

INTENSIVVÅRDSSJUKSKÖTERSORS UPPFATTNINGAR AV INRE OCH YTTRE RESURSER I VÅRDEN AV VÅLDSBROTTSOFFER

OM5330, Examensarbete i omvårdnad
med inriktning mot intensivvård,
15 högskolepoäng

Degree project in nursing with emphasis on intensive care,
15 higher education credits
Avancerad nivå – Second Cycle 2012

Författare: Linus Petri och Sara Hellström

Handledare: Åsa Axelsson

Examinator: Carina Sparud Lundin

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi vill tacka våra familjer för det stöd och den förståelse ni gett oss under denna period. Tack till våra klasskamrater i specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning intensivvård, för den goda stämningen och kamratskapen. Ett stort tack till René Brauer för att ha ställt upp som bollplank och diskuterat arbetets vetenskapsfilosofiska aspekter, samt korrekturläst vår metoddiskussion. Och framför allt vi vill tacka vår handledare, Åsa Axelsson, för förmågan att alltid ställa de rätta frågorna som sätter igång våra tankar på rätt bana, för värdefulla åsikter, ett kritiskt öga, god hjälp och trevligt sällskap.

Och tack till våra informanter. Utan er hade det inte blivit något arbete!

Linus och Sara

Titel (svensk): Intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar av inre och yttre resurser i vården av våldsbrottsoffer.

Titel (engelsk): Intensive Care Nurses' Perceptions of Internal and External Resources in the Care for Victims of Violence.

Arbetets art: Självständigt arbete

Program/kurs/kurskod: Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård
Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot intensivvård OM5330.

Arbetets omfattning: 15 Högskolepoäng (15 credit points)

Sidantal: 34 sidor

Författare: Linus Petri och Sara Hellström

Handledare: Åsa Axelsson

Examinator: Carina Sparud Lundin

SAMMANFATTNING: Bakgrund: Det ökade våldet i samhället leder till att en patientkategori blir allt vanligare på våra intensivvårdsavdelningar; våldsbrottsoffer. Det föreligger en brist på studier som beskriver hur intensivvårdssjuksköterskor hanterar dessa situationer för att ge sina patienter bästa möjliga vård. **Syfte:** Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar av inre och yttre resurser i vården av våldsbrottsoffer. **Metod:** Studien designades som en kvalitativ studie med explorativ och induktiv ansats där semistrukturerade djupintervjuer genererar deskriptiv data som analyseras med kvalitativ innehållsanalys. Metoden testades i en pilotstudie med fyra informanter och resultatet presenteras i denna uppsats. **Resultat:** Analysen genererade fem kategorier som sorterades in i två på förhand valda domäner; *Inre resurser* och *Yttre resurser*. Kategorierna var *Att vara förberedd*, *Att ha kompetens* och *Förhållningssätt* i domänen *Inre resurser*, samt *Patientstödjande yttre resurser* och *Personalstödjande yttre resurser* i domänen *Yttre resurser*. **Diskussion:** Informanterna i studien upplevde, till skillnad från tidigare studier, att de hade tillräcklig kompetens för att kunna vårda patienter som utsatts för våld. De motiverade detta med att fokus på intensivvårdsavdelningar främst ligger på den medicinska vården, vilken enligt informanterna inte skiljde sig från den av andra patienter. När det kom till den psykiska omvårdnaden av patient och anhöriga så delegerade intensivvårdssjuksköterskorna gärna detta till avdelningens kurator, som både har mer kompetens kring terapeutiska samtal och mer tid att sitta ner och prata med patient och anhöriga. **Konklusion** Intensivvårdssjuksköterskor upplever sig väl rustade att vårda patienter som varit utsatta för våld och där deras kunskaper inte räcker till får de stöd av kuratorn.

ABSTRACT: Background: The increased prevalence of violence in the community results in an increase in intensive care unit admissions due to violence. There is a shortage of studies concerning how intensive care nurses manage the care for victims of violence and how prepared the intensive care nurses are to meet this group of patients and their next of kin. **Aim:** The aim of this study is to describe intensive care nurses' perceptions of internal and external resources in the care for victims of violence. **Method:** The study has a qualitative, explorative and inductive approach where semi-structured interviews generate descriptive data that are analyzed with qualitative content analysis. The method is tested in a pilot study with four informants and the result from the pilot is presented in this one-year master thesis. **Result:** The content analysis generated five categories that were sorted under two predetermined domains; *Internal resources* and *External resources*. The categories were; *To be prepared*, *To be competent* and *Attitudes* in the domain of internal resources, and *Patient-supporting external resources* and *Nurse-supporting external resources* in the domain of external resources. **Discussion:** The informants in this study perceived, in contrast to previous studies, that they were competent enough to care for victims of violence, chiefly since the primary focus in the intensive care unit lies on the medical aspects of nursing, which according to the informants, does not differ much from the caring for other patients. When it comes to the psychological care for patients and next of kin, the nurses gladly delegated it to the welfare officer, who is more qualified for conducting therapeutic conversations and also has the time to sit down and talk to patients and next of kin uninterrupted. **Conclusion:** Intensive care nurses perceive themselves to be well equipped for caring for victims of violence and where they lack knowledge and competence they get support from the welfare officer. **Keywords:** victims of violence, intensive care, nurse, perception, resources.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD.....	2
INLEDNING	6
BAKGRUND	6
FÖREKOMST AV VÅLDSBROTT.....	6
KUNSKAP, UTBILDNING OCH RIKTLINJER.....	7
EXPERTKUNNANDE I OMVÅRDNAD	9
SJKSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA VÅLDSBROTTSOFFER.....	9
PSYKISK HÄLSA HOS VÅLDSBROTTSOFFER OCH DERAS ANHÖRIGA.....	10
SAMMANFATTNING AV FORSKNINGSLÄGET	10
PROBLEMFÖRMULERING	11
SYFTE.....	11
METOD.....	11
DESIGN.....	11
URVAL OCH DATAINSAMLING	11
INTERVJU.....	12
DATAANALYS.....	13
PILOTSTUDIE.....	13
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN.....	14
RESULTAT	14
INRE RESURSER	15
YTTRE RESURSER.....	18
DISKUSSION	21
METODDISKUSSION	21
RESULTATDISKUSSION	24
KONKLUSION.....	27
VAD VET VI?.....	28
VAD TILLFÖR DEN HÄR STUDIEN?	28
REFERENSER.....	29
BILAGA 1 - INTERVJUFRÅGOR	31
BILAGA 2 – FORSKNINGSPERSONSINFORMATION.....	32
BILAGA 3 – ANALYSEXEMPEL.....	34

INLEDNING

Årligen dör runt 100 personer i Sverige på grund av yttre våld. Förekomsten av våldsbrottslighet är ungefär tio gånger större än vad som framgår av antalet inkomna polisanmälningar. Risken att bli offer för misshandel har ökat och den största orsaken till upptrappningen av våldet sägs vara den ökande alkoholkonsumtionen. Händelserna utspelar sig i de allra flesta fall mellan ungdomsgrupper, och den utsatte är nästan alltid en man mellan 18 och 30 år.

Våldet mot kvinnor har i allt högre utsträckning börjat betraktas som ett samhällsproblem och inte som en privatsak för de drabbade kvinnorna. Här begås brottet oftast i bostadsmiljön där insynen är begränsad, vilket betyder att utomstående har liten möjlighet att se och förhindra förekomsten dessa av brott.

De tillfällen våldet är så grovt att den utsatte tvingas vårdas på sjukhus tar vårdpersonalen emot en patient som troligen är svårt traumatiserad, både fysiskt och psykiskt. För att kunna vårda dessa patienter och deras anhöriga på bästa tänkbara sätt krävs att intensivvårdssjuksköterskan har kunskap om och känner sig trygg med denna patientkategori, vilket kommer genom erfarenhet, kompetens och yttre stöd.

BAKGRUND

FÖREKOMST AV VÅLDSBROTT

Våldsbrott är ett ökande problem i Sverige vilket ses tydligt i storstadsregionerna. I Västra Götaland har andelen anmälda våldsbrott (misshandel, sexualbrott och fullbordat mord/dråp) ökat från 10 310 anmälningar år 2000, till 14 549 stycken år 2010; alltså en ökning med 29 % på 10 år (Brottsförebyggande Rådet, 2012).

Lagen definierar begreppet "grov misshandel" som att *"gärningen varit livsfarlig eller om gärningsmannen har tillfogat en svår kroppsskada eller allvarlig sjukdom eller annars visat särskild hänsynslöshet eller råhet"* (Brottsbalken 1962:700, 1962). Andelen fall av grov misshandel har under de senaste tio åren ökat med närmare 30 000 i Sverige, och i Göteborg anmäldes strax över tusen fler fall av grov misshandel år 2010 än tio år tidigare (Brottsförebyggande Rådet, 2012). Enligt Nationella Trygghetsundersökningen (NTU) 2010:12 uppgav 45 000 svenskar att de utsatts för en så pass allvarlig misshandel att de har behövt söka sjuk- eller tandvård. Samma undersökning visar även på att benägenheten att polisanmäla våldsbrott är låg, 32 % av dem som uppgav att de utsatts för misshandel hade anmält denna, medan 64 % av den grova misshandeln anmäldes. Endast 12 % av dem som uppgav att de utsatts för sexualbrott hade anmält händelsen till polisen (Brottsförebyggande Rådet, 2009).

En del av dessa våldsbrottsoffer blir så illa tilltygade att de behöver tas om hand på sjukhus. Enbart i Västra Götaland vårdades 306 personer under år 2010 på grund av övergrepp från annan person, med en könsfördelning av 83 % män och 17 % kvinnor (Socialstyrelsen, 2012b).

