



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

DISTRIKTSSKÖTERSORS ERFARENHETER AV HOT OCH VÅLD PÅ VÅRDCENTRAL

Anna Victorin

Kajsa Alopaeus

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad-primärvård OM5310 H17
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Lena Björck

Titel (svensk):	Distriktssköterskors erfarenhet av hot och våld på vårdcentral
Titel (engelsk):	District nurses' experience of threats and violence in primary health care centers
Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Examensarbete i omvårdnad-primärvård OM5310 H17
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Ht 2017
Handledare:	Eva Lidén
Examinator:	Lena Björck
Nyckelord:	hot, våld, distriktssköterska, vårdcentral, möte

Sammanfattning:

Bakgrund: Hot och våld mot vårdpersonal är ett växande problem. Tidigare forskning visar på att hot och våld är vanligt förekommande inom psykiatri- och akutsjukvården. Hot och våld leder till att sjukskrivningar ökar samt att sjuksköterskor väljer att lämna yrket. Möten i vården är komplexa och påverkas av ett flertal olika faktorer. Distriktssköterskan kan genom ett personcentrerat förhållningssätt och med empowerment stärka patienten i mötet.

Syfte: Att belysa distriktssköterskors erfarenhet av hot och våld på vårdcentral.

Metod: Kvalitativ metod med deskriptiv ansats valdes till studien. Datainsamlingen utgjordes av sex semistrukturerade intervjuer. Datamaterialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys där fokus var det manifesta innehållet.

Resultat: Tre kategorier och åtta subkategorier identifierades. Den första kategorin belyste *att vara utsatt i sin roll som distriktssköterska*. Detta väckte starka känslor och reaktioner hos distriktssköterskorna. Den andra kategorin belyste *att hantera en hotfull situation*. Där beskrevs hur distriktssköterskorna tillämpar olika strategier för att hantera hotfulla situationer utifrån egen erfarenhet. Efter en hotfull situation dokumenterade de tydligt vad som skett och de uttrycker ett behov av att reflektera över situationen. Den tredje kategorin belyste *att skapa förutsättningar för en trygg arbetsplats*. Där beskrevs distriktssköterskornas önskemål om att aldrig arbeta ensamma i utsatta situationer och önskemål om larm på alla rum där det bedrivs patientvård. Distriktssköterskorna saknade aktuella handlingsplaner, stöd och utbildning om hot och våld.

Slutsats: Resultatet visar att distriktssköterskor på vårdcentral var utsatta för hotfulla situationer. Det krävs handlingsplaner, utbildning och stöd för att skapa en trygg arbetsplats och för att distriktssköterskor ska kunna möta patienter och närstående på ett professionellt vis.

Nyckelord: hot, våld, distriktssköterska, vårdcentral, möte

Abstract

Background: Threats and violence aimed at healthcare workers is a growing problem. Earlier research shows that threats and violence occur in psychiatric and emergency care. Threats and violence lead to absence from work and the fact that nurses leave their profession. The encounters in care are complex and influenced by several factors. The district nurse can by a person-centered approach and with empowerment in the encounter support the patient.

Aim: To enlight district nurses' experience of threats and violence in primary health care centers.

Method: A qualitative method with a descriptive approach was chosen for the study. The data were collected from six semi structured interviews. The data materials were analyzed using qualitative content analysis with focus on the manifest contents.

Results: Three categories and eight subcategories were identified. The first category enlightened *being exposed in the role as a district nurse*. This awakened emotions and reactions in the district nurses. The second category enlightened *how to deal with threatening situations*. It was described how district nurses applied different strategies according to their own experience. After a threatening situation they documented and expressed a need to reflect about the situation. The third category enlightened *creating the prerequisites for a safe workplace*. The district nurses desire not to work alone in exposed situations and there is a need for alarm in all rooms where patients are treated. The district nurses lacked action plans, support and education in relation to threats and violence.

Conclusions: The results show that district nurses in primary health care centers were exposed to threatening situations. Action plans, education and support in creating a safe work place are needed to make it possible for district nurses to meet the patient in a professional way.

Keywords: threats, violence, district nurse, primary health care center, encounter

Förord

Tack till vår handledare Eva Lidén för bra vägledning, stöd och uppmuntran genom hela processen. Tack även till de distriktssköterskor som tog sig tid att ställa upp på intervju, utan er hade den här studien inte kunnat genomföras.

Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund	1
Hot och våld.....	1
Utsatthet i yrket	2
Primärvårdens uppdrag.....	2
Möten i vården.....	3
Patientens upplevelse	3
Skapa förutsättningar för ett bra möte	4
Utmaningar i mötet	4
Distriktsköterskans roll i mötet.....	5
Problemformulering	6
Syfte	6
Metod	6
Design.....	6
Urval	7
Godkännande och förfrågning	7
Datainsamling.....	7
Dataanalys	8
Förförståelse	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
Resultat.....	10
Att vara utsatt i sin profession som distriktsköterska	10
Den frustrerade patienten.....	10
Lägga över ansvar och skuldbelägga	11
Hot väcker känslor och reaktioner	11
Att hantera en hotfull situation	12
Vidta åtgärder inför mötet.....	12
Strategier i mötet.....	12
Dokumentera och reflektera efter mötet	13
Att skapa en trygg arbetsplats.....	13
Arbetsmiljöns betydelse.....	13

Önskemål om förbättringar	14
Diskussion	15
Metoddiskussion.....	15
Resultatdiskussion.....	16
Slutsats	18
Kliniska implikationer	19
Referenslista	20
Bilaga 1: Brev till vårdenhetschefer från institutionen	
Bilaga 2: Verksamhetschefens godkännande	
Bilaga 3: Forskningspersonsinformation	
Bilaga 4: Intervjuguide	

Inledning

Det har de senaste åren blivit allt vanligare med hot och våld riktad mot vårdpersonal. Utgångspunkten för god omvårdnad är att möta alla människor med respekt. Möten med patienter och närstående som är hotfulla eller våldsamma kan hindra god och säker vård. Det saknas idag kunskap om distriktssköterskors erfarenheter av hot och våld i sitt arbete på vårdcentral. Vår förhoppning är att med föreliggande studie kunna bidra till ny kunskap inom området.

