



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Undersköterskors uppfattningar av distriktssköterskans stöd i situationer med hot och våld på särskilt boende

- en kvalitativ studie

Författare: Emma Nyblom & Marie Blomster Petersson

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

November 2013

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Avdelningen för omvårdnad
Box 157, 221 00 LUND

Undersköterskors uppfattningar av distriktssköterskans stöd i situationer med hot och våld på särskilt boende

- en kvalitativ studie

Författare: Emma Nyblom & Marie Blomster Petersson

Handledare: Helena Rosén

Magisteruppsats

November 2013

Abstrakt

Våld mot vårdare har blivit ett alltmer uppmärksammat problem inom hälso- och sjukvården. Fokus i tidigare forskning har framför allt varit kontakten mellan vårdare-patient. Syftet med studien var att beskriva variationer i undersköterskors uppfattningar av distriktssköterskans stöd i situationer där det förekommer hot och våld på särskilt boende i en kommun som erbjuder blandat boende för personer med demenssjukdom. En kvalitativ metod med inspiration från fenomenografisk ansats användes. Data från 10 semistrukturerade intervjuer med undersköterskor analyserades och utmynnade i tre beskrivningskategorier: *Stöd genom att finnas på plats*, *Stöd genom telefonkontakt* samt *Brist på stöd*. Sjuksköterskans stöd var mer bristfälligt kvällstid, nattetid samt helgtid, vilket är anmärkningsvärt då nattarbete och obekväma arbetstid innebär en ökad risk att utsättas för hot och våld.

Nyckelord

Distriktssköterska, sjuksköterska, undersköterska, hot och våld, stöd, särskilt boende, demens

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Innehållsförteckning | 1 |
| Problembeskrivning | 2 |
| Bakgrund | 3 |
| Särskilt boende | 3 |
| Sjuksköterskans och undersköterskans roll och ansvar på särskilt boende | 3 |
| Hot och våld inom äldreomsorgen | 4 |
| Vård i samband med hot och våld | 5 |
| Stöd | 6 |
| Syfte | 7 |
| Metod | 8 |
| Urval av undersökningsgrupp | 8 |
| Forskningstradition och valt undersökningsinstrument | 8 |
| Genomförande av datainsamling | 10 |
| Genomförande av databearbetning | 11 |
| Etisk avvägning | 12 |
| Resultat | 14 |
| Stöd genom att finnas på plats | 15 |
| Närvaro ger ökade reflektionsmöjligheter | 15 |
| Kunskap ger trygghet | 15 |
| Deltagande i omvårdnadssituationer | 16 |
| Stöd genom telefonkontakt | 16 |
| Reflektionsmöjligheter | 16 |
| Delge sjuksköterskan läget | 17 |
| Brist på stöd | 17 |
| Frånvaro | 17 |
| Negativt bemötande | 18 |
| Diskussion | 19 |
| Diskussion av vald metod | 19 |
| Diskussion av framtaget resultat | 23 |
| Referenser | 28 |
| Bilaga 1 | 32 |
| Bilaga 2 | 33 |
| Bilaga 3 | 36 |
| Bilaga 4 | 39 |

Problembeskrivning

Våld mot vårdare har blivit ett alltmer uppmärksammat problem inom svensk hälso- och sjukvård, och inom äldreomsorgen är en stor del av vårdarna utsatta för våld (Isaksson, 2010). Forskning har beskrivit hur hälso- och sjukvårdspersonal upplever att arbeta i våldsamma situationer. I en studie av Åström, Karlsson, Sandvide, Bucht, Eisemann, Norberg och Saveman (2004) rapporterades ilska och förvåning över den våldsamma situationen samt motvilja över vårdtagaren. Även känslan av att bli kränkt, maktlöshet, otillräcklighet, rädsla och uppgivenhet beskrevs. Endast ett fåtal ställde sig likgiltiga till situationen. Skuld känslor var ovanliga, men rapporterades. Fokus i tidigare forskning har framför allt varit kontakten mellan vårdare-patient och inte relationen vårdare-vårdare.

Aggressionsproblematik förekommer bland annat hos personer med demenssjukdom. National Institute for health and clinical excellence, NICE (2011) har beskrivit beteenden som upplevs som en utmaning för de som vårdar patienter med demenssjukdom. Beteenden som beskrivits är hallucinationer, vanföreställningar, ångest, agitation och aggressivitet. Enligt Socialdepartementet (2003) beräknades det år 2010 finnas ca 150 000 personer med demenssjukdom i Sverige, och antalet har beräknats öka till över 200 000 personer år 2030. På grund av att människor lever allt längre ökar antalet personer med demenssjukdom över hela världen (SBU-rapport, 2006). Enligt Socialdepartementet (Ds 2003:47) beräknas 50-80 % av de personer som bor på särskilt boende ha en demenssjukdom.

Skribenterna till föreliggande studie har under sin yrkesverksamhet som sjuksköterskor erfarenhet av samspel med vårdpersonal i situationer med hot och våld, och i sådana situationer emellanåt känt att sjuksköterskan har begränsade medel för att hantera allvarliga situationer med hot och våld, samtidigt som sjuksköterskan förväntas ha en stödjande funktion till vårdpersonalen på avdelningen. Enligt skribenternas kännedom saknas forskning kring undersköterskors erfarenheter av distriktssköterskans stödjande funktion i situationer med hot och våld. Samtidigt kommer antalet personer med demenssjukdom att öka i takt med att medellivslängden blir allt högre, vilket kan leda till ökad problematik med hot och våld att ta itu med för hälso- och sjukvårdspersonal inom äldreomsorgen. Det är med anledning av ovanstående som föreliggande studie genomförts.

Studien har genomförts av studenter på avancerad nivå som genomgår utbildning för distriktssköterskeexamen. Vi har i föreliggande uppsats valt att benämna oss själva som skribenter. Begreppen deltagare, informant samt respondent har använts som beteckning på de personer som ingått i studien och bruket av begreppen har varierats för att inte tråka ut läsaren. Vad gäller användningen av begreppen sjuksköterska och distriktssköterska har skribenterna valt att i titeln sätta fokus på distriktssköterskan då det är en profession som är specifikt utformad för arbete inom kommunal hälso-och sjukvård, medan i löpande text framför allt beteckningen sjuksköterska används med anledning av att inte alla yrkesverksamma sjuksköterskor i kommunal hälso- och sjukvård kan titulera sig distriktssköterskor.

Skribenterna vill även informera om att studien under arbetets gång bytt titel, vilket resulterat i att titeln som presenteras i bilagorna inte stämmer överens med studiens slutgiltiga titel.

Bakgrund

Särskilt boende

Med särskilda boendeformer avses individuellt behovsprövat boende med särskild service som kommunerna enligt Socialtjänstlagen skall inrätta (Socialstyrelsen, 2009a, 5 kap. 7§). Enligt Socialstyrelsen (2010) bodde det år 2007 ca 61 000 personer med demenssjukdom i särskilt boende för äldre i Sverige. Av dem bodde ca 30 % i gruppboende för personer med demenssjukdom med högst tio boende per avdelning. Socialstyrelsen menar att det kan innebära förbättrad livskvalitet för personer med demenssjukdom att bo i ett särskilt boende som är specifikt anpassat för deras behov. Med förbättrad livskvalitet avses här förbättrad kommunikation, ökad samvaro och förbättrad självständighet för personer med svår till måttlig demenssjukdom. Enligt rekommendationer ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer (Socialstyrelsen, 2012) bör socialtjänsten erbjuda ett småskaligt särskilt boende som är specifikt anpassat för personer med demenssjukdom. Med blandat boende avses ett särskilt boende där personer med demenssjukdom bor tillsammans med andra äldre (Socialstyrelsen, 2010).

Sjuksköterskans och undersköterskans roll och ansvar på särskilt boende

Sjuksköterskeyrket utgör en profession där omvårdnad är sjuksköterskans ansvarsområde och specialitet (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). Det innebär att det både finns en

vetenskaplig grund samt ett patientnära arbete. Josefsson och Ljung (2010) beskriver att sjuksköterskan i den kommunala hälso- och sjukvården har ett brett ansvarsområde. De grundläggande arbetsuppgifterna är att bedöma och besluta om insatser, sätta mål, planera, utföra, delegera och leda insatser samt att samverka med patienter, närstående, vårdpersonal och andra yrkeskategorier såsom sjukgymnaster, biståndsbedömare och enhetschefer. Det poängteras även att sjuksköterskan måste vara nära sin verksamhet och vara en i teamet för att skapa trygghet hos såväl patienterna som hos vårdare och närstående. Sjuksköterskan på det särskilda boendet har en pedagogisk roll gentemot vårdpersonal och har i uppgift att stödja, utbilda och utveckla vårdpersonalen i sin yrkesroll och därigenom säkra patientsäkerheten i personalgruppen.

Enligt SOSFS 1997:14 erhåller sjuksköterskan i och med sjuksköterskelegitimationen en formell kompetens. Sjuksköterskan får därmed överlåta arbetsuppgifter till någon annan om en god och säker vård bibehålls. Medicinska uppgifter samt omsorg utförs i stor utsträckning av undersköterskor och vårdbiträden, vilka saknar formell kompetens för medicinska arbetsuppgifter. En sjuksköterska, som genom sitt yrke besitter formell kompetens, kan delegera sådana uppgifter till en undersköterska eller ett vårdbiträde om sjuksköterskan förvissat sig om att den personen har reell kompetens att utföra uppgiften. Med reell kompetens innebär det att en person genom erfarenhet eller fortbildning har lärt sig utföra uppgiften.

Undersköterskor och vårdbiträden utför ofta den grundläggande vården på särskilt boende och det är avgörande för en god vård att sjuksköterskan leder den patientnära omvårdnaden genom att till exempel informera övrig personal om vilken vård patienten ska ha (Josefsson & Ljung, 2010). Omvänt gäller också att den övriga personalens kunskap om patienten blir en viktig informationskälla för sjuksköterskan, som då i viss mån blir beroende av att eventuella förändringar i patientens hälsotillstånd rapporteras till hen.