Statistik från Akut- och Olycksfallsmottagningen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset visar att det under år 2010 inkom 110 traumalarm i kategorin övergrepp. Kategorin innehåller fyra subgrupper där den största utgörs av personer utsatta för skärande/stickande våld (n=56), därefter följer obehäpnat våld (n=34) samt skjutvapen (n=12) och våld med trubbigt föremål (n=8) (KVITTRA-registret, 2012). Jämfört med samtliga besök på akutmottagningar är det inte längre personer utsatta för våld i nära relationer som är största patientgruppen. Vad gäller de svårast skadade är det istället framför allt övriga misshandelsoffer som är representerade, som främst utgörs av unga män. Statistik från Brottsförebyggande Rådet tyder dock på att även unga kvinnor utgör en allt större andel av offer utsatta för misshandel utanför nära relationer. Största ökningen ser man i åldersgruppen 15-17 år där andelen misshandlade flickor ökat från cirka en fjärdedel till en tredjedel (Brottsförebyggande Rådet, 2012). Det är rimligt att tro att detta fenomen med en överrepresentation av våldsbrottsoffer utsatta för våld utanför nära relation även återspeglas på intensivvårdsavdelningarna, men statistik därifrån existerar tyvärr inte i dagsläget på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

KUNSKAP, UTBILDNING OCH RIKTLINJER

För att kunna identifiera våldsbrottsoffer krävs att vårdpersonalen har kunskap om ämnet (Wathen et al., 2009). Exempelvis har Crandall et al studerat om typen av skador skiljer sig hos kvinnor utsatta för relationsvåld jämfört med patienter som utsatts för yttre våld i samband med trafikolycka eller fallskada. De kunde då konstatera att förekomsten av ansiktsskador var signifikant vanligare hos misshandlade kvinnor än i kontrollgrupperna och författarna menar att ökad kunskap om vanligt förekommande skademönster vid misshandel gör att vårdpersonal lättare identifierar våldsbrottsoffer och därmed kan ge dem adekvat vård (Crandall, Nathens, & Rivara, 2004).

Utbildning ger en ökad kunskap kring riktlinjer och rutiner, vilka instanser som kan ge hjälp och stöd och vad det finns för skriftlig information att ge våldsbrottsoffren. Ökad kunskap hos vårdpersonal ger även ökad förståelse för personer utsatta för våldsbrott (Hägglom, Hallberg, & Möller, 2005). Men förutom detta ger ökad kunskap en ökad medvetenhet som i sin tur leder till att våldsbrottsoffer lättare upptäcks och kan få hjälp (Crandall, et al., 2004; Hägglom & Möller, 2006). Studier från Åland och USA visar att få sjuksköterskor har fått undervisning om våldsbrottsoffer i grundutbildningen (Hägglom, et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006; Nicholas, Wolf, & Breakey, 2001) och av de som har någon form av utbildning inom ämnet har de flesta själva tagit initiativet att gå en kurs eller utbildning (Hägglom & Möller, 2006). Dessutom kommer långt ifrån alla

färdigutbildade sjuksköterskor i kontakt med våldsbrottsoffer och den låga frekvensen av möten med våldsbrottsoffer gör att många sjuksköterskor aldrig utvecklar en erfarenhetsbaserad kunskap kring ämnet (Hägglom, et al., 2005).

Varje vårdtillfälle utgör en unik situation där en sjuksköterska som saknar egen erfarenhetsbaserad kunskap är beroende av yttre resurser för att kunna ge en god vård. I första hand tenderar sjuksköterskor att vända sig till mer erfaren vårdpersonal för råd och stöd i hur de ska agera (Benner, Tanner, & Chesla, 2009). Som komplement till stödet från erfarna kollegor eller då kompetensen saknas på arbetsplatsen använder sig sjuksköterskor av andra yttre resurser, i dessa fall kan lättillgängliga stödjande rutiner och riktlinjer vara till stor hjälp för att kunna ge en god vård (Hägglom & Möller, 2006). Socialstyrelsen har uppmärksammat vikten av kunskapsbaserad vård. I publikationen God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) framhåller Socialstyrelsen att *"Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet och utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt"* (Socialstyrelsen, 2006). Ett sätt att säkerställa att vården sker efter evidens är att ha skriftliga dokument som ger riktlinjer för hur vården skall genomföras. En sökning i Sahlgrenska Universitetssjukhusets intranät under januari 2012 resulterade i enstaka PM och riktlinjer relaterade till vården av våldsbrottsoffer vilka presenteras i tabellen nedan. Däremot fanns inte ett enda PM eller riktlinje rörande våldsbrottsoffer på intensivvårdsavdelningarnas interna sidor.

RUTINDOKUMENT RÖRANDE VÅLDSBROTTSOFFER PÅ SAHLGRENSKAS INTRANÄT

Kvinnovåld – Handlingsplan för Hälso- och Sjukvården i Storgöteborg (2006)	Handlingsplan	Västra Götalandsregionen (VGR)
Riktlinjer för bemötande av patienter som utsatts för våld i nära relation (2008)	Riktlinje	VGR:s avdelning Rehabilitering och Hälsa
Rutin – Misshandel brottsoffer/relationsmisshandel (2005, rev 2006 och 2008)	Rutin	Akutmottagningen på Sahlgrenska
Rutin - misshandel/brottsoffer (2009)	Rutin	Akutmottagningen på SU/Östra sjukhuset
Rutin - brottsoffers tillhörigheter (2009)	Rutin	Akutmottagningen på Östra sjukhuset
PM - Rättsmedicinsk undersökning (2004)	PM	Verksamhetsområdet för Kirurgi och Transplantation, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

EXPERTKUNNANDE I OMVÅRDNAD

Benner et al beskriver i sin bok *Expertise in Nursing Practice* om hur intensivvårdssjuksköterskans kompetens utgörs av dels sjuksköterskans teoretiska kunskap och dels hennes erfarenhetsbaserade kunskap. En nyutbildad intensivvårdssjuksköterska arbetar på en nivå benämnd "avancerad nybörjare" (Advanced Beginner) och hens arbete fokuseras kring att utföra och avklara en rad uppgifter. Med åren samlar hen på sig en erfarenhetsbaserad kunskap och lär sig att gå från det mekaniska strukturerade uppgiftsutförande till att kunna anpassa vården efter specifika behov hos individuella patienter. Sjuksköterskan arbetar då på en nivå benämnd "kompetent" (Competence). Benner et al menar att denna utveckling tydliggör vikten av erfarenhet för att ge en god vård. En sjuksköterska som har god erfarenhet av att vårda en viss patientkategori vet vad patienten har för behov och är mer lyhörd för nyanserna i behov hos specifika individer (Benner, et al., 2009). En sjuksköterska som däremot saknar erfarenhet av en patientkategori baserar sitt arbete utifrån den kunskap och de riktlinjer hen har till förfogande, både tidigare inlärd och från arbetsplatsen tillhandahållna (Benner, et al., 2009; Wathen, et al., 2009).

SJUJSKÖTERSORS UPPLEVELSER AV ATT VÅRDA VÅLDSBROTTSOFFER

Vid brist på utbildning, riktlinjer och rutiner tvingas sjuksköterskor att improvisera i mötet med våldsbrottsoffer. Detta i kombination med höga förväntningar på sjuksköterskans kompetens skapar en stor frustration och känsla av maktlöshet hos sjuksköterskan i akuta situationer med behov av snabba lösningar, som exempelvis när en misshandlad kvinna besöker en vårdcentral i akut behov av skyddat boende och identitet (Hägglom & Möller, 2006).

Hägglom och Möller (2006) har i en studie visat att sjuksköterskor som vårdar kvinnor som utsatts för våld i nära relationer påverkas starkt av situationen. De sjuksköterskor som har personlig erfarenhet av misshandel och som inte haft möjlighet att bearbeta detta professionellt upplever en större psykisk ohälsa av att arbeta med denna patientkategori. De upplever ofta starkare känslor och visar större engagemang för sina patienter, och känner en rädsla för att missa att upptäcka en patient som utsatts för våld i nära relation. Sjuksköterskor som har stor erfarenhet av mötet med våldsbrottsoffer utvecklar en intuition för patienter som kan vara utsatta för misshandel. Denna kunskap är dock inte nog, sjuksköterskan måste själv övervinna sin rädsla för problemet innan hen kan hjälpa patienten fullt ut. Vårdpersonal som är erfaren inom vård av denna patientkategori upplever ofta ilska över kollegor som misslyckas att identifiera kvinnor som utsätts för våldsbrott i nära relationer, och ilska över dem som negligerar kvinnornas historier och tvekar över deras trovärdighet (a.a.)

Sjuksköterskor med erfarenhet av vården av kvinnor i våldsamma relationer pratar om förövaren som farlig, och att förövaren kan komma att upprepa våldet eller att det riskerar att eskalera. Sjuksköterskorna anser att förövaren är en del av problemet men också en del av lösningen, och att även förövaren behöver god vård och skall behandlas som en mänsklig varelse. Vårdpersonalen önskar kunna ingripa i situationen och motivera våldsutsatta kvinnor att lämna sitt destruktiva förhållande (Hägglom, et al., 2005).

PSYKISK HÄLSA HOS VÅLDSBROTTSOFFER OCH DERAS ANHÖRIGA

Forskning visar att individer som utsätts för våldsbrott mycket ofta lider av psykisk ohälsa i efterförloppet, och många offer utvecklar både posttraumatiskt stressyndrom och depression som kan vara livslång (Pico-Alfonso et al., 2006). Även anhöriga påverkas när deras närstående far illa. En person som misshandlas så allvarligt att denne hamnar på intensivvårdsavdelning är troligtvis inte redo att börja bearbeta det psykiska traumat som misshandel innebär, däremot är anhöriga i stort behov av hjälp och stöd (Kirkevold, Ekern Strømsnes, & Ganuza Jonsson, 2003). Här har intensivvårdssjuksköterskan en unik möjlighet, men också ett ansvar att slussa vidare anhöriga till organisationer som kan hjälpa dem bearbeta händelsen (Västra Götalandsregionen, 2006).