Bakgrund

Hot och våld

Att definiera hot och våld är komplext. Vad som uppfattas som hotfullt påverkas av tidigare erfarenhet, personlighet och kulturen på arbetsplatsen. För att avgränsa hot och våld i denna studie har utgångspunkten varit Arnetz definition,

”våld som alla former av aggression, inklusive hot, verbalt eller fysiskt våld. Hot kan vara enbart verbalt eller också antyda fysiska angrepp. Verbal aggression kan vara skrik, svordomar eller hot om angrepp eller skada.”(1) (s.24)

Hot kan definieras utifrån ett arbetsrättsligt synsätt, men även utifrån ett straffrättsligt perspektiv. Det som styr definitionen av hot är den utsattes upplevelse av situationen samt vilken grad av lidande och skada det leder till för personen (2).

Hot och våld är ett växande problem och vanligt förekommande framförallt inom psykiatri- och akutsjukvården (3-5). Både patienter och närstående kan uppvisa ett hotfullt och våldsamt beteende. De kan vara påverkade av droger eller alkohol, vilket kan bidra till att göra situationen svår (6, 7). I en studie från USA tydliggjordes att de patienter som hotar och är våldsamma ofta lider av psykisk ohälsa, läkemedelsberoende eller smärtproblematik (7).

I en svensk studie från en traumavårdsenhet beskrivs att hot kan ha olika uttryck. Ett indirekt verbalt hot är att patient och närstående samtalar om sjuksköterskan direkt eller på telefon. De kan i samtalet antyda att om sjuksköterskan inte utför det som de kräver, så kan någonting hända. Ett direkt hot är mer konkret och kan bestå i att patient eller närstående säger nedsättande ord åt sjuksköterskan eller hotar med faktiska konsekvenser. I de fall patient eller närstående närmar sig sjuksköterskan rent fysiskt och tar sig innanför den personliga sfären upplevs situationen som ännu mer hotfull (8).

Hotfulla situationer kan uppstå när patienten känner sig i underläge eller i beroendeställning till vårdpersonalen. Om patienten i mötet känner sig maktlös och upplever att integriteten hotas, så kan patienten agera hotfullt för att försvara sig. Vidare kan patienten som upplever att beslut tagits utan att de varit delaktiga eller att beslut tagits som patienten upplever felaktiga agera hotfullt (9, 10).

Utsatthet i yrket

Det Brottsförebygganderådet (BRÅ) presenterade en rapport 2015 (11) som beskriver olika yrkesgruppers utsatthet för hot, våld och trakasserier. I rapporten nämns t.ex. politiker, journalister, men också personer anställda inom kommun och landsting. Dessa yrkesgrupper har en särskilt viktig roll i det demokratiska samhället. Hot och våld kan påverka deras yrkesutövning, men även bidra till minskad attraktionskraft till vissa yrken. I den totala yrkesarbetande befolkningen har 14 % angett att de utsatts för hot och våld i sitt arbete och upplevt det som ett arbetsmiljöproblem, men bara 3 % svarade att de uppfattade hotet och våldet som ett brott. Skillnaden mellan att se hot och våld som ett arbetsmiljöproblem eller som brottsligt handlande är stor, vilket kan tyda på att informanterna förminskade det som skett. Detta kan tyda på att hot och våld i utsatta yrkesgrupper negligeras. Rapporten nämner att kvinnor var mer utsatta än män för hot och våld. Detta beror på att många av de yrken som uppges i rapporten är yrken inom vård och omsorg samt socialt arbete (11). Enligt en italiensk studie var sjuksköterskor mer utsatta än övrig vårdpersonal för hotfulla möten med patienter eftersom de tillbringar mycket tid i patientnära möten. Vidare visade det sig att hot och våld mot vårdpersonal var underrapporterat både i avvikelssystem inom vården och till polisen. Det tydliggjordes även att i hälften av situationerna som vårdpersonalen har berättat om i studien har de inte samtalat med varken kollegor eller vänner efter händelsen (12). I en studie från Irland beskrivs det att det är problematiskt att mindre än en tredje del av vårdpersonalen på akutmottagningen uppgav att de hade någon utbildning och övning i att hantera hot och våld (3).

I en rapport från Försäkringskassan 2015 (13) beskrivs hur vård och omsorgspersonal, som är den största yrkesgruppen, också stod för den största andelen av sjukskrivningarna mellan 2012–2014. Sedan 2012 har sjukfrånvaron ökat med 10 %. I yrkesgruppen vård och omsorgspersonal ingår sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor, som hade en sjukfrånvaro klart över genomsnittet. Den psykosociala arbetsmiljön har stor påverkan på individ och vidare tydliggörs att mobbning, hot samt trakasserier utgör en tydligt ökad risk för sjukskrivning.