Hot och våld inom äldreomsorgen

Isaksson (2010) menar att det allt oftare förekommer hot och våld i kommunal hälso- och sjukvård. Han beskriver att våld brukar delas in i tre olika grupper, nämligen fysiskt, verbalt och sexuellt våld. Fysiskt våld handlar om exempelvis nyp, slag och sparkar. Verbalt våld kan omfatta skrik, svordomar och verbala utbrott. Sexuellt våld inbegriper användande av anstötligt sexuellt språk och skamliga sexuella förslag. Flera faktorer, såsom vårdtagares

kognitiva status, förmåga att tolka sinnesintryck och kommunicera, fysiska status samt personlighet har konstaterats ha ett samband med aggressivitet och våld. Förekomsten av våld har visat sig öka med graden av kognitiv nedsättning. Till exempel kan personer med demenssjukdom reagera impulsivt då de är nedsatta i kognition och bedömningsförmåga. Även fysiska symtom hos vårdtagaren kan leda till att våld uppstår. Smärta kan leda till våld, speciellt om vårdtagaren inte kan kommunicera smärtan. Även andra fysiologiska orsaker såsom urinretention och obstipation kan orsaka våldsamt beteende. Alkohol- eller drogmissbruk, abstinenssymtom, akuta hjärnskador samt akuta psykotiska tillstånd kan vara ytterligare orsaker till att våld utövas. Åkerström (2002) har genomfört en studie som behandlade hur vårdare själva beskriver eller definierar våld. Trots att vårdare blev utsatta för nypningar och slag och ansåg att handlingarna var avsiktliga, menade vårdarna att det inte var "riktigt" våld. Isaksson (2010) för resonemang kring att vårdarna inte vill se sig själva som offer och vårdtagarna som förövare. När vårdare blir utsatta för våld dagligen kan en tillvänjning ske och våldet betraktas som en del av arbetet. Tillvänjning kan leda till en underrapportering av incidenterna, dels för att våldet ses som en del av arbetet och dels för att vårdarna kan uppleva att det inte är någon idé att anmäla att våld inträffat om inte åtgärder sätts in.

Enligt Socialstyrelsen (2010) uppvisar 9 av 10 personer med demenssjukdom någon gång beteendemässiga eller psykiska symtom. Beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom (BPSD) innebär beteendesymtom såsom fysisk aggression, skrik, rastlöshet, agitation och vandringsbeteende. De psykiska symtomen kan utgöras av ångest, depression, hallucinationer och vanföreställningar.

Vård i samband med hot och våld

Sveriges kommuner organiserar sin äldreomsorg på olika sätt vad gäller vården av personer med demenssjukdom som bor på särskilt boende. Socialstyrelsen (u.å.) har kartlagt kommuners och stadsdelars äldreboenden, korttidsboenden, hemtjänst och dagverksamhet i *Äldreguiden*. Uppgifterna visade hur det var hösten 2011. Enligt *Äldreguiden* erbjöd år 2011 de allra flesta kommuner/stadsdelar gruppboende för dementa, men 9 kommuner/stadsdelar av 319 (2,8%) erbjöd istället blandat boende. Dock fanns inte alla Sveriges kommuner representerade i *Äldreguiden*, men en klar majoritet fanns med. Både kommunala och privata boenden fanns representerade. Enligt Socialstyrelsen (2009b) förekommer det att kommuner har en speciell demenssköterska och ett speciellt demensteam knutet till sig. Enligt

Socialstyrelsen (2010) bör hälso- och sjukvården och socialtjänsten säkerställa ett multiprofessionellt teambaserat arbete inom vården och omsorgen av personer med demenssjukdom. Beteendeproblem kan förebyggas och minskas vid ett multiprofessionellt samarbete. Vilka som ska ingå i det multiprofessionella teamet kan variera över tid och är beroende av vilka omsorgsbehov personen med demenssjukdom har.

Personer med demenssjukdom tillhör en riskgrupp för att utöva hot och våld i samband med omvårdnad (Lundström och Isaksson, 2012). Vid nedsatt kognitiv förmåga är det lätt att situationer där någon kommer nära missuppfattas. Det är viktigt att sådana riskfaktorer uppmärksammas och att det tillsammans med arbetsledningen görs en riskbedömning. Hot och våld kan ske utan förvarning och det är viktigt att omvårdnadspersonalen rapporterar händelsen för att liknande situationer ska kunna förebyggas. Enligt Arbetarskyddsstyrelsens föfattningssamling (AFS 1993:2, 3 §) ska det finnas särskilda säkerhetsrutiner för arbete som kan medföra risk för våld eller hot om våld. Rutinerna ska hållas aktuella och fortlöpande följas upp. Rutinerna ska kännas till av arbetstagarna.

Enligt Isaksson (2010) kräver vårdtagare med våldsamt beteende en speciell hållning hos vårdaren. Förståelse för människan, kreativitet, flexibilitet, förmåga att möta önskingar och behov samt förmåga att förstå kroppsspråk är egenskaper som nämns som viktiga egenskaper för den som vårdar våldsamma patienter. Det ställs stora krav på vårdaren att kunna balansera närhet och distans och samtidigt agera aktivt eller passivt beroende på situationen.

Stöd

Enligt Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2000) är stöd ett av kärnbegreppen inom omvårdnad. Begreppet *socialt stöd* kan omfatta tre dimensioner. Den första dimensionen benämns *informativt stöd* som innebär att ha tillgång till personer som kan ge vägledning, råd samt information. Den andra är *emotionellt stöd* som innebär att ha tillgång till personliga relationer och den tredje är *instrumentellt stöd* vilket innebär tillgång till personer som kan ge praktisk hjälp.

I dokumentation enligt Primärvårds-VIPS (Ehnfors, Ehrenberg & Thorell-Ekstrand, 1997) finns begreppet *stöd* med som ett sökord under omvårdnadsåtgärder. Omvårdnadsåtgärder innebär planerade och/eller utförda åtgärder vars avsikt är att främja hälsa och förebygga ohälsa, bevara eller återställa hälsa och välbefinnande samt att främja en fridfull död. Stöd

verkar här främst vara riktat direkt till patienten, men i föreliggande studie avses även stöd mellan vårdare, vilket i sin tur syftar till att främja stöd till patienten.

En modell som kan underlätta samtal i vården är enligt Fossum (2007) *Self-efficacy* som är en kommunikationsmodell utvecklad av Albert Bandura. Bandura (1997) beskriver termen *Self-efficacy* som en persons tilltro till sin egen förmåga att handskas med vissa situationer. *Self-efficacy* har inte att göra med de färdigheter en person har, utan vad den personen upplever att hen kan göra med de färdigheterna i olika sammanhang. *Self-efficacy* fungerar som en nyckel för att människan ska prestera optimalt. Hög kompetens hos en individ kräver därför både färdighet och en självupplevd tro på sina färdigheter.

I föreliggande studie kommer *Self-efficacy* att finnas i tankarna som en modell dit kopplingar kan komma att göras, om resultatet av studien motiverar det. Datamaterialet kommer inte att analyseras utifrån modellen men modellens potential att möjliggöra kopplingar till studiens huvudfråga, nämligen uppfattningar av stöd, utgör en intressant infallsvinkel att diskutera kring. En del av distriktssköterskans arbete går ut på att stödja både patienter, anhöriga och personal. I Kompetensbeskrivning för distriktssköterskor (Distriktssköterskeförbundet i Sverige, u.å.) står bl.a. att distriktssköterskan ska *“ha fördjupade kunskaper i kommunikation och samtalsmetodik för att i dialog med individen kunna handleda och ge stöd”, “arbeta självständigt och i team”* samt att *“leda omvårdnadsarbetet”* (s. 11-12).

Skribenterna var medvetna om att respondenternas erfarenheter och ur erfarenheterna komma uppfattningar av sjuksköterskans stöd sker i en kontext där andra aspekter av stöd också förekommer och spelar in, så som uppfattat stöd från övrig organisation, uppfattat stöd från läkare och så vidare. Det var just uppfattningar av sjuksköterskans stöd som valdes att beskrivas och vinsten bestod då i att de kliniska implikationer som resultatet kan ge upphov till lättare kan omsättas i klinisk praxis av distriktssköterskor i sitt stödjande arbete gentemot undersköterskor.

Syfte

Syftet med föreliggande studie var att beskriva variationer i undersköterskors uppfattningar av distriktssköterskans stöd i situationer där det förekommer hot och våld på särskilt boende i en kommun som erbjuder blandat boende för personer med demenssjukdom.

Metod

I studien användes kvalitativ metod med inspiration från fenomenografisk ansats.

Urval av undersökningsgrupp

Semistrukturerade intervjuer genomfördes (för intervjuguide, se bilaga 1) med vårdpersonal som arbetade på särskilt boende i en kommun som inte erbjöd gruppboende för personer med demenssjukdom. Kommunen hade både en demenssköterska inom den egna verksamheten och ett demensteam knutet till sig. Inklusionskriterierna var att deltagarna skulle ha någon typ av anställning i kommunen på särskilt boende som vårdbiträde eller undersköterska samt ha erfarenhet av att vårda patienter i situationer med hot och våld.

Urvalet gjordes genom att i den aktuella kommunen tillfråga samtliga verksamhetschefer för enheter med särskilt boende, om de kunde tänka sig att studien genomfördes på deras enhet. Totalt fanns det sju enheter med särskilt boende i den aktuella kommunen, och tillstånd till att genomföra intervjuer med vårdpersonal gavs vid fem av enheterna. De verksamhetschefer som tackade ja fick skriva under en blankett för medgivande till studien (se bilaga 2) och fick sedan tillfråga sin personal om vilka som var intresserade att ställa upp för intervju. Beroende på hur stora enheterna var så förmedlade enhetscheferna kontakt med två till fyra respondenter på varje enhet. Vid intervjutillfället gavs muntlig information om studien och skriftligt informerat samtycke inhämtades (se bilaga 3). Skribenterna beräknade från början att genomföra 10-12 intervjuer, men när 12 intervjuer var genomförda konstaterades att tre av informanterna hade bristande erfarenhet av kontakt med sjuksköterska i situationer med hot och våld, varför ytterligare två intervjuer genomfördes, varav en även led brist på detsamma. Totalt genomfördes 14 intervjuer, och 10 intervjuer kom till slut att inkluderas i studien.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

Kvalitativ metod innebär enligt Polit och Beck (2008) studier om fenomen genom datainsamling av omfattande narrativa material. Djupgående forskning och ett holistiskt synsätt präglar den kvalitativa forskningen. En kvalitativ metod valdes för att kunna beskriva

individens uppfattningar och inspiration hämtades från fenomenografin då ansatsen enligt Marton (1981), Larsson (1986) och Sjöström och Dahlgren (2002) är lämplig när människors skilda uppfattningar ska beskrivas. Fenomenografi är en forskningsansats som utvecklades vid Göteborgs universitet, institutionen för pedagogik, av den så kallade Inom-gruppen och ansatsen har framförallt haft betydelse vid studier som berör pedagogiska frågeställningar (Larsson, 1986), men enligt Sjöström och Dahlgren (2002) har ansatsen även potential att beskriva företeelser inom vården. Intervjuguiden utformades i syfte att kunna beskriva individens uppfattningar av de erfarenheter informanterna hade av distriktssköterskans stöd i situationer med hot och våld.