SAMMANFATTNING AV FORSKNINGSLÄGET

Aktuell forskning inom området våldsbrottsoffer söktes under december 2011 i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus med stöd av bibliotekarie vid Biomedicinska Biblioteket, Göteborgs Universitet. Sökorden som användes var violence, victim*, nurs* resource*, knowledge, stabbing, gunshot, abuse och assault separat och i olika kombinationer. De flesta sökträffar hanterade ämnet våld mot sjuksköterskor och då detta ej svarade mot studiens syfte inkluderades de ej. Vad gäller studier rörande patienter utsatta för våld bestod sökresultatet av så gott som uteslutande forskning inom ämnet våld i nära relationer. Av de artiklar som publicerats handlar merparten om strategier för att identifiera kvinnor som utsatts för våld i hemmet (Crandall, et al., 2004; Wathen, et al., 2009) och några enstaka studier hanterar ämnet ungdomsvåld (Nicholas, et al., 2001). Vad gäller våld där förövaren inte är i nära relation till offret genererar sökning i ovanstående databaser inga studier.

Den forskning som finns i nuläget har bland annat påvisat att sjuksköterskor upplever sig ha ett behov av mer utbildning och kunskap inom vården av våldsbrottsoffer (Hägglom & Möller, 2006). Till exempel saknas kunskap om hur hälso- och sjukvårdspersonal bör ta emot kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, vilka stöd och resurser som finns i samhället för denna patientgrupp, och vad som är orsakerna till relationsvåld. Ökad utbildning skulle också eventuellt kunna leda till en sund förändring av attityder hos vårdpersonalen, då en studie från 2005 konstaterade att hela 25 % av sjuksköterskorna i studien trodde att en del kvinnor misshandlas på grund av sin hjälplösa

personlighet och 27 % av sjuksköterskorna trodde att kvinnan skulle lämna förhållandet om hon uppfattade misshandeln som stötande (Hägglom, et al., 2005).

PROBLEMFÖRMULERING

Intensivvårdssjuksköterskor vårdar många gånger våldsbrottsoffer utan att ha någon teoretisk utbildning om denna patientkategori. De har även begränsade möjligheter att själva öva upp en rutin då patientkategorin är liten inom intensivvården. Dessa omständigheter innebär en risk att intensivvårdssjuksköterskor är bristfälligt rustade för att kunna ge våldsbrottsoffer och deras anhöriga ett för situationen optimalt omhändertagande.

Denna studie syftar till att utreda hur väl den enskilda specialistsjuksköterskan upplever sig vara rustad för att möta denna växande patientkategori och vad hen har för verktyg för att inte bara utföra den fysiska omvårdnaden, utan också för att möta patientens och anhörigas behov av trygghet, uppbackning, upplysningar och metoder för att slussa patienten tillbaks till en så trygg och säker tillvaro som möjligt.

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar av inre och yttre resurser i vården av våldsbrottsoffer.

METOD

DESIGN

Då fokus för studien är intensivvårdssjuksköterskors uppfattningar av resurstillgång antas en kvalitativ, explorativ och induktiv ansats där semistrukturerade djupintervjuer genererar deskriptiv data som analyseras med kvalitativ innehållsanalys.

URVAL OCH DATAINSAMLING

Den kommunala självstyrelsen innebär att landstingen i Sverige har en självständig bestämmanderätt för kommuner och landsting (Kommunallag SFS 1991:900, 1991). Då organisation och riktlinjer således skiljer sig mellan olika landsting, och för att begränsa urvalet till en rimlig storlek, fastställs en geografisk avgränsning till intensivvårdssjuksköterskor anställda på Sahlgrenska Universitetssjukhuset inom Göteborgs Stad. Därmed inkluderas intensivvårdsavdelningarna Centralintensiven (CIVA), Thoraxintensiven (TIVA) och Neurointensiven (NIVA) på Sahlgrenska Sjukhuset samt Östra Sjukhusets IVA. Misshandel faller under kategorin skador orsakade av yttre orsaker (Socialstyrelsen, 2012a), därför inkluderas enbart intensivvårdsavdelningar som vårdar patienter med kirurgisk åkomma. Av den anledningen exkluderas Infektions-IVA, HIA och Mölndals IVA, då dessa är medicinska intensivvårdsavdelningar. Barn-IVA exkluderas då organisation,

bemötande och vård av barn och anhöriga skiljer sig mycket från vuxenvårdens dito (Claes Frostell, 2005; Moloney-Harmon, 2009). Därtill kommer aspekten att barn inte är myndiga och att förövaren ibland är barnets vårdnadshavare, samt att andra lagar gäller vid barn som far illa (Lag om Barnombudsman SFS 1993:335, 1993; Offentlighets- och sekretesslag SFS 2009:400, 2009) gör det olämpligt att dessa avdelningar inkluderas. För att nå representativt material görs ett strategiskt urval för att få fyra kategorier representerade; <2år, 2-5 år, 5-10år och >10 års arbetslivserfarenhet som intensivvårdssjuksköterska. Gränserna för de första två kategorierna baseras på Benner et als teori kring expertkunnande i omvårdnad där specialistsjuksköterskor delas upp i kategorier utifrån kompetens. En nyutbildad specialistsjuksköterska arbetar på nivån av avancerad nybörjare (advanced beginner) under de första två åren. Därefter går specialistsjuksköterskan vidare till stadiet som kompetent (competence), övergången till de två resterande stadierna, skicklig och expert (proficient och expert) har inte getts någon bestämd tidsram av Benner et al. (2009). De sista kategorigränserna sätts därmed till 5-10år och >10års arbetslivserfarenhet.

Informanter skall nås genom tre rekryteringsvägar:

- Skriftliga anslag om studien på respektive IVA-avdelning
- Information om studien till personal via vårdenhetschef
- Muntlig information om studien på avdelningsmöte eller dylikt

Intensivvårdssjuksköterskor som önskar medverka skall kunna meddela intresse både via mail och via telefon. Målet är att inkludera cirka 20 informanter i studien.

INTERVJU

För att intervjun skall hållas kring information som är relevant för problemformuleringen används semistrukturerade intervjuer (Bryman, 2008; Hartman, 2004). Sex stycken öppna frågor som fokuserar på olika aspekter av sjuksköterskans uppfattningar av inre och yttre resurser i vården av våldsbrottsoffer skapas. Informanterna tillfrågas även om demografisk data såsom antal år inom sjuksköterskeyrket respektive som intensivvårdssjuksköterska, eventuell erfarenhet av att vårda våldsbrottsoffer samt eventuell formell utbildning om våldsbrottsoffer. Intervjufrågorna presenteras i sin helhet i Bilaga 1.

Intervjuerna genomförs på plats överenskommen mellan informant och intervjuare. Informanterna får läsa igenom en forskningspersonsinformation (Bilaga 2) och ge skriftligt samtycke till deltagande. Intervjuerna spelas in med diktafon.

Under intervjun ledsagas informanten genom de teman intervjun grundar sig på, och det är viktigt att forskaren är följsam i situationen för att nå bästa möjliga utfall. Forskaren måste ställa rätt frågor och

lyssna aktivt, samtidigt som hen skall hålla reda på hur lång tid intervjun pågått och vilka teman som tagits upp och vilka som finns kvar att diskutera (Starrin & Renck, 1996). Intervjun bör ses som ett samspel mellan forskare och informant, och kunskapen som uppstår är resultatet av samspelet mellan dessa två individer (Kvale, Brinkmann, & Torhell, 2009).

DATAANALYS

Intervjuerna transkriberas till elektroniska dokument. Därefter kontrolleras att transkriptionen är korrekt genom att lyssna på inspelat material och samtidigt läsa transkriptionen. Analysen genomförs efter riktlinjerna för kvalitativ induktiv innehållsanalys (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). I första steget av analysen läser båda författarna igenom samtliga transkriptioner flera gånger för att möjliggöra en helhetssyn av insamlad data. Därefter identifieras meningsbärande enheter i texten och de meningsbärande enheterna kondenseras och kodas. Koderna från samtliga intervjuer sammanställs och gemensamma nämnare identifieras. De koder som beskriver samma fenomen samlas i huvudkategorier och underkategorier. Kategorierna skall vara internt homogena och externt heterogena, med andra ord får en kod inte passa in under flera kategorier. Båda författarna analyserar samtliga data oberoende av varandra, och jämför sedan resultatet för att säkerställa en korrekt analys (a.a.).

PILOTSTUDIE

För att testa studiens genomförbarhet genomfördes en pilotstudie. Informanterna utgörs av ett strategiskt urval där målet var att inkludera en informant från varje arbetslivserfarenhetskategori (<2 år, 2-5 år, 5-10 år och >10 år). Informanterna för pilotstudien rekryterades från CIVA och TIVA genom personlig tillfrågning. Fyra informanter tillfrågades om deltagande och samtliga accepterade att medverka i studien. Före intervjustart läste informanterna igenom Forskningpersonsinformation (Bilaga 2) och blev tillfrågade om de förstätt informationen samt om de var medvetna om att de kan dra sig ur studien om de önskar. För övriga etiska åtaganden – se Forskningsetiska överväganden nedan. Samtliga urvalsgrupper med undantag av arbetslivserfarenhet >10år representerades i pilotstudiens urval (se Tabell 1). Intervjuerna genomfördes i tre fall på informanternas respektive avdelningar och i ett fall på Göteborgs Universitet. Författarna intervjuade två informanter var och tiden för intervjutillfällena varierade mellan 14 och 28 minuter. Data analyserades med kvalitativ innehållsanalys enligt tidigare nämnd metodbeskrivning. Exempel på analysstegen redovisas i Bilaga 3. Resultatet från pilotstudien presenteras i denna magisteruppsats (Master 1 year) och kommer ligga till grund för eventuella metodmodifikationer inför kommande fullskalig studie.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vid forskning som innefattar människor finns fyra allmänna huvudkrav på forskningen; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Informanterna informerades skriftligt om syfte och mål med studien, samt om att deltagandet är frivilligt och att de när som helst har möjlighet att dra sig ur studien eller vägra att svara på frågor. Insamlad data har hanterats konfidentiellt och information som publiceras i studien skall inte gå att härleda till specifika informanter. Uppgifter insamlade om enskilda personer används enbart i forskningsändamål. Vi har strävat efter att analysera data så objektivt som möjligt, samt att återge insamlad data så sanningsenligt som möjligt (The World Medical Association (WMA), 2008; Vetenskapsrådet, 2002). Då studien är en del av ett examensarbete krävs ingen etikprövning utan handledaren ansvarar för att de forskningsetiska kraven möts (The World Medical Association (WMA), 2008) Vi bedömer att risken för negativ inverkan på informanternas fysiska och psykiska hälsa är låg vid deltagande i studien. Nyttan med studien utgörs av en ökad kunskap kring ämnet och vi bedömer att denna nytta överstiger eventuella risker för informanterna.