Enligt en rapport (14) från Statistiska centralbyrån (SCB) som presenterades 2017 valde 1 av 10 sjuksköterskor att lämna sitt yrke för att arbeta inom ett helt annat område än vård och omsorg. Rapporten utgår från en enkätundersökning där totalt 4 206 personer som lämnat sjuksköterskeyrket fick ange orsak. 5 % av sjuksköterskorna anger att otrygghet i samband med hot och våld i mötet med patient och närstående var en bidragande orsak till att de helt eller delvis valt att lämna yrket. Ytterligare 20 % uppgav att avsaknaden av stöd i att hantera svåra situationer med patient och närstående bidrog helt eller delvis till att de slutat att arbeta som sjuksköterskor (14). Detta är allvarligt då befolkningen och andelen äldre växer i Sverige samtidigt som efterfrågan på sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor ökar.

Primärvårdens uppdrag

På uppdrag av Socialdepartementet presenterades 2016 en utredning om effektiv vård (15). Den beskriver slutenvården som dyr och associerad med risker för patienten. I framtiden finns en vision om att vård och omsorg i allt större utsträckning ska bedrivas av primärvården och i patientens

eget hem. Primärvården ska vara det första ställe som patienten vänder sig till och de ska vara 1:a linjens sjukvård. Detta innebär att det kan bli ett remisstväng för att söka slutet och akutsjukvård, om det inte gäller ett sjukdomstillstånd som kräver ett akut omhändertagande.

I Sveriges samtliga landsting finns det inom primärvården en kärnverksamhet som bygger på ett gemensamt och nationellt uppdrag. Det innebär att vårdcentralerna ska bedriva mottagningsverksamhet med både planerade och akuta besök. Vårdcentralerna ska arbeta utifrån ett hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande synsätt samt med rehabilitering och psykosociala insatser. Utöver detta ska vårdcentralerna delta i smittskyddsarbete, bedriva utveckling och forskning samt erbjuda utbildningsplatser till de professioner som arbetar på vårdcentralen. Trots att vårdcentralerna utgår från samma grunduppdrag, finns det stora variationer i hur de olika vårdcentralerna arbetar inom ramen för detta uppdrag (16). På vårdcentraler arbetar flera olika professioner som sjuksköterska, läkare, undersköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog och administratör tillsammans i team. Distriktssköterskors arbetsfält är brett och på vårdcentral har de arbetsuppgifter som telefonrådgivning, öppen mottagning och specialiserade mottagningar för hypertoni, astma/kol och diabetes. Det innebär att distriktssköterskor arbetar självständigt och ofta är ensamma i mötet med patienten.

Möten i vården

Patientens upplevelse

Henderson beskriver en person såsom kropp och själ, vilka inte går att separera. Känslomässig och psykologisk balans är tätt förknippade och påverkar ständigt varandra. Då en person utsätts för känslomässiga intryck påverkas varje cell i kroppen, vilket leder till förändringar i puls, andningsfrekvens och muskeltonus (17). En person kan även definieras utifrån personens tankar och värderingar, vilket innebär att politiska, religiösa och andliga övertygelser påverkar personen. Personens förmåga att hantera åtagande och det känslomässiga engagemanget i relation till andra är en viktig aspekt. Allt detta sammantaget karaktäriserar och kännetecknar en person (18).

I en studie från Finland som syftade till att beskriva patienters upplevelse av mötet med distriktssköterskan, uppger patienterna att de saknar möjlighet att påverka beslut om sin vård och behandling. Patienterna saknar även tydlig information och upplever att vården inte ser till deras önskemål och behov (19). Enligt en sammanställning från inspektionen av vård och omsorg (IVO) fortsätter klagomål som rör det kommunikativa samspelet inom primärvården att öka med 5 % per år. När patienter blir nonchalerade, tillrättavisade och ifrågasatta skapar det oro och missnöje. Detta kan i sin tur leda till att patienten söker vård upprepade gånger, även akutsjukvård. Information om och till patienten brister i många fall. Många patienter kontaktar de enskilda patientnämnderna med synpunkter och klagomål som berör att de inte får tillräckligt med information eller inte görs delaktiga i sin vård (20).

Skapa förutsättningar för ett bra möte

Patientmöten sker dagligen i vårdandet. För att det ska bli ett bra möte bör vårdpersonalen ha en förmåga att leva sig in i andras situation och vara närvarande. Om mötet kännetecknas av kommunikation utan gemenskap kommer det inte bli ett genuint möte (21). Enligt en svensk studie där syftet var att undersöka distriktssköterskors syn på mötet inom primärvården, upplevde distriktssköterskorna att det första mötet med patienten var det viktigaste. Ett bra första möte skapar möjlighet till en fortsatt trygg och god relation mellan patient och distriktssköterska. I de fall det första mötet med patienten blev mindre bra uppgav distriktssköterskorna att det var nästan omöjligt att därefter bygga en god relation (22).

I mötet med patient och anhöriga är det betydelsefullt att vårdpersonal har kunskap om de olika informationsbarriärer som finns för att kunna verka för ett mer jämlikt möte. Informationsbarriärer kan vara att vårdmiljön är ny för patienten eller att den upplevs skrämmande. Det kan också vara språkbarriärer, där svårigheter i att förstå och göra sig förstådd hindrar ett gott möte. Känslobarriären kännetecknas av när ångest och rädsla för att ha drabbats av svår sjukdom blir ett hinder i kommunikationen. I de fall patienten har bristande kunskap om sin sjukdom eller hälsa kan även detta vara en barriär i vård mötet (23). Genom ökad kunskap om informationsbarriärer kan risken för ett dåligt möte identifieras och minimeras och en god dialog i mötet främjas (23, 24).