Marton (1981) menar att individens uppfattningar av ett fenomen baseras på individens erfarenheter av detsamma. Erfarenheten stammar i sin tur från hur individen tolkar olika aspekter i omvärlden. Enligt Marton och Booth (2000) strävar fenomenografen efter att förstå hur fenomen uppfattas och strävar inte efter att förstå fenomenet i sig. En individs sätt att erfara fenomenet är istället en sida av fenomenet, sett från den personens perspektiv. I föreliggande studie var fenomenet distriktssköterskans stöd, och det var undersköterskors uppfattningar av distriktssköterskans stöd som beskrevs.

Marton (1981) menar att uppfattningar och sätt att förstå inte ses som individuella kvaliteter utifrån fenomenografisk ansats, utan snarare kollektiva uppfattningar av olika aspekter av verkligheten som utgör "*categories of description*" (sv. beskrivningskategorier). I resultatdelen används ovan nämnda beskrivningskategorier för att redovisa resultatet av analysen. Larsson (1986) skriver att distinktionen mellan hur något är och hur något uppfattas vara är grundläggande för fenomenografisk ansats. Första ordningens perspektiv respektive andra ordningens perspektiv är två centrala begrepp inom fenomenografisk forskning. Första ordningens perspektiv handlar om fakta och vad som kan observeras utifrån. Fenomenografen vill undersöka hur någon uppfattar något och intar därigenom andra ordningens perspektiv. Enligt Larsson är fenomenografin som ansats empirisk eftersom den försöker analysera och beskriva vad deltagaren säger under en intervju och därigenom hur deltagaren uppfattar omvärlden. I föreliggande studie har skribenterna under intervjuerna, analysen och resultatskrivningen fokuserat på uppfattningar av fenomenet snarare än fenomenet i sig.

Vad gäller kvalitetsbedömningen av kvalitativa studier har skribenterna till föreliggande studie i litteraturen funnit att författare använder olika begrepp. Enligt Sjöström och Dahlgren

(2002) talas det i kvantitativa studier om validitet och reliabilitet, medan det i kvalitativa studier istället talas om *credibility* (sv. trovärdighet). Eftersom det i litteraturen använts olika terminologi för kvalitetsbedömningen vill skribenterna klargöra att begreppet trovärdighet är det begrepp som valts att användas i föreliggande studies diskussionsavsnitt. Dock används emellanåt även andra begrepp, för att inte ge upphov till refereringsfelaktigheter. Inom fenomenografiska studier är trovärdighetens huvudfråga relationen mellan empirisk data och de beskrivningskategorier som redovisas. Forskaren måste visa att det sätt på vilket han eller hon redovisar sitt resultat är väl förankrat i den empiriska datan, vilket kan uppnås genom att forskaren redovisar utdrag från intervjuerna så att läsaren får en chans att bedöma relevansen hos beskrivningskategorierna. Studiens trovärdighet baseras på en precis beskrivning av varje del i forskningsprocessen, en väl avgränsad forskningsfråga, redovisning av intervjufrågorna samt intervjuproceduren, men även en noggrann beskrivning av analysgången som gör det möjligt att göra om studien. I föreliggande studie har skribenterna visat, med hjälp av citat och figur över analysgången som bilaga, hur resultatet är förankrat i empirisk data. Varje del i forskningsprocessen har beskrivits. Intervjuproceduren har beskrivits samt intervjufrågorna har redovisats som bilaga.

Genomförande av datainsamling

Datan inhämtades med hjälp av semistrukturerade intervjuer. Under intervjuerna gjordes ljudupptagningar och intervjuerna transkriberades ordagrant samma dag som intervjuerna genomfördes, då Polit och Beck (2008) förespråkar transkribering i så nära samband med intervjun som möjligt. Båda skribenterna hjälptes åt i transkriberingsarbetet för att i möjligaste mån frångå att felskrivningar gjordes. Ambitionen var att under hela forskningsprocessen verka för att så ordagrant som möjligt återge vad deltagarna sagt under intervjuerna. Intervjuerna skedde på den enhet där respektive respondent hade sin ordinarie arbetsplats. Samtalen genomfördes i ett avskilt rum och tidpunkten för intervjuerna bestämdes i samråd med deltagarna. Skribenterna var i olika utsträckning kända för studiens deltagare på så vis att båda skribenterna varit, och delvis vid studiens genomförande var, yrkesverksamma i densamma.

Enligt Sjöström och Dahlgren (2002) består en intervjuguide av ett fåtal öppningsfrågor, medan den efterföljande dialogen fortsätter beroende av vilka svar som ges. När forskaren förbereder mallen är det viktigt att sätta frågorna i en logisk ordning eller möjligen att gå från

det generella till det mer specifika. Det är även viktigt att intervjuaren, beroende på vad respondenten svarar, är flexibel då respondenten kanske självmant kommer in på en fråga som ska tas upp senare. Intervjuerna i föreliggande studie utgick från en intervjuguide (se bilaga 1). Flexibilitet eftersträvades och frågorna anpassades efter respondenternas svar. Det finns enligt Kvale (1997) möjlighet att vid den kvalitativa intervjun förändra frågornas utformning och följd om det krävs i syfte att följa upp den intervjuades berättelse och svar. Studien föregicks av en pilotintervju som ej inkluderades i studien men ledde till att den ursprungliga intervjuguiden korrigerades. Korrigeringarna gjordes genom att ta bort ledande frågor och istället fokusera på ett fåtal huvudfrågor till vilka skribenterna ställde följdfrågor, vilka anpassades efter de unika uppfattningar respektive respondent beskrev och kunde lyda: ”Beskriv situationen” och ”Vad tänkte du?”. Båda skribenterna medverkade under samtliga intervjuer.

Genomförande av databearbetning

I föreliggande studie har en kvalitativ analys använts som hämtat inspiration från fenomenografisk ansats. Uljens (1989) menar att den fenomenografiska ansatsens företrädare representerar olika hållningar i vissa frågor vilket ger sig tillkänna genom att en entydig bild av fenomenografin inte är möjlig att presentera. Uljens menar att det sätt, på vilken analysen framskrider och utvecklas samt hur resultatbilden uppenbaras, inte kan definieras på förhand utan att det får bero på hur det empiriska materialet ser ut samt på den kontext som det empiriska materialet relateras till. Skribenterna har under analysen begagnat sig av den analysgång som Sjöström och Dahlgren (2002) beskrivit i sex steg: *familiarization*, *compilation*, *condensation*, *grouping*, *comparison* samt *naming*. I analysen intogs andra ordningens perspektiv, vilket innebar att skribenterna fokuserade på uppfattningar som kunde ses i datamaterialet. I steget *familiarization* lästes allt material igenom av skribenterna upprepade gånger. Läsningen ledde till fördjupad kännedom om materialet och till att mönster började skönjas, exempelvis att det uppfattades som ett stöd när sjuksköterskan fanns på plats. Närvaron av sjuksköterskan kunde innebära att ha någon att reflektera tillsammans med och att kunna bolla frågor fram och tillbaka. Även uppfattningar om brist på stöd kunde ses. I steget *compilation* färgmarkerades alla meningsbärande enheter som kunde kopplas till undersköterskornas uppfattningar av sjuksköterskans stöd i en situation med hot och våld. En färg användes för de meningsenheter där stöd uppfattades och en annan färg användes för uppfattningar om brist på stöd. De meningsbärande enheterna kunde kategoriseras in under

två huvudsakliga teman, nämligen närvaro av stöd och frånvaro av stöd, som redan här fungerade som två preliminära beskrivningskategorier. Nästa steg blev *condensation*, alltså en kondensering av meningsenheterna då själva innebörden av meningarna beskrevs kort och koncist. Ett exempel på kondensering kunde innebära att en meningsenhet som handlade om en situation då sjuksköterskan kom till platsen och låste in sig kondenserades till att sjuksköterskan inte var närvarande i situationen då det efterfrågas. Efter det skedde *grouping*, en gruppering av liknande svar utifrån om stöd uppfattats eller om stöd inte uppfattats. Det framkom variationer i framför allt det uppfattade stödet. Vissa beskrev att stödet gavs på plats medan vissa beskrev att stöd givits per telefon. Under grupperingen framkom en tredje beskrivningskategori i form av stöd genom telefonkontakt. Även i frånvaro av stöd kunde variationer ses. De olika meningsenheterna sorterades in i grupper genom att samla meningsenheter som liknade varandra. Underkategorier växte fram genom att olika uppfattningar av stöd respektive brist på stöd kunde ses under själva huvudkategorin. I näst sista steget, *comparison*, jämfördes resultatet av skribenternas respektive grupperingar. Endast ett fåtal av enheterna skilde sig skribenterna emellan på grund av att vissa meningsenheter gav utrymme till olika tolkningar, till exempel när en respondent uttryckte att sjuksköterskan behövde finnas på plats för att kunna ge bästa stöd genom reflektionsmöjligheter. Uppfattningen kunde då tolkas som både brist på stöd genom att sjuksköterskan inte var på plats såväl som att det kunde tolkas som att stöd gavs via telefon. Diskussion fördes kring de enheter som skilde sig tills konsensus uppstod. Skribenterna försäkrade sig om att variationer var möjliga att observera mellan kategorierna genom att i det sista steget, *naming*, tilldela grupperna namn som speglade och avgränsade innehållet så att grupperna inte flöt samman. Materialet lästes återigen igenom flera gånger och diskussion fördes kring namnen som ansågs ge innehållet mest rättvisa. Handledaren fungerade, när utkast till resultatet skrivits, som en medbedömare och placerade med god överensstämmelse de citat som valts att presenteras till rätt kategori. I bilaga 4 ges exempel på analysgången.

Etisk avvägning

Enligt *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (SFS 2003:460, 23 §) ska ansökan om etikprövning göras. Ansökan gjordes till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) vid Lunds Universitet. VEN prövar och ger rådgivande yttranden för examensarbeten på grund- och avancerad nivå (Lunds Universitet, 2012) och ansökning för studiens genomförande beviljades med diarienummer VEN 24-13.

