av kohorten adekvat? (poäng 1-4)
8. Användes adekvata statistiska analysmetoder? (poäng 1-4)



[www.forte.se](http://www.forte.se)