Två viktiga faktorer som har betydelse för mötet är tiden som är avsatt och att vårdaren är känslomässigt stabil. Det är viktigt att vårdaren inte är upptagen av andra svåra och påfrestande situationer. De kan vara arbetsrelaterade eller personliga, men också att trivas på sin arbetsplats och att känna sig uppskattad påverkar. Inför ett möte är det viktigt att vårdaren inte känner sig för stressad eller jäktad. I mötet med patienten är det viktigt att tillräckligt med tid avsätts, vilket betyder att både patient och vårdare skall uppleva att tidsramen är acceptabel. Att beskriva och förklara sin situation eller att formulera frågor kan vara svårt och tidskrävande och är tiden för snäv vill ofta den som har bråttom sätta agendan för vad som sker och sägs. Om dessa faktorer till stor del är uppfyllda kan vårdaren ha goda förutsättningar för att vara närvarande och koncentrerad i mötet samt att lyssna och visa intresse för patienten (25).

Utmaningar i mötet

Mötet med patient och närstående kan vara komplext och svårt, vilket kan medföra utmaningar för distriktssköterskan. Det kan vara kroppsspråk, tidsbrist och patientens upplevelse av delaktighet. Vidare utmaningar kan vara att förmedla korrekt och tydlig information. Vårdpersonal arbetar nära människor som kan vara i kris eller uppfyllda av svåra känslomässiga upplevelser. Att vara nära och få ta del av människors innersta känslor inger respekt och ödmjukhet inför livet, men kan även vara en stor utmaning och påfrestning. Kraven kan få vårdpersonal att känna sig otillräckliga och ensamma i sin yrkesroll. Inom primärvården träffar distriktssköterskan patienter och närstående där obehagliga och svåra situationer kan uppstå, vilket kan leda till hot och våld (6, 26). Om vårdpersonal blir utsatt i sitt arbete kan det skapa en känsla av misslyckande, misstro till sin

kompetens samt skuld känslor (1). Sjuksköterskan är oftast den som får första kontakten och får ta emot patientens frustration. Om patienter visar frustration och ilska är detta ofta ett tecken på en bakomliggande orsak. Det kan vara att patienten inte känner sig delaktig i sin vård eller att de inte fått den information som de vill ha. När patienten sedan får träffa en läkare är det inte säkert att patienten uttrycker samma ilska och frustration i mötet. Patienten känner sig i underläge och är mer angelägen om sin relation med läkaren inför framtida besök (27).

En studie från Italien beskrivs att vid hög arbetsbelastning och tidsbrist angav sjuksköterskorna att både patienter och närstående blev mer hotfulla, eftersom den tid sjuksköterskan hade med varje patient minskade. Både patienter och närstående ansåg då att de inte blev sedda och fick adekvat vård. En annan faktor som ökade andelen hot var om vårdpersonalen hade lägre utbildning, vilket ökade osäkerheten kring vården (28).

Kroppsspråket kan i mötet ha stor betydelse för hur mötet uppfattas av både patient och sjuksköterska. I mötet kommer båda parter sända ut signaler genom sitt kroppsspråk och samtidigt även tolka den andres kroppsspråk. Om vårdpersonal sänder ut signaler av oro och osäkerhet kommer patienten att uppfatta detta tydligare än det budskap som förmedlas verbalt (29). För att undvika missförstånd i mötet mellan patient och vårdgivare har kommunikation och bemötande en stor betydelse. Bristar i detta avseende kan leda till att den medicinska säkerheten hotas, vilket kan leda till förödande konsekvenser för både patient och vårdgivare. I de fall bemötande och kommunikation brast kunde det bland annat leda till att patienterna ha svårt att ta till sig ordinerad behandling samt att rehabiliteringen tog längre tid (24).

Distriktssköterskans roll i mötet

Enligt distriktssköterskeförningens kompetensbeskrivning för distriktssköterska ska patientmötet utgå ifrån ett etiskt och holistiskt förhållningssätt där patientens autonomi och integritet värnas. För att kunna stärka patientens makt och beslutsfattande krävs att distriktssköterskan har fördjupade kunskaper i samtalsmetoder och kommunikation (30).

Distriktssköterskan kommer träffa patienter som av olika anledningar känner hopplöshet, svårigheter att förstå eller hantera svåra situationer. För att stärka patienterna kan distriktssköterskan ha ett personcentrerat förhållningssätt och utgå från empowerment i mötet med patienten. Den grundläggande teorin bakom begreppet empowerment är att människan i grunden en aktivt och handlingskraftig person. Då rätt förutsättningar ges till patienten, vill och kan de själva ta beslut och göra egna val. Det innebär att distriktssköterskan bör stärka patienten och överlåta makt och ansvar, så att patienten kan identifiera och använda sina egna resurser. Detta sker genom att starta aktiviteter och utveckling som i sin tur ger patienten bättre kunskaper, färdigheter, ökad självbild och självförtroende. I patientmötet är det också viktigt att patienten får ökad kunskap och medvetandet om hur sociala och yttre faktorer påverkar livssituationen (31). När patienten känner sig maktlös upplever den ofta att den har tappat kontroll över sin kropp, situationen eller hela livet. Genom empowerment kan sjuksköterskan stödja patienten att ta tillvara sina rättigheter och sin egen förmåga att påverka vården. Ett första steg är att identifiera patienter som känner sig maktlösa (27).

Genom att lyssna på patientens berättelse kan vårdaren ta del av patientens tankar, upplevelser och känslor i relation till sin ohälsa och sjukdom. Partnerskapet bygger på ett ömsesidigt delande och att både patient och vårdare är beroende av varandra (32). Ett personcentrerat förhållningssätt i mötet med patienten innebär att patient och vårdpersonal är jämlika partner, vilket betyder att oavsett patientens tidigare kunskap om vård och behandling skall patienten få möjlighet att diskutera och dela med sig av sina tankar och funderingar om vården. Ett partnerskap mellan vården och patient bygger på att patienten tillåts medverka och ges makt att påverka beslut som rör den egna vård och behandlingen (10).