RESULTAT

YRKESRELATERAD INFORMATION OM INFORMANTERNA I PILOTSTUDIEN

	Antal år som grundutbildad sjuksköterska	Antal år som IVA-sjuksköterska	Utbildning om våldsbrottsoffer	Erfarenhet av att vårda våldsbrottsoffer
Informant 1	5	2	Nej	Ja
Informant 2	7,5	<1	Nej	Ja
Informant 3	12	7	Nej	Ja
Informant 4	15	5	Nej	Ja

Ur resultatet identifierades kategorier utifrån två domäner; *Inre resurser* och *Yttre resurser*. I domänen Inre resurser framkom kategorierna *att vara förberedd, att ha kompetens* och *förhållningssätt*; och under domänen Yttre resurser identifierades kategorierna *patientstödjande yttre resurser* och *personalstödjande yttre resurser*.

INRE RESURSER

Under domänen *Inre resurser* identifierades de egenskaper som informanterna själva besatt och som de använde sig av i vården av våldsbrottsoffer. Dessa egenskaper bestod av att förbereda sig, att använda sin kompetens samt sjuksköterskornas förhållningssätt gentemot våldsbrottsoffer, anhöriga och förövare.

ATT VARA FÖRBEREDD

De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna beskrev vikten av att vara förberedd när de tar över en patient som varit utsatt för våldsbrott. Denna förberedelse innebar att söka information, strukturera en handlingsplan och förbereda sig mentalt. Information söktes från kollegan som rapporterar genom att ställa följdfrågor om sekretess, särskilda besöksrestriktioner och om den brottsmisstänkte blivit omhändertagen av polis samt genom att söka i dokumentationen, exempelvis i akutjournalen. Sjuksköterskorna beskrev att medvetenhet om vilka resurser som fanns att tillgå i sig ökade möjligheten att vara förberedd på de situationer som kan uppstå. Att ha en tydlig handlingsplan rörande eventuell hotbild, besöksregler och säkerhet underlättade beslutsfattandet i specifika situationer;

"... och ibland att man har fått rapport om nån misshandel och sen står det nån make i dörren och så vet man inte alls hur man ska bete sig och vet inte om, är det sekretess som gäller eller inte, utan att jag har väldigt klara besked, det skulle jag vilja ha."

I de fall det förekom en hotbild mot patienten upplevde sjuksköterskorna att det var troligt att det även förekom en hotbild mot personalen. De framhöll vikten av att tänka på den egna säkerheten och att vara extra vaksam på vem som besöker en patient som varit utsatt för brott.

"När jag vet att det finns de patienterna på avdelningen så kikar man lite extra där för att se vilka man faktiskt släpper in för då för att ha den säkerheten."

Erfarenhet gjorde sjuksköterskorna medvetna om specifika problem som kan uppstå i vården av våldsbrottsoffer och vad de behöver ta specifik hänsyn till. En sjuksköterska uttryckte att hen förberedde sig mentalt när hen skulle väcka en patient som varit utsatt för våld.

”Och, det klart att man kanske kan förvänta sig från början att i större utsträckning, att man vaknar upp med oro om man har varit utsatt för våld. Så kanske, kanske det är det som skiljer, att jag förväntar mig en större oro, när jag väcker, än vad jag gör normalt.”

En annan sjuksköterska uttryckte det som stressande vid de tillfällen hen inte haft möjlighet att förbereda sig tillräckligt, till exempel när det inte fanns tid att samla information om vad som hade hänt en patient. Sjuksköterskorna upplevde det som extra problematiskt när de i efterhand kunnat konstatera att arbetet hade flutit på bättre om information varit tillgänglig i ett tidigare skede.

När tiden är knapp och arbetsbelastningen stor upplevde sjuksköterskorna en känsla av otillräcklighet. Sjuksköterskorna beskriver att många gånger är det medicinska arbetet kring patienten så omfattande att det inte finns något utrymme för att söka information. Att sitta och söka på internet var helt uteslutet, och sjuksköterskorna uttryckte även att de vid hög arbetsbelastning inte alltid hade möjlighet att ge anhöriga det stöd de kanske hade behövt, samt att det var svårt att ta emot många anhöriga samtidigt.

ATT HA KOMPETENS

Den egna kompetensen och beredskapen att vårda våldsbrottsoffer upplevde informanterna som god då de ansåg att vården av denna patientgrupp i grunden inte skiljde sig från vården av andra patientgrupper. De framhöll samtidigt att alla vårdtillfällen är unika och att de anpassar vården efter den enskilda patientens behov.

Ingen av informanterna kunde minnas att de hade fått utbildning om våldsbrottsoffer i varken grundutbildningen, vidareutbildningen eller via fristående kurser. Ingen var heller engagerad i någon frivilligorganisation rörande våldsbrottsoffer som exempelvis kvinnojour eller brottsofferjour, samtliga informanter hade däremot erfarenhet av att vårda våldsbrottsoffer. Informanterna pratade om att den kompetens som krävs för att vårda våldsbrottsoffer kommer av erfarenhet, och att något sådant skulle vara svårt att lära sig teoretiskt. Genom att vårda våldsbrottsoffer så har sjuksköterskorna lärt sig vad de behöver vara uppmärksamma på som är specifikt viktigt för denna patientkategori, som att kontrollera att skadorna patienten fått är ordentligt dokumenterade.

”sen så får man kolla det här då... att det är dokumenterat vilka skador hon har, att det verkligen är gjort, om det är fotografier tagna och så vidare”

Informanterna anser att klinisk erfarenhet var en tillgång när det gällde att våga sätta ner foten och sätta upp besökskriterier när det var många anhöriga eller om det fanns en hotbild mot patienten. Med erfarenhet lärde sig sjuksköterskorna även en fingertoppskänsla när det gäller att bemöta patienter och anhöriga, att kunna känna av om patienten vill prata eller inte.

Sjuksköterskorna upplevde att den allmänna kompetensen för att ta emot och vårda våldsbrottsoffer på IVA var god, och att intensivvårdsavdelningar generellt sett även har bättre resurser till att stötta anhöriga än vanliga vårdavdelningar.

”jag tycker ändå att kompetensen här är hög liksom i att ta hand om den här typen av patienter”

Samtidigt framhåller de att även om kompetensen är god så kan den alltid bli bättre; den specifika kompetensen om våldsbrottsoffer besitts enligt informanterna av vissa individer som har mycket erfarenhet av patientkategorin. Den samlade kompetensen beskrevs som stor men den fanns hos enstaka individer och var inte särskilt lättillgänglig. Det upplevdes inte som att det skedde någon spridning av kunskapen, att den fanns men inte delades.

”jag tror egentligen att det finns väldigt mycket kunskap men att vi kanske inte delar den på ett sånt sätt att den är lättillgänglig utan att man mer i situationerna får söka den”

FÖRHÅLLNINGSSÄTT

Sjuksköterskans attityd till våldsbrottsoffer, anhöriga och förövare låg till grund för den vård som gavs. Informanterna beskriver belastningen på intensivvårdsavdelningar som hög och att de i sitt arbete har en klar prioritering; i första hand tas patientens medicinska behov omhand, därefter de psykologiska behoven och slutligen när dessa var tillgodosedda kunde sjuksköterskan engagera sig i anhörigas behov av stöd. Sjuksköterskorna framhöll att patientens största behov när han eller hon ligger på en intensivvårdsavdelning är av främst medicinskt karaktär. De upplevde det som att vårdpersonal många gånger resonerar som att patientens psykologiska behov får tas i ett senare skede då patienten flyttats till vårdavdelning, och en sjuksköterska vittnade även om att en del kollegor kan ha attityden att hellre sedera en patient lite mer, än att försöka hjälpa patienten att bearbeta dennes ångest och oro;

”Jag har haft kolleger som tagit hand om patienter som och har varit utsatta för sånt här och säger ’hon får sova lite, vi ger lite Stesolid.”

Sjuksköterskorna berättar att vårdavdelningen ofta får bära det största ansvaret när det gäller den psykologiska vården, och att det kan vara viktigt att tidigt informera vårdavdelningen om att patienten som kommer att föras över har ett stort behov av stöd och bearbetning.

När det gällde bemötandet av patienter och anhöriga så framhöll sjuksköterskorna att det viktiga var att lyssna och att finnas där, att försöka vara lyhörd för patientens reaktioner och att bygga upp ett förtroende och en trygghet. Sjuksköterskorna beskrev vikten av att ta hand om anhöriga men också att det är av stor vikt att vara ärlig mot sig själv angående hur situationen påverkar en och inte dra sig för att prata ut om det som upplevs betungande.