Enligt SFS 2003:460, 16 §, ska deltagarna i ett forskningsprojekt informeras om den övergripande planen och syftet med forskningen, de metoder som kommer att användas, de följder och risker som forskningen kan medföra, vem som är forskningshuvudman, att deltagandet är frivilligt och att deltagaren har rätt att när som helst avbryta deltagandet. Före studien inhämtades skriftligt informerat samtycke från verksamhetschef för de verksamheter där studien genomfördes (se bilaga 2). Deltagarna i studien fick muntlig information om studien före intervjun samt fick lämna muntligt samtycke. I samband med intervjun fick deltagarna skriftlig information samt fick lämna skriftligt informerat samtycke (se bilaga 3). Skribenterna betonade både muntligt och skriftligt att deltagande var frivilligt och att informanten när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att behöva ange orsak.

The World Medical Association (WMA) har utvecklat Helsingforsdeklarationen som är ett utlåtande kring etiska principer för medicinsk forskning på människor (World medical association declaration of Helsinki, 2008). Där står bland annat att "*Medical research involving human subjects may only be conducted if the importance of the objective outweighs the inherent risks and burdens to the research subjects*" (WMA, 2008, s. 3). Hänsyn togs till nyss nämnda citat genom att ta tillvara de forskningsetiska aspekter som nämns i Helsingforsdeklarationen. Mot bakgrund av problemformuleringen, samt att tanken med föreliggande studie var att belysa ett forskningsområde där skribenterna upplever att det råder brist på kunskap, ansågs motiverat att genomföra studien.

Risken för deltagarna var att de kunde känna sig utsatta eller underlägsna under intervjusituationen. Stor vikt lades på att dialogen skulle få en så jämlig prägel som möjligt genom att deltagarna fick välja tid och plats för intervjuerna. Deltagarna informerades också före intervjun påbörjades om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde välja att avsluta sitt deltagande utan att ange anledning. Genom skriftlig information till deltagarna (bilaga 3) informerades även om att deltagarna efter intervjun, om de skulle känna negativ påverkan till följd av intervjun, kunde höra av sig till en socionom som var knuten till företagshälsovården på deltagarnas arbetsplats. Berörd socionom har av skribenterna kontaktats och informerats om studien samt muntligt givit sitt samtycke till att bli kontaktad i samband med densamma.

Skribenterna till föreliggande studie har förvarat identifierbart material i låst utrymme samt försett deltagarna med identifieringsnummer.

Resultat

Av de 10 informanter som inkluderades i studien var nio kvinnor och en man. Åldern varierade mellan 26 och 62 år och medelåldern var 46 år. Samtliga var utbildade undersköterskor, hade fast anställning i kommunen och samtliga hade svensk bakgrund. Nio respondenter arbetade dag- och kvällstid och en respondent arbetade natt. Yrkeserfarenheten inom vården varierade mellan 7 och 38 år. Det framkom under intervjuerna att minst sex av respondenterna hade erfarenhet av att tidigare ha arbetat på avdelningar specifikt anpassade för personer med demenssjukdom. Intervjuernas längd varierade mellan 10 och 30 minuter och i genomsnitt varade intervjuerna ca 20 minuter.

Nedan redovisas resultatet i form av beskrivningskategorier inspirerad av en fenomenografisk ansats. Citat förekommer i syfte att illustrera relevansen av de kategorier som framkommit. Analysen utmynnade i tre beskrivningskategorier med tillhörande subkategorier (figur 1).

| Stöd genom att finnas på plats | Stöd genom telefonkontakt | Brist på stöd |
|---|-----------------------------------|---------------------------|
| <i>Närvaro ger ökade reflektionsmöjligheter</i> | <i>Reflektionsmöjligheter</i> | <i>Frånvaro</i> |
| <i>Kunskap ger trygghet</i> | <i>Delge sjuksköterskan läget</i> | <i>Negativt bemötande</i> |
| <i>Deltagande i omvårdnadssituationer</i> | | |

Figur 1: Beskrivningskategorier med tillhörande subkategorier.

De tre beskrivningskategorierna skiljer sig beroende på om förutsättningar för stöd från sjuksköterskan gavs på plats, om stödet gavs genom telefonkontakt eller om uppfattningarna tydde på bristande stöd. Genom att visa på variationer var det möjligt att beskriva olika sätt att uppfatta innebörden av stöd, vilket redovisas i tre beskrivningskategorier samt respektive tillhörande subkategorier.

De olika situationer, utifrån vilka stödet beskrivs, handlade om lägen med fysiska hot, fysiskt våld samt psykologiska hot. Uppfattningar beskrevs om att tillhyggen tagits till med intention

att fysiskt skada vårdpersonalen. Situationer där våldet riktades mot vårdpersonalen finns representerade såväl som när våldet riktades mot andra patienter.

Stöd genom att finnas på plats

Innebörden av stöd på plats när situationen inträffade erfors som att *Närvaro ger ökade reflektionsmöjligheter, Kunskap ger trygghet* samt möjliggörande av gemensamt *Deltagande i omvårdnadssituationer*. Skillnaden i villkor ligger i att den sistnämnda innebörden förutsätter att stödet ges på plats. Skillnaden mellan de två förstnämnda ligger i underlättande av kommunikation med ökade reflektionsmöjligheter generellt och reflektionsmöjligheter i grund av delgivande av kunskap relevant för den uppkomna situationen.

Närvaro ger ökade reflektionsmöjligheter

Stöd underlättades genom gemensam sak; samtal och resonemang; tips och råd om handling i situationen. Direkt närvaro i situationen innebar reflektionsmöjligheter. Stöd via telefonkontakt innebar reflektion med sjuksköterskan för att gemensamt finna den bästa lösningen på situationen.

“Alltså, då tycker inte jag att de har upplevt hur det är, utan är det kaos så tycker jag de (sjuksköterskorna) ska komma ut och se hur det är. Vad gör jag och kan vi göra något som är bättre? Eller kan sjuksköterskan tillföra något då? Medicinskt eller så då...”

I de fall erfarenheter fanns från arbete på gruppboende för personer med demens, beskrevs stödet som ökad närvaro vilket ledde till att reflektionsmöjligheterna på plats ökade.

“På morgnarna... då satt vi kanske sju stycken undersköterskor, sedan kom sjuksköterskan ut och pratade, ihop med natten.... Så det var natten, dagpersonal plus sjuksköterskan som gick igenom.../.../ ...vi kunde diskutera hur mycket som helst.”

Kunskap ger trygghet

Stöd i form av kunskap och trygghet innebar uppfattningar om att mötas av patient- och personalkännedom. Stödet förstärktes desto mer gemensam patient- och personalkännedom som uppfattades.

“Det är ju alltid lättare om det är den så kallade vanliga för hon är ju alltid insatt i den boende det handlar om. På det viset är det ju lättare.”

Stöd i form av trygghet innebar närvaro och utbyte av kunskap i situationen och information om situationen. Direkta råd som aktiv hjälp att förhindra hot och våld var centralt.

“...det var ju en trygghet också...//...men det är skönt om dom(sjuksköterskorna) bara går inom...bara kollar läget så...för då vet dom ju om det är nånting och om man kanske ringer då vet dom vad det var för nånting som man pratat om innan.”

Deltagande i omvårdnadssituationer

Stöd innebar direkt stöd i situationen med visade åtgärder samt förslag till gemensam handling. Stöd vid närvarande i situationen innebar trygghet och lugn (stressreduktion) och direkt handlingsavlastning genom gemensamma insatser.

“Så då lärde man ju sig ändå lite tricks med det där och att man kan hålla försiktigt men bestämt ändå...//.../ Ja... annars hade de varit svårt den gången i alla fall”

Stöd innebar verbal avlastning, genom att sjuksköterskan verbalt kunde vara bestämd inför patienten i situationer när undersköterskor och patient inte kom överens.

“Hon (sjuksköterskan) var ju också rätt så bestämd så....det är ju svårt för oss personal att veta...man är ju livrädd att man gör dom illa och så också ju.....att man kan ta dom på ett annat vis fast ändå att dom inte far illa av det. Så det tycker jag ändå att jag lärde mig av dom.”

Stöd genom telefonkontakt

Stöd innebar dels *Reflektionsmöjligheter* och dels genom att *Delge sjuksköterskan läget*. Skillnaden mellan subkategorierna innebär tvåvägskommunikation kontra envägskommunikation.

Reflektionsmöjligheter

Stöd innebar reflektion av råd och handling i situationen om till exempel läkemedel och omvårdnadsaspekter.

“Ja, ibland blir det ju inte bättre heller av att de kommer upp utan det kan ju bara ställa till att det blir en person till. Ibland. Det är ju inte alltid. Så det tycker jag att det kan vara bra att diskutera på telefon.”

Stöd innebar gemensam reflektion med grund i kunskap om patienten. Graden av stöd relaterades till tid, det vill säga hur fort stödet gavs i relation till den uppkomna situationen.

“Det kan ju vara svårare om jag ringer en kväll eller en helg då, om det är någon som jag heller aldrig har talat med, en sköterska... Det finns ju jättemånga ute, och hon eller han har ju ingen aning heller om vem jag talar om och får själv titta, men jag behöver ju hjälp och råd meddetsamma då.”

Delge sjuksköterskan läget

Stöd innebar delgivning av den uppkomna situationen. Rapporteringen ledde till att ansvaret delades.

“Oftast räcker det att man bara informerar att si och så här ligger det till. Så de vet det... Ofta behöver de ju inte komma”

Delgivningen resulterade i avlastning av situationen och möjlighet att få feedback och en handlingsbekräftelse.

“Just när de är aggressiva eller så... hotfulla... Är det någon som känner till och vet hur den här boenden är så kan ju kanske inte hon heller göra mer än att ja... hon får ju veta hur det är på telefon och kan väl inte ändå... Så det är väl helt ok tycker jag att man i alla fall är medveten om att det är ett problem. Ingen har ju egentligen någon jätte... patentrösning på detta, för det är ju olika varje gång vad man får hitta på eller göra. Hur man ska gå tillväga.”

Brist på stöd

Brist på stöd innebar dels *Frånvaro* och dels *Negativt bemötande*. Skillnaden är att vid *Frånvaro* innebär det en ensamhet och utsatthet hos undersköterskan, medan *Negativt bemötande* innebär ovisshet och otrygghet.