För att kommunicera utifrån ett personcentrerat förhållningssätt krävs att vårdpersonalen har ögonkontakt, lyssnar aktivt, tilltalar personen korrekt, uppmuntrar patienten att uttrycka sina åsikter och tankar samt att inte ha ett nedlåtande sätt. Effektiv kommunikation är en viktig del i personcentrerad vård. Genom att reflektera över och träna sin kommunikativa förmåga och aktivt lyssna på patienten kan ett partnerskap mellan patient och vårdare slutas. Tydlig och konsekvent kommunikation mellan vårdpersonal minskar risken för missförstånd (33).

Problemformulering

Hot och våld är ett växande problem inom hälso-och sjukvården. På vårdcentraler möter distriktssköterskor dagligen patienter, som om mötet inte blir bra kan bli hotfulla och våldsamma. Tidigare forskning visar att problemet är stort inom framförallt psykiatri- och akutsjukvården. Forskning om distriktssköterskors erfarenheter av hot och våld på vårdcentral är begränsad. Distriktssköterskor har stor möjlighet att påverka mötet och med ökad kunskap om deras erfarenheter finns möjlighet att skapa förutsättningar för ett tryggt och gott möte. Detta för att säkerställa att hotfulla patienter och närstående får en god och säker vård och att distriktssköterskan känner sig tryggare och säkrare i sin roll.

Syfte

Studien syftar till att belysa distriktssköterskors erfarenhet av hot och våld på vårdcentral.

Metod

Design

Kvalitativ metod med deskriptiv ansats valdes i studien för att belysa distriktssköterskor erfarenheter av hot och våld på vårdcentral. Genom en deskriptiv ansats kan ett fenomenets olika dimensioner och betydelse studeras och används för att förstå människors erfarenheter inom det valda området (34). Studien genomfördes genom kvalitativa intervjuer med semistrukturerade frågor. Informanten får prata fritt utifrån några förbestämda teman och leds av intervjuaren in i olika teman under samtalet. Det som sägs och hur dessa teman uppfattas styrs av informantens erfarenheter. Berättelserna blir datamaterialet som sedan efter analys sammanställs till ett resultat (35).

Urval

Inklusionskriterier för studien var att informanten var legitimerade sjuksköterska med specialistutbildning till distriktssköterska, anställd på vårdcentral med minst ett års erfarenhet av arbetet samt att de upplevt en hotfull situation i arbetet. Mail skickades till vårdcentralchefer med *Information om studenters examensarbete på avancerad nivå* (Bilaga 1), *Verksamhetenschefens godkännande* (Bilaga 2), samt *Forskningspersonsinformation (FPI)* (Bilaga 3).

Godkännande och förfrågning

Totalt kontaktades 30 vårdcentraler, både privata och offentliga inom Göteborgs stad och Mölndals kommun. Urvalet var strategiskt och för att få en socioekonomisk spridning i urvalet tillfrågades vårdcentraler i olika stadsdelar inom Göteborgs stad och Mölndals kommun. Svar uteblev från 16 vårdcentraler, påminnelse skickade en gång via mail. Totalt svarade 14 vårdcentraler varav 6 vårdcentraler godkände genomförande av studien och 8 vårdcentraler avböjde deltagande i studien. De som avböjde angav som orsak, hög arbetsbelastning, omorganisation samt personalbrist. En vårdcentralchef gav samtycke till studien, men där uppgav de två tillfrågade distriktssköterskorna att de inte upplevt någon hotfull situation. Därför intervjuades inte de två distriktssköterskorna och räknas som bortfall i studien. Totalt 5 vårdcentraler medverkade i studien, en offentlig vårdcentral i östra Göteborg och fyra privata i västra Göteborg och Mölndal. Efter att ha erhållit vårdcentralchefens godkännande kontaktades de distriktssköterskor som chefen ansåg uppfyllde studiens kriterier. De distriktssköterskorna som identifierades tillfrågades och informerades om studien via telefon och därefter mailades forskningspersonsinformation (FPI). När de tagit del av FPI (Bilaga 3) bokades datum och tid för intervjun i samråd med distriktssköterskorna. Totalt intervjuades 6 distriktssköterskor som var mellan 34 och 60 år och hade mellan 1 och 25 års erfarenhet av yrket. Två av distriktssköterskorna arbetade på samma vårdcentral. I samband med intervjun gavs tid till informanten att ställa frågor om FPI och samtyckesformuläret samlades in. Därefter förtydligades begreppet hot och våld i dialog med informanten.

Datainsamling

Totalt intervjuades sex distriktssköterskor med en semistrukturerad intervjuguide och öppna frågor (Bilaga 4) som gav informanterna möjlighet att prata fritt kring frågorna. Med semistrukturerade intervjuer finns en förutbestämd fråga som önskas svar på, men ingen möjlighet att styra eller förutsäga resultatet då informanten får uttrycka sig med egna ord. Frågorna som ställs är först generella för att sedan bli mer specifika, vilket följer ett logiskt händelseförlopp (34).

En intervjuguide (Bilaga 4) skapades utifrån studiens syfte och frågeställning. Samtliga intervjuer inleddes med två bakgrundsfrågor om ålder och antal yrkesverksamma år. Därefter ställdes huvudfrågan ”*Kan du berätta om någon situation i ditt arbete som du upplevt som hotfull eller våldsamt?*” Vidare ställdes följdfrågor om den hotfulla situationen. Intervjun avslutades med att informanten fick möjlighet att lägga till personliga reflektioner som ansågs betydelsefullt för studien och som inte framkommit under intervjun.