”De (anhöriga) behöver bara någon som sitter ner och då och bara frågar dom hur är det, hur känns det och då kan de bara bubbla upp en jättemycket och så kan man bara sitta där och lyssna in det, då har de fått jättemycket stöd.”

Våldsbrottsoffer kan i vissa fall även vara förövare själva och ha ett kriminellt förflutet. Här var de intervjuade sjuksköterskorna väldigt noga med att påpeka hur viktigt det är att en sådan patient blir bemött på samma sätt som vilken annan patient som helst; att personen i första hand är deras patient, och att den personen är värd precis samma vård som alla andra. Sjuksköterskorna framhöll att dessa patienter måste vårdas förbehållningslöst och att inga personliga värderingar får färga vården av patienten.

YTTRE RESURSER

De yttre resurserna delades in i patientstödjande och personalstödjande yttre resurser. Med patientstödjande yttre resurser menas det stöd utifrån, som sjuksköterskan kan förmedla till patient och anhöriga. De personalstödjande yttre resurserna utgjordes av det emotionella stöd som intensivvårdssjuksköterskan har tillgång till för att kunna hantera de känslor som uppkommer vid vården av svåra patientkategorier.

PATIENTSTÖDJANDE YTTRE RESURSER

De patientstödjande yttre resurser som informanterna beskrev var kurator, psykiatrikonsult, psykolog, sjukhuskyrkan, företrädare för andra religioner och trossamfund, kollegor, brottsofferjouren, polis, väktare och rättsmedicin.

Vikten av att ha en kurator knuten till avdelningen och vilken god resurs detta är i vården kring våldsbrottsoffer och dennes anhöriga var alla våra informanter överens om. Intensivvårdssjuksköterskorna berättade att kuratorn skall introduceras tidigt i situationen, och att

kuratorn utgör en bättre resurs och har högre kompetens för att hjälpa patient och anhöriga med stöttning och trygghet än vad sjuksköterskor och undersköterskor har möjlighet att vara. Informanterna ansåg också att kuratorerna skulle kunna ge kunskap till sjuksköterskor när det gäller att ta hand om patient och anhöriga. Kuratorn eller sjuksköterskan löser patientens behov av mentalt stöd i det akuta skedet, men om patienten blir kvar länge på intensivvårdsavdelningen eller om patienten visar sig ha mycket problem med ångest och oro ville sjuksköterskan ofta ta hjälp av en psykiatrikonsult eller psykolog. Under kontorstid finns möjlighet till hjälp från kurator för att tala med patient och anhöriga, och detta är oftast förstahandsvalet, men utöver detta talade alla informanter även om möjligheten till stöd och hjälp från sjukhuskyrkan, som också kan vidarebefordra kontakt till företrädare för andra religioner och trossamfund om patienten så önskar. Informanterna lyfte patientens hemförsamling som en källa för mentalt stöd.

”Vi har ju liksom kuratorer som är kopplade till avdelningen så dem hade jag nog kopplat in väldigt tidigt för att liksom lyfta den.”

En annan stor källa till stöd i patientarbetet var kollegorna på avdelningen. Sektionsledaren hjälper till med att sätta upp strukturer kring vården i de fall det behövs besöksrestriktioner eller andra begränsningar och hjälper också till med informationsinhämtning. Mer erfarna kollegor bistår ofta med konkret information och goda tips. Undersköterskor beskrevs som en god resurs då de ofta har mer tid att sitta hos en orolig patient och ta hand om anhöriga än vad den medicinskt ansvariga sjuksköterskan har i det akuta skedet. Alla informanter upplever att de får bra hjälp av sina kollegor och att det alltid finns någon på avdelningen som kan bistå med hjälp och stöd. Framför allt uppskattas kollegornas hjälp i den akuta situationen för att hinna ta hand om oroliga anhöriga och känslan att man jobbar i ett team med sjuksköterskor, undersköterskor, kurator och läkare finns alltid där.

”Jag skulle nog snarare först och främst, liksom vända mig till teamet här. Läkaren och i så fall kuratorn.”

Brottsofferjouren nämndes som en resurs för patient och anhöriga. En av informanterna berättade om hur hen brukar skriva ut egengjorda visitkort där nummer till avdelningen stod och i fall med våldsbrottsoffer brukade hen lägga till bland annat telefonnummer till brottsofferjouren. Dessa visitkort gav hen till både patienter och anhöriga.

I vården av våldsbrottsoffer är polis eller väktarservice ofta inkopplade av en eller annan anledning, patienten i fråga kan vara i behov av skydd utifrån eller vara häktad. En informant berättade om att det går att få god hjälp av polisen när det finns ett behov av riktlinjer i hur vissa händelser skall hanteras;

”Men obekvämt så sitter man ju lite i... i situationer som man inte riktigt vet hur man ska bete sig. Men jag har ju ringt till polisens växel och frågat och dom, dom är ju väldigt hjälpsamma.”

Polisen kan också hjälpa till med att bedöma risksituationen och hotbilden kring de enskilda patienterna, och att det inte är ovanligt att väktare eller poliser finns på avdelningen vid en ökad hotbild för patient eller personal. En sjuksköterska pratade om anhörigas behov av skydd och stöttning i dessa situationer;

”Det är väl inte vårt ansvar att se till att dom är skyddade i hemmet men det är vårt ansvar att se till att dom kan få hjälp till att bli skyddade i hemmet.”

Trots att avdelningen är låst och att det finns portkameror monterade för kontroll av inpasserande kan det kännas obehagligt för vårdpersonalen. Några informanter uppgav att de känner en stor trygghet med de väktare eller poliser som posteras på avdelningen vid ökad hotbild, och att de gärna låter den uniformerade personalen synas när portarna till avdelningen öppnas för okända individer ifall de skulle vara där för att göra patienten illa;

”Tillhör man gäng och så tror jag inte att man kommer med västar och batonger, utan man kommer nog som den som, som vem som...”

När det gjorts en anmälan av brottet patienten utsatts för kopplas rättsmedicin in. En av informanterna hade erfarenhet av att samarbeta med rättsmedicin och uppgav att de ofta gav en väldigt tydlig struktur kring den del av arbetet som är specifikt för patienter utsatta för våldsbrott.

En informant talade också om att det inte är ovanligt att journalister ringer avdelningen för att få information om en patients tillstånd, och att vårdpersonalen har skriftliga riktlinjer på att man skall hänvisa all media till sjukhusets pressansvarige.

Sjuksköterskorna uppgav att de saknar och känner ett behov av PM och riktlinjer för handhavandet av denna patientkategori, men säger samtidigt att det är svårt att standardisera ett PM om våldsbrottsoffer eftersom alla patienter är olika och alla har olika behov. En informant önskar att

brottsofferjour eller kuratorer medverkar på någon av avdelningens utbildningsdagar där de kan ge del av sin specifika kunskap, och upplever att det vore bra att samla vårdteamets kunskap för att kunna veta vilka resurser som finns tillgängliga för patienten.

PERSONALSTÖDJANDE YTTRE RESURSER

De personalstödande yttre resurser som informanterna har talat om var de närmaste kollegorna, sin närmaste chef, avdelningens läkare och avdelningens kurator.

Sjuksköterskorna beskrev frustrationen i kontakten med våldsbrottsoffer, hur meningslöst det känns och hur upprörda de blir när patienter hamnar på sjukhus på grund av överlagt våld och inte på grund av sjukdom. Alla uppgav de närmaste kollegorna som den bästa tillgången till stöd när situationen är jobbig, och att det är väldigt skönt att jobba i par och kunna stötta varandra genom att inte behöva vara ensam om en upplevelse;

”Då var det så att vi var två sköterskor som jobbad med den här patienten och vi kände varandra väldigt väl så vi pratade ju jättemycket om detta både under tiden och efteråt och följde upp liksom...”

När det inte är tillräckligt att enbart prata med de närmaste kollegorna för att ventilera tuffa situationer nämner sjuksköterskorna sin närmaste chef, doktorerna på avdelningen eller kuratorn som bra samtalspartners. De berättade att empatin för patienten är viktig men att det inte får gå ut över den personliga prestationen på jobbet, och att det är viktigt bearbeta jobbiga upplevelser. Det är inget märkligt för någon av informanterna att det kan vara känslösamt att vårda vissa patienter, och de upplever det som konstigt om inte den inblandade vårdpersonalen skulle reagera på svåra situationer och behöva stöd efter detta.

”Den dagen man inte reagerar på saker och ting så ska man nog sluta tror jag, det är väldigt konstigt om man inte skulle ta till sig nånting. Sen får man ju inte ta till sig så det går ut över jobbet eller familjen eller såhär...”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Denna studie genomfördes med semistrukturerade intervjuer. Enligt Bryman är semistrukturerade intervjuer att föredra framför ostrukturerade, då aspekterna som studien skall fokusera på är kända på förhand snarare än att utgå från ett intresse för att samla in allt kring ett visst fenomen. Semistrukturerade intervjuer är även att föredra när det är fler än en person som ska genomföra

intervjuerna för att säkerställa att de genomförs på liknande sätt (Bryman, 2008). Ett alternativt metodval hade varit att använda sig av Critical Incident med en öppen fråga där informanterna uppmanas till att berätta om ett tillfälle där de har vårdat ett våldsbrottsoffer (Carlsson, 2008), men förutom argumenten mot öppna frågor som presenterats ovan så hade detta metodval även resulterat i ett smalare urval, då prevalensen av intensivvårdssjuksköterskor som stött på våldsbrottsoffer är låg (Brottsförebyggande Rådet, 2012; KVIITRA-registret, 2012). Syftet med att genomföra en pilotstudie var att testa intervjufrågornas relevans. Dessa frågor skapades utifrån studiens syfte och bland annat användes två frågor utformade som patientfall (se bilaga 1). Intervjuerna inleddes med dessa två frågor för att hjälpa informanterna att sätta sig in i situationen i det fall de inte skulle ha haft personlig erfarenhet av att vårda våldsbrottsoffer.