Frånvaro

När sjuksköterskan inte fysiskt kom till platsen i lägen då det efterfrågades erforders ett bristande stöd, vilket förekom vid framför allt kvällstid, nattetid och helgtid samt om enheten geografiskt låg långt ifrån den enhet varifrån sjuksköterskorna utgick. I situationer där extra personal var insatt som extra resurs hos oroliga och agiterade patienter innebar det otrygghet i form av ensamhet i situationen och osäkerhet i handling då ytterligare stöd försvårades när åtgärd redan var vidtagen. Då sjuksköterskor upplevdes rädda och otrygga i situationer med hot och våld överfördes otryggheten till undersköterskan och resulterade i bristande stöd.

”Sen är det ju jättesvårt att veta... att dra alla sköterskorna över en kant. Det går ju liksom inte. Men det finns de som var rädda. /.../...och sen hör vi dörren smälla, sen går hon och låser in sig också. Och där kände jag då att det stödet var inte riktigt som man ville ha...”

Graden av innebörden av otrygghet ökade i situationer där patienten inte tyckte att undersköterskan var kompetent att utföra en uppgift hen har delegering för, vilket förstärktes utan reellt stöd från sjuksköterskan.

“Hon (den boende) blev arg på oss för att vi inte kunde och så skulle sköterskan komma och så kom inte de, och alltså det blev en ond cirkel utav det hela”

Bristande stöd i form av icke närvaro innebar irritation, besvikelse och otillfredsställelse.

“Det är... lätt att säga att ni ska ge behovsmedicin och ge det och det... Men... Sen kanske man ska komma ut och se det faktiska. Det är lite så på natten, att det är inte alla som vill sätta sig i en bil och köra tyvärr.”

Negativt bemötande

Otrevliga kommentarer, såväl som erfarenheter att sjuksköterskan nonchalerat allvaret i situationen, lämnat motsägelsefulla direktiv, visat på bristande förståelse för undersköterskornas situation och kritiskt ifrågasatt vad som gjorts, var faktorer som ledde till uppfattningar om brist på stöd med innebörden av otrygghet, osäkerhet, kränkning och utelämnande.

“Det känns som att man inte tas på allvar eller så. “Ah, det kan inte vara så farligt. Har ni gjort det och det, liksom?” Jo, det har vi och jag vet inte vad jag ska ta mig till då liksom, så ibland kan jag känna att det är lite dåligt stöd.”

“För sen är det ju ofta så att när man kommer i en situation så säger de (sjuksköterskorna) ofta så här: Vad gjorde ni med henne? Vad gjorde ni med henne för att hon blev så aggressiv? Vi har inte gjort någonting med henne. Hon går ju på de andra boende, och de i sin tur blir aggressiva.”

Diskussion

Diskussion av vald metod

Syftet med studien var att beskriva variationer i undersköterskors uppfattningar och innebörd av distriktssköterskans stöd i situationer där det förekommer hot och våld på särskilt boende i en kommun som erbjuder blandat boende för personer med demenssjukdom. Syftet besvarades med hjälp av kvalitativ metod med inspiration från fenomenografisk ansats. En partiell beskrivning av uppfattningar har erhållits, och studien skulle kunna benämnas som en pilotstudie. Längden på intervjuerna får antas ha påverkat möjligheten att fullt ut kunna beskriva innebörden av stöd. Intervjuerna beräknades ta mellan 30 och 60 minuter, men tog mellan 10 och 30 minuter, med en genomsnittlig längd på ca 20 minuter. Vid intervjuerna gjordes ett medvetet val att snävt avgränsa vilken typ av stöd skribenterna ville inrikta intervjuerna kring, nämligen stödet från sjuksköterskan. Skribenterna kan i efterhand se att datamaterialet kunde ha blivit rikare, djupare och mer varierat om även andra aspekter av stöd hade samlats in. Även i databearbetningen gjordes ett medvetet val att omsorgsfullt välja meningsenheter att analysera utifrån att det var just uppfattningar av sjuksköterskans stöd som skulle beskrivas. Skribenterna är medvetna om att stöd uppfattas i en kontext där andra aspekter av stöd också förekommer och spelar in, så som stöd från övrig organisation, läkare och så vidare. Valet att endast rikta fokus mot uppfattningar av sjuksköterskans stöd kan därför ha uteslutit vissa andra aspekter av stöd som framkommit i materialet, men vinsten ligger å andra sidan i att få en mer renodlad bild av respondenternas uppfattningar av sjuksköterskans stöd.

En kvalitativ metod med inspiration från fenomenografisk ansats valdes, då fenomenografiska studier har som mål att beskriva variationer i uppfattningar. Larsson (1986) menar att det är önskvärt om respondenter väljs ut med strävan att erhålla så varierande svar som möjligt, då syftet är att beskriva innebörder i relation till hur något uppfattas, vilket i föreliggande studie gäller stöd i situationer med hot och våld. Vid rekryteringen fick de enhetschefer som lämnat samtycke till att studien genomfördes på deras enhet, gå ut med en allmän intresseförfrågan hos sin personal. Skribenterna har i intervjusituationen valt att undersöka närmare hur urvalet såg ut, genom att ta uppgifter om deltagarnas ålder, yrkeserfarenhet, arbetstider med mera i samband med intervjutillfället (se bilaga 1) och uppgifterna redovisas i resultatet.

Ambitionen var att samtliga sju enheter som erbjöd särskilt boende i den aktuella kommunen skulle inkluderas i studien, varför samtliga tillfrågades om deltagande. Tillstånd från chef gavs vid fem av enheterna, vilket ger ett bortfall på två enheter. Målsättningen var från början att intervjua 10 till 12 informanter. Efter att 12 intervjuer genomförts upptäcktes att tre av intervjuerna ej gick att använda då informanterna inte varit i kontakt med någon sjuksköterska i en situation med hot och våld. Beslut togs då för att intervjua ytterligare två personer, varav åter en fick exkluderas på grund av bristande erfarenhet av detsamma. Skribenterna kan därför i efterhand se att cheferna borde informerats på annat vis avseende vilka egenskaper som var önskvärda hos deltagarna vid rekryteringen. Skribenterna antog på förhand att vårdpersonal som arbetade på avdelningar där det förekommer hot och våld, även varit i kontakt med sjuksköterska i sådana situationer. Så var inte alltid fallet, varför endast 10 av totalt 14 intervjuer kunde inkluderas i studien. Ovanstående tas upp framför allt med hänsyn till de fyra informanter som tackade ja till att delta i studien, och vars engagemang inte kom till nytta.

Under intervjuerna ställdes frågorna inte alltid i den ordning i vilken de finns redovisade i bilaga 1, utan stor vikt lades vid flexibilitet och på att få samtalet att flyta på naturligt, vilket Sjöström och Dahlgren (2002) samt Kvale (1997) förespråkar. Respondenternas svar på föregående fråga fick ange riktningen på det fortsatta samtalet. Genom att vara lyhörd och nyansera följdfrågorna efter vad som tidigare sagts fångades den unika uppfattningen hos varje respondent.

Studien genomfördes i en kommun som erbjöd blandat boende för personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen (u.å.) har kartlagt kommuners och stadsdelars äldreboenden i Äldreguiden, vars uppgifter visar hur det var hösten 2011. Enligt Äldreguiden erbjöd år 2011 de allra flesta kommuner/stadsdelar gruppboende för dementa, men 9 kommuner/stadsdelar av 319 (2,8%) erbjöd istället blandat boende. Den aktuella kommunen kan alltså sägas ge en snedvriden bild av hur det i allmänhet ser ut i Sverige avseende vården av personer med demenssjukdom och möjligen även undersköterskornas erfarenheter av fenomenet, men kolliderar dock inte med studiens syfte som var att undersöka uppfattningar av fenomenet i just den kontext som rådde i den aktuella kommunen.

Som tidigare nämnts var skribenterna i olika utsträckning kända för studiens deltagare på så vis att båda skribenterna varit, och delvis vid studiens genomförande var, yrkesverksamma i

densamma. Nyss nämnda faktor måste betonas i sammanhanget då den kan ha givit upphov till att påverka datamaterialet. Det är möjligt att resultatet hade blivit ett annat om forskarna varit helt okända och utanför verksamheten. Båda skribenterna upplevde dock att det uppskattades att situationer med hot och våld uppmärksammades av personer som arbetade inom verksamheten, då vissa av deltagarna uttryckte före eller efter själva intervjuerna en positiv upplevelse av att skribenterna riktade fokus mot det aktuella problemområdet. Det kunde göra att deltagarna kände sig mer motiverade till att ingå i forskningen, något som annars är ett huvudproblem med fenomenografiska intervjuer enligt Sjöström och Dahlgren (2002). Båda skribenterna närvarade under samtliga intervjuer, vilket kan ses som både fördelaktigt och ofördelaktigt. Ur skribenternas synvinkel upplevdes det som en fördel då det ledde till att saker uppmärksammades från två håll och därmed kunde utmynna i ett rikare meningsutbyte med respondenten och därigenom ge ett rikare datamaterial. Det finns dock en risk att respondenterna hamnat i underläge som i sin tur kan ha bidragit till ett mer begränsat datamaterial. Skribenterna strävade efter att få deltagarna att känna sig bekväma i intervjusituationen genom att de fick bestämma tid och plats för intervjun. Inga tecken under intervjuerna pekade på att respondenterna hamnade i underläge.