Intervjuerna genomfördes av båda författarna under veckorna 38–40 år 2017. För intervjuerna avsattes 30 - 60 minuter och tidsåtgången för intervjuerna var mellan 13–18 minuter. Intervjuerna genomfördes på informanternas arbetsplats i ett enskilt rum. Författarna genomförde fyra intervjuer där den ena var intervjuare och den andre var en aktiv lyssnare. Vid de två övriga intervjuerna var intervjuaren och informanten ensamma under intervjun. Anledningen till detta var att informanterna fick välja om de ville att båda eller en av författarna skulle medverka vid intervjun. Samtliga intervjuer spelades in med diktafon.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys med fokus på det manifesta innehållet valdes som analysmetod enligt Graneheim och Lundman (36). Syftet med den kvalitativa dataanalysen är att få struktur, organisera och att få fram meningen med texten (34). Båda författarna lyssnade tillsammans igenom materialet efter intervjun och därefter transkriberades intervjuerna efterkommande dag. Intervjumaterialet avkodades och förvarades på ett säkert sätt. Materialet lästes igenom flera gånger för att få en djupare förståelse för helheten. Därefter togs meningsbärande enheter ut, som kondenserades till mindre enheter som sedan kodades. Koderna jämfördes vad gäller likheter och skillnader och sorterades sedan in i underkategorier. Sedan analyserade och diskuterades underkategorierna tills författarna enades om hur kategorierna skulle formars (36). Totalt formades åtta subkategorier som sedan bildade tre huvudkategorier, tabell 1. Båda författarna utförde analysens samtliga delar gemensamt, vilket ökar trovärdigheten i studien (34).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
<i>” då inser man ju att det är bättre att hålla sig lugn och backa och göra som de vill för man blir ju faktisk rädd, man blir rädd.”</i>	Försöka att hålla sig lugn och backa, man blir faktiskt rädd	Rädd	Hot väcker känslor	Att bli utsatt i sin profession som distriktssköterska
<i>”jag har mycket humor och jag kan försöka svänga runt dem lite möta dem där de står så lugna ner det så och låtsas förstå får jag väl säga”</i>	Med humor kan jag avleda och lugna ner situationen	Humor	Strategier i mötet	Att hantera en hotfull situation
<i>”det finns ju handlingsplaner om hot och våld det ska ju finnas, det ska finnas, de sitter väl i</i>	Det finns en handlingsplan, men det är inget aktuellt	Handlingsplan	Önskemål om förbättringar	Att skapa en trygg arbetsplats

<i>en pärm någonstans eller i databurken, men det är inget levande dokument”</i>	och levande dokument			
--	----------------------	--	--	--

Förförståelse

Författarna är båda sjuksköterskor och har arbetat som grundutbildade sjuksköterskor inom slutenvården under flera år. Båda författarna har upplevt hotfulla situationer inom slutenvården, men ej varit utsatta för direkt våld. Därför anser sig författarna ha en viss förförståelse om ämnet även om situationerna inte uppstått på vårdcentral. Författarna har ingen yrkesmässig relation till informanterna, men är medvetna om att förförståelsen kan ha påverkat studien.

Forskningsetiska överväganden

Syftet med studien utifrån ett etiskt perspektiv är att det ska leda till att distriktssköterskor känner sig tryggare i mötet, vilket kan bidra till en säkrare vård för patienten. Utgångspunkten har varit att studien ska vara meningsfull och uppnå en viss kvalitet för att kunna få ett trovärdigt och användbart resultat. I val av metod till studien har vi gjort ett etiskt övervägande där intervjun sker i enrum för att skapa en trygg och intim miljö. Informanten fick välja om båda författarna eller enbart en skulle vara närvarande under intervjun. Detta tror författarna kan öka tryggheten för informanten i intervjusituationen. Vidare har anonymiteten säkrats genom att informanterna har avidentifierats och det kan ej härledas vilken informant som sagt vad i datamaterialet. Detta då antalet informanter är lågt och det finns en risk att de skulle kunna identifieras. Ett forskningsetiskt övervägande även gjorts i resultatet där citaten presenteras utan hänvisning till specifik informant. Allt material har förvarats inlåst och kommer att förstöras när uppsatsen är godkänd.

Individskyddskravet är en förutsättning för att skydda informanten och värna om deras rättigheter, att utgå ifrån detta är en grundläggande skyldighet forskaren har. Det innebär att följande krav uppfyllts i studien, informationskravet, konfidentialitetskravet, nyttjandekravet samt samtyckeskravet (37). En forskningspersonsinformation (FPI) utformades (Bilaga 3) i enligt riktlinjer från Etikprövningsnämnden (38). Den mailades i förväg och delades ut till informanterna i samband med att intervjun genomfördes. Etikprövning har inte gjorts eftersom det inte krävs för examensarbeten på avancerad nivå enligt lag (2003:460) om etikprövning av forskning på människor (39). I samband med intervjun fick informanterna muntlig och skriftlig information om studiens syfte och metod och möjlighet att ställa frågor. Därefter informerades informanten tydligt att de när som helst under intervjun utan att ange anledning kan avbryta intervjun. Vidare poängterades att informanterna kunde kontakta författarna, om det uppstod frågor och funderingar efter intervjun samt om de önskade ta del av studiens resultat.