Två patientfall valdes, det första om våld i nära relationer och det andra om våld från okänd förövare med syftet att finna fokus i det stora spektrum av våldsbrott som existerar i samhället. Dessa patientfall tjänade sitt syfte och gav en bredd i data som vi i annat fall bedömer hade gått förlorad. Exempelvis hade kanske inte alla informanter resonerat kring förövaren som nära anhörig eller som en del av organiserad brottslighet utan dessa patientfall. En annan aspekt av att använda dessa patientfall var att svar på de senare mer specifika frågorna kom upp redan under denna fas av intervjun, vilket ger ytterligare stöd för hypotesen att patientfall får informanterna att börja tänka i banor motsvarande studiens syfte. De kommande riktade frågorna blev då ett sätt att följa upp och utveckla specifika aspekter av upplevelsen av de resurser intensivvårdssjuksköterskorna upplevde sig ha att tillgå. Frågorna upplevdes vara väl formulerade med undantag av fråga nr 6: "Finns det en kunskapsbrist i vården kring patientgruppen våldsbrottsoffer?". För att undvika bias då frågan är både ledande och slutet bör den omformuleras till; "Hur upplever du kunskapsnivån kring våldsbrottsoffer i vården". Trots detta har frågans utformning i pilotstudien genererat användbar information där informanterna har resonerat fritt kring ämnet trots att frågan var slutet formulerad.

I en av frågorna efterfrågas om informanten upplever sig ha stöd utifrån. Begreppet "stöd utifrån" är inte oproblematiskt och kan ha olika innebörd för olika informanter. Att operationalisera begreppet skulle dock åter igen utgöra ett bias då det är informantens upplevelse av tillgängligt stöd och inte resonemang kring vår syn på begreppet som efterfrågas. Även begreppet vård visade sig ha olika innebörd hos de olika informanterna, men det lämnades också öppet för egen tolkning enligt ovanstående resonemang. Frågan kring upplevelsen av personlig kompetens skulle kunna upplevas av informanterna som stötande men inget tyder på att några av deltagarna i pilotstudien verkar upplevt denna fråga som att deras kompetens ifrågasatts.

Gällande urvalet för pilotstudien så var målet att samtliga arbetslivserfarenhetsgrupper skulle vara representerade. Detta för att täcka in det spektra av uppfattningar som kan skilja sig mellan intensivvårdssjuksköterskor med olika lång arbetslivserfarenhet (Benner, et al., 2009). Detta nåddes delvis då tre av fyra grupper representerades, endast gruppen med >10 års arbetslivserfarenhet som intensivvårdssjuksköterska saknades. Då studien är en pilotstudie där syftet är att pröva metodens utformning, och inte att generera ett tillförlitligt resultat bör det inte vara avgörande att en urvalsgrupp saknas då det kan antas att denna grupp inte hade skiljt sig nämnvärt från de andra vad gäller förståelsen av frågorna.

Kvalitativ innehållsanalys är en frekvent använd metod inom omvårdnadsvetenskapen. Metoden har en tydlig struktur och är förhållandevis användarvänlig. Men liksom alla metoder har den sina brister. Det har framlagts argument mot innehållsanalysens vetenskapliga värde, främst argument om att innehållsanalysen inte skulle skilja sig från vanlig journalistik och därmed inte vara en vetenskaplig metod. Det som skiljer innehållsanalys från de andra kvalitativa metoderna är att innehållsanalysen inte är bunden till en specifik teoretisk anknytning och det är just denna aspekt som argumenten kretsar kring när innehållsanalysen påstås vara ovetenskaplig. För att detta argument skall vara legitimt förutsätts att en teoriansknytning är någonting som bör eftersträvas, vilket är ett förståeligt argument då teorier är vetenskapsfilosofins instrument för att tolka omvärlden (Hartman, 2004). Men att välja en analysmetod utan teoriansknytning behöver inte vara det samma som att utforma en studie utan vetenskaplig grund. Även om en studie inte är explicit hermeneutisk eller fenomenologisk så är varje beslut baserat på de hörnstenar som utgör generell vetenskapsfilosofi. Den vetenskapliga kvaliteten kan läsaren själv bedöma genom att se på vilka val som gjorts. Genom att använda sig av en metod som saknar en strikt teori möjliggörs anpassningsbarhet och sensibilitet för data. Därmed begränsas inte forskaren till en viss tolkningsmodell och aspekter som hade missats utifrån en strikt teori inkluderas i tolkningen (Elo & Kyngäs, 2008). Exempelvis förespråkar vetenskapsfilosofen Latour (2005) att det är empirin, och inte teorin, som skall bestämma vilka aspekter i datan som bör belysas (a.a.).

Enligt vetenskapsfilosofen Alan Chalmers (1999), vars teorier bygger vidare på bland annat Immanuel Kants, går det inte att frångå att vetenskap alltid är subjektiv, oavsett om ansatsen är naturvetenskapligt positivistisk eller kvalitativt hermeneutisk. I utformandet av en metod görs många val, val gjorda av en människa; valet av mätinstrument, användningen av instrumentet, valet av antal mättillfällen och tiden för dessa och så vidare. Alla dessa val spelar in i vilken data studien genererar och därmed kommer all forskning ha ett mått av subjektivitet. Vi kan inte eliminera denna subjektiva aspekt, det enda vi kan göra är att göra våra val med omsorg för att minimera dessa vals inverkan på resultatet (a.a.).

En fördel med innehållsanalys är att den är nära texten. Den manifesta analysen innebär att essensen i texten fångas genom att meningsbärande enheter sorteras ut och sammanfattas, för att sedan återges. Det resultat som presenteras är vad som framkommer i intervjuerna, inte vad forskaren tolkat kring texten, och detta ger resultatet en hög reliabilitet. Den latent innehållsanalys innebär abstrahering av data, där det som sägs "mellan raderna" tolkas. (Elo & Kyngäs, 2008; Graneheim & Lundman, 2004). I frånvaro av en teori genomförs denna analys med den egna förförståelsen som resonans. Till skillnad från den manifesta analysen, som har en lägre grad av subjektivitet, är en latent analys mer färgad av forskarens förförståelse. Därmed gjordes valet att i denna studie endast genomföra en manifest analys utifrån de valda domänerna av inre och yttre resurser.

En analys blir aldrig bättre än den som genomförs, och genom att medvetandegöra metodens brister kan forskaren distansera sig från analysen och därmed undvika bias. Forskaren kan genom att medvetandegöra sin förförståelse ifrågasätta subjektiviteten i den egna analysen (Hartman, 2004). Sist men inte minst, genom att två forskare oberoende av varandra analyserar samma data och sedan jämför resultat och diskuterar eventuella skillnader minskas risken för en subjektiv analys avsevärt (Graneheim & Lundman, 2004).

Valet av metod är ett kritiskt moment i utformandet av en forskningsplan, det är metoden som avgör reliabiliteten och validiteten i resultatet. Inte bara innehållsanalys dras med brister, utan samtliga metoder har sina baksidor och valet av metod kan diskuteras fram och tillbaka in absurdum. Genomförandet av en studie ger ytterligare en dimension i diskussionen av metodval och många gånger är det först i efterhand som valets lämplighet kan avgöras. Att först testa metoden i en pilotstudie och utifrån den göra eventuella modifieringar ger därmed metodvalet i fullskalestudien en högre tillförlitlighet (Collins, 1981).

RESULTATDISKUSSION

Informanterna i studien tycker att de har tillräcklig medicinsk erfarenhet att vårda patienter som utsatts för våld, och de lämnar gärna den psykologiska aspekten av omvårdnaden till avdelningens kurator. Ingen av de intervjuade sjuksköterskorna använder sig av eller känner till att det skall finnas PM som riktar sig specifikt till denna patientkategori, men önskar klara besked och riktlinjer om hur de ska hantera givna uppkomna situationer. Både informanterna i denna studie och resultatet av tidigare forskning talar om ett behov av mer utbildning om patientkategorin våldsbrottsoffer.

Informanterna upplevde sig väl rustade att vårda en patient som varit utsatt för våldsbrott och framhöll att likheterna med övriga patienter är större än skillnaderna. De hävdade att alla intensivvårdspatienter genomgår ett psykiskt trauma och att den medicinska vården är densamma. Men även om de upplevde sin kunskap som god så framhöll de även att det alltid finns utrymme för

att bli bättre. De intervjuade sjuksköterskorna upplevde sig vara väl rustade att vårda ett våldsbrottsoffer rent medicinskt och omvårdnadsmissigt, men de upplevde att deras kunskaper inte räckte till när det gällde den psykologiska aspekten, särskilt då dessa sjuksköterskor är vana att arbeta med sövda eller sederade patienter. Informanterna uppvisar en medvetenhet om anhörigas utsatthet och att de genomgår ett stort emotionellt trauma som de har behov av att ventilera och bearbeta. Enligt Västra Götalands Regionens riktlinjer angående Kvinnovåld framhålls att det är sjukvårdens ansvar att förmedla kontakt med organisationer som kan bistå anhöriga med stöd och hjälp att bearbeta händelsen (Västra Götalandsregionen, 2006). Informanterna kopplade gärna in kuratorn i ett tidigt skede och de upplevde det som skönt att kunna lämna över den psykologiska delen av omvårdnaden, då de upplevde kuratorn som väldigt kompetent på det området samt att denne har en helt annan möjlighet att ta sig tid att sitta ner och prata ostört.