Enligt Sjöström och Dahlgren (2002) är det termen trovärdighet som används för kvalitetsbedömning av kvalitativa studier, när det inom kvantitativa studier är validitet och reliabilitet som används. Ruth (1991) behandlar validitetsfrågan i kvalitativa studier, och pekar bland annat på att validiteten bedöms bland annat genom hur forskaren valt att samla in sitt material, det vill säga om en adekvat datainsamlingsmetod valts samt om den insamlade datan kan svara på aktuell frågeställning. I föreliggande studie anser skribenterna att intervjuer är den datainsamlingsmetod som är mest lämplig för att svara på aktuell frågeställning. Ruth (1991) menar vidare att det sedan i analyskedet sker en omstrukturering av datamaterialet och att verifikationen i forskarens tolkningar kan ske genom att en jämförelse med en annan forskares tolkningar av samma material görs. Skribenterna har under analysen begagnat sig av den analysgång som Sjöström och Dahlgren (2002) beskrivit. Båda skribenterna läste på varsitt håll igenom samtliga intervjuer upprepade gånger och analyserade var för sig materialet. Sedan jämfördes beskrivningskategorierna och justeringar gjordes så att båda skribenterna uppfattade att kategorierna stämde med datamaterialet. Enligt Jakobsson (2011) stärks objektiviteten när flera forskare är involverade i analysen, oberoende av varandra. Eftersom objektiviteten enligt Jakobsson är en del i kvalitetsbedömningen av kvalitativa studier så stärks då trovärdigheten. Även Ruth (1991) menar detsamma, även om

han istället talar om validitets- och reliabilitetsbedömning i kvalitativa studier. När skribenterna på varsitt håll analyserat datamaterialet sammanställdes det slutligen till de slutgiltiga beskrivningskategorier som båda skribenterna ansåg speglade materialet väl.Handledaren för studien fungerade som en medbedömare genom att kontrollera att de citat som valts att presenteras i resultatet stämde överens med den subkategorier under vilken de placerats. Medbedömningen visade på god överensstämmelse och bara något enstaka citat ändrades efter att kontrollen utförts. Lepp och Ringsberg (2002) behandlar validitet och reliabilitet kontra trovärdighet i fenomenografiska studier och menar att en fenomenografisk studies kvalitet har att göra med hur väl beskrivningskategorierna stämmer överens med informanternas uppfattningar satt i relation till det fenomen som undersökts och inte enbart är ett resultat av forskarens konstruktion av det forskaren tror är deras uppfattningar. Lepp och Ringsberg skriver om interbedömarreliabilitet, vilket beskrivs som att forskaren använder sig av en medbedömare, för vilken kategorierna redovisas, och som sedan får försöka placera citaten i "rätt" kategori. Att medbedömaren i föreliggande studie endast placerade något enstaka citat i "fel" kategori visar på god överensstämmelse. Skribenterna till föreliggande studie har noggrant försökt redovisa sina tankegångar och välja citat som ger läsaren möjlighet att bedöma relevansen av beskrivningskategorierna samt i hög grad tagit hjälp av handledaren för att uppnå så god kvalitet som möjligt. Studiens trovärdighet baseras även, enligt Sjöström och Dahlgren (2002), på en precis beskrivning av varje del i forskningsprocessen, en väl avgränsad forskningsfråga, redovisning av intervjufrågorna samt intervjuproceduren, men även en noggrann beskrivning av analysgången som gör det möjligt att göra om studien. Skribenterna har lagt vikt vid att noggrant beskriva samtliga delar i forskningsprocessen och har även lagt själva intervjuguiden som en bilaga till studien. Analysgången har även beskrivits ingående och själva forskningsfrågan upplevs av skribenterna vara väl avgränsad. Intervjuproceduren har beskrivits i den mån det ansågs rimligt att beskriva den.

Lepp och Ringsberg (2002) tar upp frågan om vad som händer om forskaren och en medbedömare inte är överens om att rätt beskrivningskategorier redovisas i en fenomenografisk studie, och menar att forskaren äger privilegiet att bestämma i frågan. Skribenterna till föreliggande studie visar på möjliga beskrivningskategorier, medtaget de begränsningar som diskuterats ovan.

Jakobsson (2011) behandlar även termen överförbarhet i kvalitativa studier, vilket innebär en bedömning av i vilken kontext resultatet gäller och vilka begränsningar som finns. Bedömningen kräver att kontexten i vilken studien genomfördes finns väl beskriven. Kontexten i föreliggande studie anses av skribenterna vara beskriven, medtaget begränsningen att stöd endast undersökts med fokus på det stöd som ges av sjuksköterskan och inte på andra sätt ges inom organisationen, exempelvis från chefer och läkare. Skribenterna anser det möjligt att andra forskare skulle kunna identifiera liknande aspekter av stöd vilka framförts i rådande studie, om en studie utförs i en annan svensk kommun där blandat boende erbjuds för personer med demenssjukdom. Här bör framhållas bland annat de begränsningar avseende exempelvis det delvis bristfälliga urvalet där inga vårdbiträden eller personer med invandrarbakgrund fanns representerade. Resultatet av en fenomenografisk ansats lägger vikt vid att beskriva variationer av hur fenomen uppfattas på en abstrakt nivå. Utfallet av resultatet kan, då insamlad data och analys uppnått fyllighet i form av mättnad, kunna appliceras på andra liknande situationer (Lepp & Ringsberg, 2002).

Diskussion av framtaget resultat

Skribenterna har valt att presentera resultatet baserat på en kvalitativ metod genom beskrivningskategorier och subkategorier, med inspiration från en fenomenografisk ansats. I materialet kunde skillnader ses i hur undersköterskorna uppfattade stöd beroende på om det gavs på plats, via telefon eller om stöd inte gavs. Genom att utgå från de tre nämnda avgränsade sammanhang kunde variationer på ett kommunicerbart sätt redovisas för läsaren.

Ehnfors, Ehrenberg och Thorell-Ekstrand (2000) menar att begreppet socialt stöd kan omfatta tre dimensioner, nämligen *informativt stöd*, *emotionellt stöd* samt *instrumentellt stöd*. I resultatet kunde samtliga tre dimensioner ses. Det informativa stödet fanns att se i att undersköterskan betonade vikten av att sjuksköterskan hade kunskap om patienterna och kunskap om hot och våld för att utifrån det kunna ge rätt råd och förslag på åtgärder. I många fall var det viktigt att sjuksköterskan fysiskt fanns närvarande för att undersköterskan skulle känna att stöd erhöles. Emotionellt stöd kan illustreras av att undersköterskan uppfattade att stödet förstärktes desto mer gemensam patient- och personalkännedom som uppfattades, vilket skribenterna tolkar som att stödet från den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan bedöms som starkare än från den sjuksköterska som tillfälligt kontaktades vid en uppkommen situation. Det framkom även att det var viktigt för undersköterskan att sjuksköterskan kände

till både patienten och personalen för att stödet skulle uppfattas optimalt. I resultatet framkom även att stöd uppfattades genom att sjuksköterskan praktiskt deltog i omvårdnadssituationen, vilket kan härledas till instrumentellt stöd. Det informativa stödet samt det emotionella stödet kunde ges både på plats och via telefon, medan det instrumentella stödet krävde att sjuksköterskan fanns på plats.

Sjuksköterskan på det särskilda boendet har en pedagogisk roll gentemot vårdpersonal och har i uppgift att stödja, utbilda och utveckla vårdpersonalen i sin yrkesroll och därigenom säkra patientsäkerheten i personalgruppen. (Josefsson & Ljung 2010). Resultatet visade bland annat att undersköterskan genom att delge läget medvetandegör sjuksköterskan om situationen, vilket i sig kunde fungera som ett stöd. Skribenterna kan här se en koppling till Self-efficacy på så vis att undersköterskan på förhand visste att hen hade gjort vad som krävs i situationen och att hen förvisso befinner sig i en svår situation, men för den skull inte nödvändigtvis skulle gagnas av sjuksköterskans hjälp utan själv klarar av att handskas med situationen. Av resultatet framkom även att sjuksköterskor, både genom att finnas på plats och via telefon, kunde ge stöd i form av reflektionsmöjligheter. Reflektionsmöjligheterna är i sig tillfällen då sjuksköterskan kan utgå från Self-efficacy och känna av undersköterskans tilltro till sina egna färdigheter och på så vis anpassa stödet efter undersköterskans behov, något som inte direkt kan kopplas till det resultat som framkommit men som däremot kan ha betydelse i klinisk praxis. Om undersköterskan känner emotionellt stöd från sjuksköterskan, i form av tilltro, skulle det kunna leda till att undersköterskan vågar lita till sin förmåga att handla i situationer med hot och våld. Scott, Ryan, James och Mitchell (2011) fann i en studie att yngre personal upplevde att de i högre grad utsattes för våld än äldre kollegor. Det tolkades som att mindre yrkes- och livserfarenhet påverkade deras kapacitet att klara av svåra situationer och aggressiva beteenden. Sjuksköterskan skulle kunna anpassa stödet efter undersköterskans behov. Genom att, utifrån Self-efficacy, anpassa stödet till undersköterskan som individ, så kan sjuksköterskan bättre medverka till att svåra situationer löses på bästa vis för patienten. Konkret skulle sjuksköterskan kunna ställa frågor om undersköterskans erfarenheter kring patienten för att på så vis bekräfta undersköterskans kunskaper och genom dialogen bidra till att lösningar på situationen uppenbarar sig hos undersköterskan.

I resultatet framkom att undersköterskor uppfattade att de fick mindre stöd från sjuksköterskan då de geografiskt sett befann sig på långt avstånd ifrån den enhet vilken sjuksköterskan utgick ifrån. I en studie av Xyrichis och Lowton (2008) framkommer att

teammedlemmar som utgår från separata baser kan göra att de känner sig mindre integrerade i teamet och det kan begränsa teamets funktion och effektivitet, och där ses en likhet med föreliggande studie. Resultatet av föreliggande studie visade även på att sjuksköterskans stöd var mer bristfälligt kvällstid, nattetid samt helgtid. Scott et al. (2011) fann att nattjänstgöring och obekvämt arbetstid innebar en ökad risk att utsättas för hot och våld. Med bakgrund av studien av Scott et al. och resultatet av föreliggande studie kan skönjas att vårdpersonal uppfattar att stödet brister som mest i just de situationer då vårdpersonal är som mest utsatta för hot och våld. Skribenterna ser bristen på stöd under obekvämt arbetstid som en av studiens viktigaste upptäckter som med fortsatt forskning skulle kunna få betydelse i klinisk praxis.

Det framkom även att undersköterskor som hade erfarenhet av att arbeta på gruppboende för personer med demenssjukdom uppfattade sjuksköterskan mer närvarande och tillgänglig för reflektionsmöjligheter än sjuksköterskan tillhörande det blandade boendet. Fyndet behöver dock styrkas med ytterligare forskning. Cole, Scott och Skelton-Robinson (2000) fann att vårdpersonal i blandat boende kände sig mindre stöttade i arbetet med att vårda patienter med utmanande beteende och var mindre nöjda med sina arbeten jämfört med personal vars arbete var mer inriktat mot demensområdet. Dock belyste Cole et al. i sin studie inte sjuksköterskans stöd till undersköterskan utan snarare det sammantagna stödet som ges till undersköterskor och sjuksköterskor på arbetsplatsen, i form av bland annat riktlinjer att förhålla sig vid i risksituationer samt hur klart definierad arbetstagarens roll var. Majoriteten av Sveriges kommuner erbjuder idag gruppboende för personer med demenssjukdom, men i den undersökta kommunen erbjöds det ej. Det vore intressant med en jämförande studie som undersökte stödet från sjuksköterskan på det demensinriktade boendet respektive på det blandade boendet, en aspekt som föreliggande studie i viss mån lyckats beröra.