En risk med studien kan vara att det skulle kunna väcka obehagliga minnen hos informanten, som kan behöva stöd efter intervjun. En annan risk finns att studien fokuserar på patienter som besvärliga och krävande, vilket är ett observandum som vi har haft i åtanke under hela studien. Nyttan med studien är att informanten får reflektera över sina egna erfarenheter av hot och våld samt hur de ser på sin arbetssituation. Deltagande i denna studie kan ge ökad förståelse och

kunskap om hot och våld på vårdcentraler. Hotfulla och våldsamma situationer kan uppstå på vårdcentraler och kommer säkerligen att öka i framtiden och distriktssköterskan behöver verktyg för att kunna hantera situationerna.

Resultat

Totalt intervjuades 6 distriktssköterskor som var mellan 34 och 60 år och hade mellan 1 och 25 års erfarenhet av yrket. Datamaterialet analyserades utifrån studiens syfte och tre kategorier samt åtta subkategorier genererades, Tabell 2. Kategorierna var: *Att vara utsatt i sin profession som distriktssköterska*, *Att hantera en hotfull situation*, *Att skapa en trygg arbetsplats*. Resultat presenteras utifrån de tre kategorierna och subkategorier samt stärks med citat.

Tabell 2. Subkategorier och kategorier

Subkategori	Kategori
<ul style="list-style-type: none"> • Den frustrerade patienten • Lägga över ansvar och skuldbelägga • Hot väcker känslor och reaktioner 	Att vara utsatt i sin profession som distriktssköterska
<ul style="list-style-type: none"> • Vidta åtgärder inför mötet • Strategier i mötet • Dokumentera och reflektera efter mötet 	Att hantera en hotfull situation
<ul style="list-style-type: none"> • Arbetsmiljöns betydelse • Önskemål om förbättringar 	Att skapa en trygg arbetsplats

Att vara utsatt i sin profession som distriktssköterska

Distriktssköterskorna beskriver att frustrationen är stor bland patienterna. De upplever att patienter och närstående försöker lägga över ansvaret för patientens hälsa på distriktssköterskan. När distriktssköterskan blir utsatt för hotfulla situationer väcker det starka känslor och reaktioner.

Den frustrerade patienten

Ingen av distriktssköterskorna hade blivit utsatt för fysiskt våld, men samtliga hade blivit utsatta för direkta och indirekta hot i mötet med patienten. Distriktssköterskorna beskriver att hoten från patienter ökar samt att detta följer utvecklingen i övriga samhället. De beskriver att det är ett stort inflöde av patienter som av olika anledningar har det mycket svårt i livet. De nämner individer med missbruksproblematik och psykisk ohälsa i alla samhällsgrupper. Distriktssköterskorna beskriver att det inte finns någon fungerande vård att slussa vidare psykiskt sjuka patienter och missbrukare till. Distriktssköterskorna berättar om en frustration bland patienterna som är

övergripande där patienterna kommer till vårdcentralen och redan är arga. Patienterna känner att de inte får någon hjälp och de vet inte vart de ska vända sig. Genomgående anger distriktssköterskorna att anledningen till att patient eller närstående upplevs hotfulla är att de vill få en tid till läkare eller träffa läkare direkt. De behöver få träffa en läkare för att de vill ha en behandling, intyg, recept eller remiss. En distriktssköterska beskriver att de hotfulla situationerna kan uppstå vid meningsskiljaktigheter mellan sjuksköterska och patient om hur fort patienten behövde träffa läkare. En distriktssköterska beskriver sig som en vakt som ska sortera vilka patienter som ska få träffa läkaren, vilket orsakar irritation och ilska hos patienten. Några beskriver hur språkförbistringar, kulturella aspekter eller att patienten inte har kunskap om vården kan påverka mötet negativt. En distriktssköterska beskriver en mycket obehaglig situation då patienten är arg på läkaren och skriker nedsättande ord och uttryck samt hotar med allvarliga konsekvenser.

Vissa kan krypa under huden ibland och man kan känna att det är inte okej, de tror hur de kan gå hur långt som helst.

Lägga över ansvar och skuldbelägga

En del hot består i att patienten eller närstående hotar med ansvarskonsekvenser. De försökte lägga över ansvaret för hälsan på distriktssköterskorna och vill bli försäkrade om att inget ska hända om de inte får träffa läkare. Någon beskriver det som att patienten försöker lägga över skulden på distriktssköterskan. Den distriktssköterskan menar dock att patienten har ett eget ansvar för sitt handlande. En distriktssköterska berättar att patienterna har olika strategier att hota med. Det kan vara allt från nedsättande och kränkande ord till att de är kund och kräver att få en viss behandling eller undersökning omgående. En distriktssköterska uppfattar att hon blir hotad i sin profession i den bemärkelsen att patienten hotar med att anmäla henne om något skulle hända. Hon upplever det som att patienten lämnar över ansvaret på henne och att hennes sjuksköterskelegitimation står på spel.

...att folk vill lägga över ansvaret hos en på något sätt, att kan du lova mig att det här och det här inte kommer hända nu då.

Hot väcker känslor och reaktioner

Distriktssköterskorna uttrycker att hot väcker många olika känslor. Flera beskriver hur de känner sig olustiga i hotfulla situationer. Vidare nämner de känslor av utsatthet, frustration, uppgivenhet, ilska, rädsla och obehag. Flera distriktssköterskor beskriver att faran finns där hela tiden och man vet aldrig vem man har framför sig. Vad som helst kan hända, men samtidigt menar de att de inte ständigt kan vara rädda för människor. En berättar om hur en hotfull situation påverkar henne fysiskt då hon blir röd i ansiktet, får hög puls, svettas och blir torr i munnen. Flera beskriver att de har en "magtraktskänsla" av att något inte stämmer i mötet med patienten. De upplever att den

känslan ofta stämmer och att den ska tas på allvar. Vid en hotfull situation beskriver en distriktssköterska hur hon först reagerar med att bli arg sedan inser hon situationens allvar och blir istället rädd. En annan beskriver hur hon tar det till sig när någon varit hotfull och det påverkar henne och att hon tar det med sig. Någon beskriver att hon inte hann bli rädd i situationen, men efteråt kommer tankarna.