Vad gäller PM och riktlinjer så kände inte någon av informanterna till om det fanns några sådana. I Sahlgrenska Universitetssjukhusets databas över riktlinjer och PM finns endast enstaka dokument relaterade till våldsbrottsoffer, och då främst hos Akut- och Olycksfallsmottagningarna. Våra informanter har talat om svårigheterna i att arbeta fram fungerande PM för omhändertagandet av våldsbrottsoffer, då de främst resonerade i banor kring rent medicinskt omhändertagande. I Benner et al:s teori om Expertkunnande i Omvårdnad så framhålls vikten av tillgång till skriftlig information då sjuksköterskor utan egen erfarenhet av patientkategorin inte har någon erfarenhetsbaserad kompetens att falla tillbaka på. Utan dessa skriftliga riktlinjer så tvingas sjuksköterskan att improvisera, och det finns exempelvis risk för att bevis förstörs eller för att skador inte blir korrekt dokumenterade (Benner, et al., 2009; Häggblom & Möller, 2006). Informanterna uttryckte även att de önskade klara besked om vad som gäller i situationer där det föreligger en hotbild mot patienten. För dessa punkter skulle eventuellt standardiserade riktlinjer kunna utarbetas.

Omfattande sökningar genererade ett begränsat antal tidigare studier relaterade till ämnet. Bilden av kunskapsläget som det beskrivs i tidigare forskning (Häggblom, et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006) återspeglas i denna pilotstudies intervjuer; ingen av de inkluderade sjuksköterskorna hade någon utbildning om patientkategorin våldsbrottsoffer. Både tidigare forskning och informanterna i denna pilotstudie beskriver ett behov av vidare utbildning. Informanterna föreslår ett kunskapsutbyte medarbetarna emellan, samt att brottsofferjour eller kurator informerar och undervisar på avdelningens utbildningsdagar.

Det som skiljer mest mellan informanterna i denna studie och informanter i tidigare studier (Häggblom, et al., 2005; Häggblom & Möller, 2006) är när det gäller hur väl rustade de upplever sig vara att ta hand om våldsbrottsoffer. Sjuksköterskorna i två studier genomförda på

Åland (Hägglom, et al., 2005; Hägglom & Möller, 2006) beskrev sig vara dåligt rustade, sakna utbildning och behöva improvisera i mötet med kvinnor utsatta för våld i hemmet. Dessa sjuksköterskors huvuduppgift var att möta just dessa kvinnor, de hade lång erfarenhet och därmed en betydande erfarenhetsbaserad kompetens, men upplevde det trots detta som att de stod ensamma utan stöd utifrån när de försökte hjälpa dessa våldsbrottsoffer. Sjuksköterskorna som vi intervjuat har däremot arbetat på intensivvårdsavdelningar och de har samtliga vårdat våldsbrottsoffer; en hög prevalens som troligtvis kan förklaras med att de samtliga arbetar på Göteborgs Trauma-1 sjukhus. Till skillnad från de åländska sjuksköterskorna upplever våra informanter att de är väl rustade för att ta hand om våldsbrottsoffer och deras anhöriga. De upplever även att de är en del av ett team, att de aldrig står ensamma och att det finns andra med mer kompetens som kan ta vid där sjuksköterskans profession inte längre räcker till.

Skillnaden i resultatet kan förklaras med att sjuksköterskorna i de olika studierna arbetar på olika preventionsnivåer. De åländska sjuksköterskorna arbetar i primärvården och möter patienter som befinner sig i våldsamma relationer. Deras patienter blir systematiskt misshandlade och är inte i säkerhet, när besöket är slut återvänder de hem till den våldsamma relationen igen. Dessa sjuksköterskor arbetar på en sekundär preventionsnivå där kvinnorna är i ett våldsamt förhållande och behöver hjälp att ta sig ur det. Intensivvårdssjuksköterskorna arbetar däremot på en tertiär preventionsnivå där skadan redan är skedd. Patienten är i säkerhet från våld och fokus ligger på det rent medicinska. Preventionen ligger här i att förebygga att patienten blir misshandlad igen, en aspekt av arbetet som påbörjas under intensivvårdstiden men där huvuddelen av arbetet genomförs när patienten gått vidare till vårdavdelning (Orth-Gomér, 1999).

Intensivvårdssjuksköterskorna i denna studie framhåller hur de är vana att stödja anhöriga i krissituationer och att de i sitt arbete blivit bra på att lyssna och att finnas där för anhöriga. Informanterna påpekar även att de har en helt annan möjlighet till att just stötta anhöriga på intensivvårdsavdelningen än vad sjuksköterskor som arbetar på vårdavdelning har. De intervjuade intensivvårdssjuksköterskorna framhåller att de gärna kopplar in kuratorn i ett tidigt skede för att stötta anhöriga. En kurator har en socionomutbildning och har därmed studerat samhällsvetenskap, socialt arbete, juridik och psykologi och kuratorn möter i sitt arbete människor som är i behov av råd, stöd och hjälp. Genom samtal försöker kuratorn ringa in det aktuella problemet och komma fram till den bästa lösningen för sin klient, att vara kurator i hälso- och sjukvårdsarbete innebär att arbeta mot ett helhetsperspektiv där patienten och dess anhöriga ses i sitt sociala sammanhang. Kuratorn arbetar mycket med stödsamtal och krisbearbetning med både patienter och anhöriga och även stöd och handledning till övrig vårdpersonal (Akademikerförbundet SSR, 2011; Öster, 2010). En sjuksköterska har inte dessa kunskaper och har inte den möjligheten att sitta ner ostört med

anhöriga och föra ett terapeutiskt samtal som en kurator har. Därmed anser vi att det är både lämpligt och fördelaktigt att intensivvårdssjuksköterskorna lämnar denna del av arbetet till kuratorn.

KONKLUSION

Det finns större likheten än skillnader mellan vården av våldsbrottsoffer och övriga patienter. Oavsett om patienten lobektomerat en lunga på grund av en skottskada eller på grund av en tumör så ges samma postoperativa omvårdnad, därmed upplever sig intensivvårdssjuksköterskor lika väl rustade att vårda ett våldsbrottsoffer som vilken intensivvårdspatient som helst. Inom intensivvården ligger fokus på den medicinska vården, patienterna är sederade och krishantering som behövs efter att ha blivit utsatt för våldsbrott kan oftast inte ta vid förrän patienten är färdigbehandlad på intensivvårdsavdelningen och skall överflyttas till vårdavdelning. De anhöriga är däremot i stort behov av stöd redan från första dagen, och då intensivvårdssjuksköterskor har vana av att stötta anhöriga i kris upplever de sig även väl rustade för detta. När anhöriga eller patient är i behov av ytterligare stöd kopplar intensivvårdssjuksköterskorna in avdelningens kurator som har den kompetens och tid för terapeutiskt samtal som sjuksköterskan saknar.

Vad gäller skriftliga rutiner och riktlinjer skulle en standardiserad vårdplan för våldsbrottsoffer vara svår att skapa då detta inte är en homogen patientgrupp. Däremot skulle en checklista över hur dokumentation av skador genomförs och hur brottsoffrets tillhörigheter hanteras för säkring av bevis kunna upprättas. Detta skulle kunna förebygga att bevis förstörs och möjligtvis ge mer material till en eventuell rättegång. Denna checklista skulle kunna utformas i samarbete med rättsmedicin och polis och skulle kunna vara till god hjälp om den publicerades lättillgängligt på sjukhusets intranät.

VAD VET VI?

- **Våldsbrott blir allt vanligare och därmed läggs allt fler patienter in på sjukhus som konsekvens av våld från annan person.**
- **När en sjuksköterska ska vårda en patientkategori hen inte har erfarenhet av, vänder hen sig till kollegor och rutiner för att få information och vägledning för att kunna ge en bra vård.**
- **Sjuksköterskor i primärvården upplever sig dåligt rustade att ta hand om våldsbrottsoffer trots att de har erfarenhetsbaserad kompetens på området.**

VAD TILLFÖR DEN HÄR STUDIEN?

- **Vården av våldsbrottsoffer inom intensivvården skiljer sig inte nämnvärt från den av andra intensivvårdspatienter och därmed upplever sig intensivvårdssjuksköterskor väl rustade för att ta hand om denna patientgrupp.**
- **Intensivvårdssjuksköterskors primära fokus ligger på patientens medicinska behandling och omvårdnad. De upplever sig som kompetenta lyssnare och att de finns där för patient och anhöriga, men när det kommer till terapeutiska samtal så anser sjuksköterskorna att kuratorn är mer lämpad att ta den biten.**
- **Genom ett samarbete med rättsmedicin och polis skulle en lättillgänglig checklista med de praktiska detaljer som behöver tas hänsyn till vad gäller bevisning för en eventuell rättegång kunna utformas.**