Resultatet visade på att undersköterskor upplevde stöd i att enbart delge läget till sjuksköterskan i en situation med hot och våld. Här ser skribenterna en möjlighet i att undersköterskors information till sjuksköterskan gav känslan av att ha någon att dela ansvaret med i den ofta svåra situationen. Scott et al. (2011) fann att flera studier har visat på att vårdpersonal accepterar våld som en del av arbetet. Isaksson (2010) hänvisar till en svensk studie genomförd av Åkerström (2002), som behandlar hur vårdare själva beskriver eller definierar våld. Trots att vårdare blev utsatta för nypningar och slag och ansåg att handlingarna var avsiktliga, menade vårdarna att det inte var "riktigt" våld, och resonemang förs här kring att vårdarna inte vill se sig själva som offer och vårdtagarna som förövare. När

vårdare blir utsatta för våld dagligen kan en tillvänjning ske och våldet betraktas som en del av arbetet. Skribenterna anser att om undersköterskan erhåller stöd i form av förståelse för arbetssituationen och att det betonas från sjuksköterskans sida att det är av vikt att händelsen anmäls enligt de säkerhetsrutiner som ska finnas på den gemensamma arbetsplatsen enligt Arbetarskyddsstyrelsens författningssamling (AFS 1993:2, 3 §), skulle tillvänjning av hot och våld kunna motverkas. Att undersköterskan uppmanas till anmälan skulle också kunna bidra till uppfattningar av ökat stöd genom en fördjupad känsla av multiprofessionellt samarbete då sjuksköterskan fungerar som en spindel i nätet och har kontakt med många professioner kring patienten. Enligt Socialstyrelsen (2010) kan beteendeproblem förebyggas och minskas vid ett multiprofessionellt samarbete.

Undersköterskor och vårdbiträden utför ofta den grundläggande vården på särskilt boende och det är avgörande för en god vård att sjuksköterskan leder den patientnära omvårdnaden genom att till exempel informera personalkategorierna om vilken vård patienten ska ha (Josefsson & Ljung, 2010). Skribenterna ser undersköterskan och sjuksköterskan som det närmaste teamet kring patienten. Adams, Holman och Mitchell (2003) beskriver teamarbete genom tre olika stilar och hänvisar till Miller, Freeman och Ross (2001). Den första stilen, vilken är den som förespråkas för ett lyckat teamarbete, benämns integrerat teamarbete och innebär en hög grad av *collaborative working* (sv. samarbetsvillighet). Det finns en stabilitet och förutsägbarhet genom att samma personer konstant befinner sig i gruppen och är inriktade mot samma klientel. Stabilitet och förutsägbarhet uppnås genom att varje profession är tilldelad ett speciellt område. Det ska finnas en öppenhet och en trygghet i att våga förmedla sina åsikter mellan teammedlemmarna och en stor förståelse för varje enskild medlems bidrag till teamet. I resultatet kunde ses att stödet förstärktes desto mer gemensam patient- och personalkännedom som uppfattades vilket tolkades som att den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan var den sjuksköterska som lättast kunde bidra med stöd. Kunskap ingav en känsla av trygghet. Den omvårdnadsansvariga sjuksköterskan kan liknas vid den stabila teammedlemmen som Adams et al. (2003) skriver om, och hen kan också sägas vara den enda sjuksköterskan som är inriktad mot samma klientel som undersköterskorna. Den sjuksköterska som hade kunskap om patienten redan då hen kontaktades i en situation med hot och våld kunde i högre grad bidra med stöd via telefon, medan övriga sjuksköterskor behövde komma till avdelningen för att kunna bidra med stöd.

I resultatet framkom även att undersköterskor uppfattat sig blivit illa bemötta och ibland även anklagade för att de skulle ha orsakat det aggressiva beteendet. Liknande resultat kan ses i en studie av Scott et al. (2011) som visar att många drar sig för att rapportera våld då de är rädda för att bli anklagade för att ha provocerat patienten med demenssjukdom. Att undersköterskorna blivit anklagade för att ha orsakat det aggressiva beteendet är en anmärkningsvärd upptäckt och likheter finns att ses i den typ av teamwork som Adams et al. (2003) beskriver som splittrat teamwork. Samarbetet präglas då av korta och endast informativa dialoger snarare än förståelse för varandras professionella perspektiv. Vidare menar Adams et al. att bristen på förståelse ofta beror på att varje profession skyddar sina egna intressen och inte är redo att fatta patientcentrerade beslut som baseras på samarbetsvilja. Skribenterna anser att det är en intressant tanke att undersöka närmare, som ett

förslag till vidare forskning, hur typen av teamwork växlar beroende på om det är vardag, kväll, helg eller natt då den avgörande skillnaden förefaller ligga i huruvida den patientansvariga sjuksköterskan är i tjänst eller ej.

Referenser

Adams, T., Holman, M. & Mitchell, G. (2003) Multi-disciplinary Teamworking. In J. Keady, M. Holman & G. Mitchell (Eds.), *Community Mental Health Nursing and Dementia Care* (2003). Retrieved October 15, 2013 from http://books.google.se/books?id=9VrPRYwMcPgC&pg=PA35&lpg=PA35&dq=collaborative+health+teamwork+dementia&source=bl&ots=Ay9ZQxo0Rn&sig=UScZ-KeD6I4tTu1QfSh66rTZpZo&hl=sv&sa=X&ei=nOlcUvisLuiI4ATEuoCwDA&redir_esc=y#v=onepage&q=collaborative%20health%20teamwork%20dementia&f=false

AFS (1993:2) *Våld och hot i arbetsmiljön*. Hämtad september 18, 2013, från http://www.av.se/dokument/afs/afs1993_02.pdf

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.

Cole, R., Scott, S. & Skelton-Robinson, M. (2000). The effect of challenging behaviour and staff support on the psychological wellbeing of staff working with older adults. *Aging & Mental Health*. 2000 Nov; 4 (4): 359-65.

Distriktssköterskeföreningen i Sverige (u.å.). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. □Broschyr□ Hämtad december 3, 2012, från <http://www.swenurse.se/Documents/Komptensbeskrivningar/KompbeskrDistriktwebb.pdf>

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (1997). *Primärvårds-VIPS*. [Broschyr] Förlagsort och förlag okänt.

Ehnfors, M., Ehrenberg, A. & Thorell-Ekstrand, I. (2000). *VIPS-boken*. Stockholm: Vårdförbundet.

Fossum B. (2007) Framgångsrika kommunikationsmodeller. I: B. Fossum (Red.) *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (2007). Lund: Studentlitteratur.

Isaksson, U. (2010). Våld och hot. I: Drevenhorn, E. (Red.), *Hemsjukvård* (s.139-155). Lund: Studentlitteratur.

Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer och begrepp*. Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, K. & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I: Drevenhorn, E. (Red.), *Hemsjukvård* (s.15-35). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys - exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.

Lepp, M. & Ringsberg, K. (2002). Phenomenography - a qualitative research approach. In Hallberg, L. (Edt). *Qualitative Methods in Public Health Research. Theoretical Foundation and Practical Examples*. (s.105-119). Lund: Studentlitteratur.

Lundström, M & Isaksson, U. (2012). *Förebyggande arbete. Hot och våld inom vården*. Hämtad september 18, 2013, från <http://www.vardhandboken.se/Texter/Hot-och-vald-inom-varden/Forebyggande-arbete/>

Lunds Universitet (2012). Vårdvetenskapliga etiknämnden - VEN. Hämtad november 18, 2012, från http://portal.omv.lu.se/Portal/organisation/vv_etiknamnd

Marton, F. (1981). Phenomenography - describing conceptions of the world around us. *Instructional Science* 10 (1981) 177-200.

Marton, F. & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.

National institute for health and clinical excellence (2011). *Dementia. Supporting people with dementia and the carers in health and social care*. Retrieved November 19, 2012 from <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10998/30318/30318.pdf>

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practise*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Ruth, J.-E. (1991). Reliabilitets- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forskningstradition. *Gerontologia* 5(4): 277-290, 1991.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad november 18, 2012, från <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm>

Scott, A., Ryan, A., James, I. & Mitchell, E. (2011). Perceptions and Implications of Violence from Care Home Residents with Dementia: a Review and Commentary. *International journal of older people nursing*, 2011:6, s 110-122.

Sjöström, B. & Dahlgren, LO. (2002). Applying Phenomenography in Nursing Research. *Journal of advanced nursing* Nov;40(3):339-45, 2002. Retrieved November 28, 2012 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12383185>

Socialdepartementet, Departementsserien Ds 2003:47 (2003). *På väg mot en god demensvård. Samhällets insatser för personer med demenssjukdomar och dess anhöriga*. Hämtad november 19, 2012, från <http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/421>

Socialstyrelsen (2009a) Socialtjänstlagen. Hämtad november 15, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17719/2009-9-5tabell05.xls>

Socialstyrelsen (2009b). Kartläggning av resurser för vård och omsorg vid demenssjukdom. Hämtad september 21, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17816/2009-11-14.pdf>

Socialstyrelsen (u.å.). *Äldreguiden*. Hämtad november 12, 2012, från <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se/Search/UnitByListing5.aspx>

Socialstyrelsen (2010) *Demenssjukdom*. Vetenskapligt underlag för nationella riktlinjer 2010. Hämtad november 18, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-5-1/Documents/Vetenskapligt%2520underlag.pdf>

Socialstyrelsen (2012) *Demenssjukdom- stöd för dig som har en demenssjukdom och för dina närstående. Rekommendationer ur Socialstyrelsens nationella riktlinjer*. Hämtad november 19, 2012, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18649/2012-3-23.pdf>

SOSFS 1997:14. *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Socialstyrelsen. Hämtad september 17, 2013, från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1997-14>

Statens beredning för medicinsk utvärdering (2006) *Demenssjukdomar*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad november 19, 2012, från www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Demens_sammanfattning.pdf

Svensk sjuksköterskeförening (2009) *Sjuksköterskans profession*. Hämtad september 17, 2013, från <http://www.swenurse.se/PageFiles/5957/nr%20107,%201%20sept,%20OM%20proffsionen.pdf>

Uljens, M. (1989). *Fenomenografi - forskning om uppfattningar*. Lund: Studentlitteratur.