REFERENSER

- Akademikerförbundet SSR. (2011, 2011-12-01). Socialt arbete Retrieved 2012-05-09, from <http://www.akademssr.se/socionom>
- Benner, P. E., Tanner, C. A., & Chesla, C. A. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment & ethics*. New York: Springer.
- Brottsbalken, Regeringskansliets rättsdatabaser Justitiedepartementet L5, (1962).
- Brottsförebyggande Rådet. (2009). *Nationella Trygghetsundersökningen (NTU)*
- Brottsförebyggande Rådet. (2012). Statistik om brottslighet.
http://www.bra.se/extra/pod/?module_instance=4
- Bryman, A. (2008). *Social research methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Carlsson, G. (2008). Critical Incident. In M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Eds.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Chalmers, A. F. (1999). *What is this thing called science?* Buckingham: Open University Press.
- Claes Frostell, B. L. (2005). Intensivvård av barn. In A. Larsson, S. Rubertsson & J. Wilhelmsson (Eds.), *Intensivvård*. Stockholm: Liber.
- Collins, H. M. (1981). What is TRASP?: The Radical Programme as a Methodological Imperative. *Philosophy of the Social Sciences*, 11(2), 215.
- Crandall, M., Nathens, A., & Rivara, F. (2004). Injury patterns among female trauma patients: recognizing intentional injury. *The Journal of trauma*, 57(1), 42-45.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), 107-115.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Hartman, J. (2004). *Vetenskapligt tänkande: från kunskapsteori till metodteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Hägglom, A., Hallberg, L., & Möller, A. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. *Nursing and Health Sciences*(Journal Article).
- Hägglom, A., & Möller, A. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. *Qualitative health research*, 16(8), 1075-1090.
- Kirkevold, M., Ekern Strømsnes, K., & Ganuza Jonsson, L. (2003). *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber.
- Finansdepartementet KL, Regeringskansliet / Lagrummet, Kommunallag SFS 1991:900, (1991).
- Kvale, S., Brinkmann, S., & Torhell, S.-E. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- KVITTRA-registret. (2012). Sahlgrenska Universitetssjukhuset, *Övergripp*.
Regeringskansliets rättsdatabaser, Lag om Barnombudsman SFS 1993:335, (1993).
- Latour, B. (2005). *Reassembling the social: an introduction to actor-network-theory* Oxford: Oxford University Press, UK.
- Moloney-Harmon, P. A. (2009). The Critically Ill Pediatric Patient. In P. G. Morton & D. K. Fontaine (Eds.), *Critical care nursing: a holistic approach*. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins.
- Nicholas, P., Wolf, K., & Breakey, S. (2001). Adolescent Violence: Assessment of Nurses' Attitudes and Educational Needs. *Journal of Holistic Nursing*, 19(2), 143-162.
- Regeringskansliets rättsdatabaser, Offentlighets- och sekretesslag SFS 2009:400, (2009).
- Orth-Gomér, K. (1999). Evidensbaserad preventiv medicin - definitioner, teori och praktik. In K. Orth-Gomér & A. Perski (Eds.), *Preventiv medicin i teori och praktik: metodbok i folkhälsovetenskap* (pp. 11-28). Lund: Studentlitteratur.
- Pico-Alfonso, M., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence

- on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.
- Socialstyrelsen. (2006). *God Vård - om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* Retrieved from <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2006/2006-101-2>.
- Socialstyrelsen. (2012a). ICD-10 diagnoskoder, from <http://www.socialstyrelsen.se/klassificeringochkoder/diagnoskoder>
- Socialstyrelsen. (2012b). Socialstyrelsens statistikdatabas. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>
- Starrin, B., & Renck, B. (1996). Den kvalitativa forskningsintervjun. In P.-G. Svensson & B. Starrin (Eds.), *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- The World Medical Association (WMA). (2008). WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human from <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
- Wathen, N., Tanaka, M., Catallo, C., Lebner, A., Friedman, M., Hanson, M., . . . McMaster, I. (2009). Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC medical education*, 9(1), 34-34.
- Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Västra Götalandsregionen. (2006). *Kvinnovåld - Handlingsplan för hälso- och sjukvården i Storgöteborg*.
- Öster, K. (2010, 2010-05-27). Vem gör vad? Retrieved 120509, 2012, from <http://www.vardguiden.se/Tema/Psykisk-ohalsa/Psykoterapi/Vem-gor-vad/>

BILAGA 1 - INTERVJUFRÅGOR

DEMOGRAFISK DATA

1. Hur länge har du arbetat som sjuksköterska och hur länge har du arbetat som intensivvårdssjuksköterska?
2. Har du någon utbildning om våldsbrottsoffer (våld i nära relationer, misshandel, sexualbrott), från grundutbildning, vidareutbildning eller fristående kurs?
3. Har du någon gång i din profession mött ett våldsbrottsoffer? På IVA eller någon annan stans?

ÖPPNA INTERVJUFRÅGOR

1. Du kommer till arbetet och får rapport om att en av dina patienter, en kvinna i trettioårsåldern, lagts in under natten på grund av grov misshandel av maken i hemmet. Mamma och syster är på plats på avdelningen. Hur skulle du agera i den här situationen?
2. Föreställ dig nu du kommer till arbetet och får rapport om att en av dina patienter, en man i tjugofemårsåldern, lagts in efter att ha blivit brutalt misshandlad med både trubbigt och stickande/skärande våld, av ett gäng på tio personer. Den misshandlade är känd av polisen. Din kollega som rapporterar berättar att familjen är på plats och att många av patientens vänner finns utanför avdelningen. Hur skulle du agera i den här situationen?
3. Upplever du att du har den kompetens som krävs för att ge våldsbrottsoffer och deras anhöriga en god vård?
4. Upplever du att du i en situation då du ska vårda ett våldsbrottsoffer skulle kunna få något stöd utifrån?
5. Skulle du inhämta någon information och i sådana fall varifrån för att kunna ge god vård till patient och anhöriga?
6. Finns det en kunskapsbrist i vården kring patientgruppen våldsbrottsoffer? (Vad finns det för kunskap och vilka sitter inne med kunskap? Någon specifik yrkeskategori?)

BILAGA 2 – FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Angående studien:

Intensivvårdssjuksköterskors upplevelser av inre och yttre resurser i vården av våldsbrottsoffer.

STUDIENS BAKGRUND

Våldsbrott är ett ökande problem i Sverige. I Västra Götaland har andelen anmälda våldsbrott ökat med 29 % de senaste 10 åren, och antalet anmälda fall av grov misshandel ökade i Göteborg med över tusen anmälningar under samma period. Enligt Nationella Trygghetsundersökningen (NTU) 2010:12 uppgav 45 000 svenskar att de utsatts för en så pass allvarlig misshandel att de har behövt söka sjuk- eller tandvård efter händelsen.

Syftet med studien är att beskriva intensivvårdssjuksköterskors upplevelse av inre och yttre resurser i sin kontakt med våldsbrottsoffer.

FÖRFRÅGAN OM DELTAGANDE

Vi tillfrågar Dig om att delta i denna studie, eftersom Du arbetar som specialistsjuksköterska på en intensivvårdsavdelning som vårdar kirurgiska patienter, då våldsbrottsoffer kategoriseras som trauma.

STUDIENS GENOMFÖRANDE

Om Du väljer att delta så kommer studien att genomföras i form av en intervju. Intervjun kommer att genomföras i semistrukturerade form där Du själv väljer en miljö som passar dig lämpligast. Intervjun kommer att kretsa kring tankar, erfarenheter och upplevelser av vård av våldsbrottsoffer.

VID EVENTUELL MEDVERKAN

Vi bedömer att det föreligger låg risk för Din fysiska och psykiska hälsa vid deltagande i studien. Vi strävar efter att analysera insamlad data så objektivt vi kan samt att återge denna så sanningsenligt som möjligt. Om Du önskar uppföljande samtal med forskargruppen efter genomförd intervju kommer möjlighet till detta att ges.

HANTERING AV DATA OCH SEKRETESS

Ljudupptagning med diktafon eller motsvarande elektronisk utrustning kommer att ske under intervjuerna och det inspelade materialet kommer sedan att skrivas ut på papper. All data kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av den, och data publicerad i studien skall inte gå att härleda till specifik informant. Insamlat material (text och ljudfil från genomförda intervjuer) kommer att aidentifieras och sparas under säkra former och kan komma att ingå i en framtida vetenskaplig artikel. Studiens resultat kommer att presenteras som en Magisteruppsats för Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot intensivvård på Göteborgs Universitet.

HUR FÅR JAG INFORMATION OM STUDIENS RESULTAT?

Vi kommer att ge återkoppling till de avdelningar som deltar i studien. Studien kan komma att ingå i en framtida vetenskaplig artikel.

FÖRSÄKRING OCH ERSÄTTNING

För informanter som deltar i studien utgår ingen ersättning för förlorad arbetsinkomst, resor eller andra utgifter kopplade till projektet.

FRIVILLIGHET

Deltagandet i studien är frivilligt, du kan avstå från att delta, och får enligt fri vilja avbryta ditt deltagande i studien utan att behöva ange orsak. Om du väljer att delta kommer du att få underteckna ett informerat samtycke.

ANSVARIGA

Om Du har några frågor är Du välkommen att kontakta någon av nedanstående personer.

Ansvariga för studien är:

Linus Petri

Leg. Sjuksköterska
Specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård
Göteborgs Universitet
Tel: 0739-872556
linusp3@gmail.com

Sara Hellström

Leg. Sjuksköterska
Specialistsjuksköterskeutbildningen mot intensivvård
Göteborgs Universitet
Tel: 0702-842552
systemsara@gmail.com

Åsa Axelsson

Docent
Universitetslektor
Tel: 031-7862331
asa.axelsson@fhs.gu.se
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457
405 30 Göteborg

BILAGA 3 – ANALYSEXEMPEL

Meningsbärande enheter	Kondensering	Kod	Kategori
Ställa följdfrågor till min kollega som rapporterar, hur det är med maken, om det är någon anmälan gjord, om det finns någon häktningsbegäran, om han är häktad eller inte och ta reda på hur dom omständigheterna ser ut.	Ställa följdfrågor till min kollega som rapporterar.	Fråga	Att vara förberedd
Jag kan inte känna att det finns någon kunskapsbrist och själva vårdandet för att där, där kommer ju alla kompetenser in och tar hand om patienten som vem som helst.	Upplever ingen kunskapsbrist i vårdandet.	Kunskapsbrist	Kompetens
För att det handlar alltid om att vara lyhörd för patientens reaktioner. Om man ser stress, oavsett vad den stressen beror på, om det är yttre hot eller om det är inre hot så behöver man, liksom vara stödjande och lugnande i mötet med patienten.	Att vara lyhörd för patientens reaktioner och stödja patienten då den är stressad.	Lyhördhet	Förhållningssätt
Då kan man ju tänka sig att man pratar med kuratorn.	Man pratar med kuratorn.	Kurator	Patientstödjande Yttre resurser
Man pratar väldigt mycket med alla runt omkring sig när det är såna jobbiga situationer.	Stöd från kollegor när situationen är jobbig.	Kollegor	Personalstödjande Yttre resurs