World Medical Association Declaration of Helsinki (2008). Ethical *principles for medical research involving human subjects*. Hämtad november 18, 2012, från <http://www.slfl.se/upload/30780/DoH-Oct2008.pdf>

Xyrichis, A. & Lowton, K. (2008). What Fosters or Prevent Interprofessional Teamworking in Primary and Community Care? A Literature Review. *International journal of nursing studies*, 2008: 45, s 140-153.

Åkerström, M. (2002). Slaps, Punches, Pinches - But not Violence: Boundary - Work in Nursing Homes for the Elderly. *Symbolic Interaction* Vol. 25:4 s.515–536, November 2002.

Åström, S., Karlsson, S., Sandvide, Å., Bucht, G., Eisemann, M., Norberg, A. & Saveman, B. (2004). Staff's Experience of and the Management of Violent Incidents in Elderly Care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004 Dec; 18(4): 410-6. Retrieved November 26, 2012 from http://xu2la7ud9l.search.serialssolutions.com/?SS_UIDType=pmid&id=15598249

Intervjuguide

Beskriv dina erfarenheter av att arbeta i situationer där det förekommer hot och våld från patienter med aggressionsproblematik?

Beskriv en situation du varit med om då du kontaktat sjuksköterskan för rådgivning och hjälp kring en situation med hot och våld... (paus till deltagaren kommit på en situation).

-Vad hände?

-Vad tänkte du?

Beskriv det stöd du får av sjuksköterskan i en situation med hot och våld.

Bakgrundsuppgifter

Ålder

Vårdbiträde alternativt undersköterska

Svensk bakgrund alternativt utländsk bakgrund

Timanställning, vikariat alternativt fast anställning

Antal yrkesverksamma år som vårdbiträde/undersköterska

Dag- och kvällstjänst alternativt nattjänst



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Till enhetschef på särskilt boende

Förfrågan om tillstånd att genomföra studien ”*Undersköterskors erfarenheter av distriktssköterskans stöd vid akuta situationer kring aggressiva patienter på särskilt boende*”. Studien kommer att resultera i en magisteruppsats (D-uppsats) och kommer att finnas tillgänglig på internet efter att den blivit godkänd av Lunds Universitet.

Syftet med studien och varför studien är viktig att genomföra

Syftet med studien är att belysa undersköterskors erfarenheter av det stöd de får av kommunens sjuksköterska/distriktssköterska vid akuta situationer kring aggressiva patienter på särskilt boende av typen blandboende. Detta vill vi göra med anledning av att vi själva genom erfarenheter från tidigare arbete med aggressiva patienter på särskilt boende sett att det ofta uppstår problematiska situationer. I takt med att befolkningen blir allt äldre kommer antalet personer med demenssjukdom att öka, vilket kan leda till ökad aggressionsproblematik att ta itu med för hälso- och sjukvårdspersonal inom äldreomsorgen. Detta, i kombination med att det råder brist på forskning vad gäller relationen mellan undersköterskor och sjuksköterskor i vårdsituationer med aggressiva patienter, motiverar kommande studie.

Metod

Vi önskar intervjua totalt 10-12 undersköterskor eller vårdbiträden med någon typ av anställning i kommunen och som har erfarenhet av att möta aggressiva patienter. Vid behov kan antalet intervjuer komma att utökas om tillräcklig information ej framkommer under de beräknade intervjuerna. Intervjufrågor som utgår från en förutbestämd mall kommer att användas, men det kommer även att ställas följdfrågor där vi anser det lämpligt. Analysen av intervjuerna kommer att ske med hjälp av en fenomenografisk analysmetod. Varje intervju beräknas ta ca 30-60 minuter. Datum, tid samt plats för intervjun bestäms gemensamt med deltagaren.

Information, samtycke och hantering av material

Vi önskar hjälp av verksamhetschef att identifiera lämpliga intervjupersoner enligt kriterierna ovan. Vi önskar namn, telefonnummer och gärna mailadress till var och en för att inhämta muntligt informerat samtycke. Vid intervjutillfället kommer varje deltagare att få både muntlig och skriftlig information om studien. De som tackar ja till att medverka kommer vi även att begära ett skriftligt informerat samtycke ifrån i samband med intervjuerna. Intervjuerna kommer att spelas in samt transkriberas för att vi lättare ska kunna arbeta med materialet. Både ljudupptagningarna och den transkriberade texten kommer att förstöras direkt när vi anser oss färdiga med respektive informationskälla. Vi vill betona att deltagande är helt frivilligt, att vi kommer att behandla uppgifter om deltagare konfidentiellt samt att man när som helst kan välja att avbryta sitt deltagande i studien.

Ansökan kommer att skickas till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) för rådgivande yttrande innan den planerade studien genomförs. En projektplan för studien kommer att skickas till berörd enhetschef så snart denna blivit godkänd.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning distriktssköterska.

Om Du/ni har några frågor eller vill veta mer, ring eller skriv gärna till oss eller till vår handledare.

Med vänlig hälsning

Marie Blomster Petersson
Leg.sjuksköterska
Tfn 0702717164
e-post:
sdi12mpe@student.lu.se

Namn Emma Nyblom
Leg. sjuksköterska
Tfn 0706974149
e-post:
sdi12eny@student.lu.se

Handledare: Helena Rosén
Lektor
Tfn 046-222 19 26
e-post:
helena.rosen@med.lu.se

Bilagor

- 1. Samtyckesblankett**
- 2. Projektplan (bifogas senare)**

Blankett för medgivande av verksamhetschef eller motsvarande

Titel på studien ”*Undersköterskors erfarenheter av distriktssköterskans stöd vid akuta situationer kring aggressiva patienter på särskilt boende*”

Er anhållan

Medgives

Medgives ej

Ort

Datum

Underskrift

Namnförtydligande och titel

Verksamhetsområde



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsa, vård och
samhälle

Informationsbrev

Undersköterskors erfarenheter av distriktssköterskans stöd i situationer där det förekommer hot och våld på särskilt boende.

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Studien kommer att resultera i en magisteruppsats (D-uppsats) som kommer att finnas tillgänglig på internet efter att den har blivit godkänd av Lunds Universitet.

Syftet med studien är att belysa undersköterskors/vårdbiträdens erfarenheter av det stöd de får av kommunens sjuksköterska/distriktssköterska i situationer där det förekommer hot och våld på särskilt boende av typen blandboende. Detta vill vi göra med anledning av att vi själva genom erfarenheter från tidigare arbete i situationer med hot och våld på särskilt boende sett att det ofta uppstår problematiska situationer. I takt med att befolkningen blir allt äldre kommer antalet personer med demenssjukdom att öka, vilket kan leda till ökad aggressionsproblematik att ta itu med för hälso- och sjukvårdspersonal inom äldreomsorgen. Detta, i kombination med att det råder brist på forskning vad gäller relationen mellan undersköterskor och sjuksköterskor i vårdsituationer med patienter med aggressionsproblematik, motiverar kommande studie.

Intervjun beräknas ta cirka 30-60 minuter.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun på band. Inspelningen kommer att förvaras inlåst så att ingen obehörig kan ta del av den. Efter att uppsatsen har slutförts och godkänts kommer materialet att förstöras.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak eller med några konsekvenser. Resultatet av vår studie kommer att redovisas på ett sådant sätt att Du inte kan identifieras.

Studien ingår som ett examensarbete i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska.

Om Du har några frågor eller vill veta mer efter att intervjun är avslutad är Du välkommen att ringa eller skriva till oss eller vår handledare. Du uppmanas även att höra av Dig till en socionom som är knuten till Din arbetsplats om Du med anledning av intervjun påverkats negativt på något vis, t.ex. känner ett obehag efter att ha deltagit i intervjun. Hör isåfall av Dig till XXXXX. Hennes telefonnummer är XXXXX och mailadressen är XXXXX. Hon har i förväg informerats om att Du som deltagare i studien kan komma att kontakta henne.

Våra kontaktuppgifter:

Marie Blomster Petersson
Leg. Sjuksköterska
Tfn 0702717164
sdi12mpe@student.lu.se

Emma Nyblom
Leg. Sjuksköterska
Tfn 0706974149
sdi12eny@student.lu.se

Handledare: Helena Rosén
Universitetsadjunkt,
filosofie doktor
Tfn 046-222 19 26
Helena.rosen@med.lu.se

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om ”Undersköterskors erfarenheter av distriktssköterskans stöd i situationer där det förekommer hot och våld på särskilt boende”.

Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att ange någon orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att bli intervjuad och att ljudupptagning sker.

Underskrift av undersökningsperson

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Bilaga 4

| Meningsenhet | Kondensering | Subkategori | Beskrivnings- kategori |
|---|--|-------------------------------------|--------------------------------|
| ”Just när de är aggressiva eller så... hotfulla... Är det någon som känner till och vet hur den här boenden är så kan ju kanske inte hen heller göra mer än att ja... hen får ju veta hur det är på telefon och kan väl inte ändå... Så det är väl helt ok tycker jag att man i alla fall är medveten om att det är ett problem. Ingen har ju egentligen någon jätte... patentlösning på detta, för det är ju olika varje gång vad man får hitta på eller göra. Hur man ska gå tillväga.” | Det kan räcka att medvetandegöra sjuksköterskan om situationen per telefon | Delge sjuksköterskan läget | Stöd genom telefonkontakt |
| ”Sköterskan kommer ut.” Åh, perfekt liksom, och då hade jag fått honom lugnare. Då undrade han vad är det för bil som kommer där? ”Ja, vi får väl se vad det är för nån” och sen hör vi dörren smälla, sen går hen och låser in sig också. Och där kände jag då att det stödet var inte riktigt som man ville ha...” | Sjuksköterskan är ej närvarande i situationen då det efterfrågas | Frånvaro | Brist på stöd |
| ”Så hen höll ju honom så här....det är ju svårt för en annan att veta om man får göra så med...men hen gjorde det så bra...hen höll ju honom så och han höll ju på där XXXXX men vi vann ju byta på han å så ju. Så då lärde man ju sig ändå lite tricks med det där och att man kan hålla försiktigt men bestämt ändå.” | Sjuksköterskan bidrar aktivt i omvårdnadsarbetet. | Deltagande i Omvårdnads-situationer | Stöd genom att finnas på plats |

Figur 2. Exempel på analysgång. I figuren har *hon* och *han* ersatts av *hen*, för att undvika identifiering av involverade sjuksköterskor.