Jag behöll faktiskt lugnet här jag blev inte synligt rädd, men jag kände att nackhåren reste sig och jag kände mig väldigt instängd.

Att hantera en hotfull situation

Det framkommer att distriktssköterskorna använder sig av olika åtgärder och strategier före, under och efter mötet för att hantera hotfulla situationer utifrån sin egen erfarenhet.

Vidta åtgärder inför mötet

Distriktssköterskor beskriver att om de blivit förvarnade av kollega eller journaltext, så var de mer observanta i mötet med patienten. De berättar om hur de scannar av patienten för att göra sig en egen bedömning. Om patient verkar påverkad, hetsig eller har en ostadig blick är det ett observandum. En distriktssköterska beskriver hur hon vid ett hotfullt tillfälle väljer att ha dörren öppen till korridoren för att kunna komma därifrån snabbt och påkalla hjälp om det behövdes. Patienten får då gå in först i rummet, så distriktssköterskan har nära till dörren om det krävs. I ett fall där distriktssköterskan blivit varnad för patienten har hon systematiskt gått igenom patientrummet för att försäkra sig om att det inte fanns några vassa föremål eller saxar liggande framme innan hon tar in patienten. Hon beskriver också så här i efterhand att hon borde tänkt ett steg längre och informerat kollegan om att nu kommer jag ta in en patient som jag känner mig lite obekvämt med.

...att man ser till att patienten går in först, så försöker man hela tiden ha patienten bortanför sig själv.

Strategier i mötet

Distriktssköterskorna beskriver att de i mötet med patienten försöker vara neutrala, lyssna och hålla sig lugna, ännu lugnare än vanligt och inte visa sin rädsla. En annan beskriver att hon håller sig lugn och tar ett steg tillbaka om patienten blir hotfull. Några beskriver att det är viktigt att inte provocera och reta upp patienten. En distriktssköterska spelar en roll och försöker alliera sig med patienten och en annan använder humor för att avleda i mötet. En annan distriktssköterska beskriver att hon kan hantera ett hot via telefon lättare än i ett direkt möte med patienten. En berättar om hur hon när hon var ny i yrket ofta argumenterade emot patienten, men har med tiden insett att det inte leder någonstans. Nu hanterar hon hotfulla situationer genom att ta ett steg

tillbaka och går inte i konfrontation med patienten. En distriktssköterska har som strategi att om kommunikationen med patienten blir ansträngd lämna över till en kollega som tar vid. Då kan hon själv gå undan och reflektera över mötet. En beskriver att om det uppstår en situation som kan bli hotfull bör det ges utrymme att vara två vårdpersonal i mötet med patienten. Någon beskriver hur hon försöker sträcka på sig och visa sig lite auktoritär i mötet. Det handlar om att vara tydlig i kommunikationen och säga till när patienten går över gränsen för vad som tolereras. Flera distriktssköterskor beskriver vikten av att se och bekräfta patienten samt ge tydlig information, men också att inte förminska patienten i mötet. En erfaren distriktssköterska beskriver vikten av att inte låta sig påverkas av hoten och att inte ta till sig det.

Jag försöker länge att förklara och hålla mig lugn, att så här är det. Så här är det, men jag backar oftast.

Dokumentera och reflektera efter mötet

Distriktssköterskorna är noga med att dokumentera och poängterar att det var särskilt viktigt då det varit en hotfull situation. Någon dokumenterade noggrant och tydligt utan att lägga in personliga värderingar i journaltexten och en annan dokumenterar för att ”ha ryggen fri”. En distriktssköterska anger att efter den hotfulla situationen lades en varningstext in i patientens journal. Flera av distriktssköterskorna känner ett behov av att reflektera och ventilera med kollegor om de hot de varit med om. De beskriver att det ger dem god hjälp att reflektera tillsammans med kollegor och att de sedan kan lägga den hotfulla situationen åt sidan. En distriktssköterska berättar att det är en liten personalgrupp med god sammanhållning som hon får bra stöd i. Flera beskriver att reflektionen skedde på deras egna initiativ.

...känner jag mig hotad är jag väldigt noga med hur jag dokumenterar och jag tänker alltid, kommer de ringa och begära ut journaler och försäkring och sånt?

Att skapa en trygg arbetsplats

Distriktssköterskorna beskriver hur arbetsmiljön har stor betydelse för att de ska kunna känna sig trygga och säkra på vårdcentralen. Detta innefattar hur patientrummet är utformat, tillgång till larm och önskemål om utbildning, handlingsplaner och stöd.

Arbetsmiljöns betydelse

Flera av vårdcentralerna har lokaler som inte är optimalt utformade för verksamheten, rummen är utspridda och ligger långt ifrån varandra. En distriktssköterska beskriver hur hon upplever sig instängd i vissa rum. En annan beskriver hur hon i en hotfull situation känner sig väldigt trängd för att hon sitter längst in i ett rum utan fönster och patienten blockerar dörren. Distriktssköterskorna har reflekterat över hur behandlingsrummet där de tar in patienter är

disponerat. En beskriver det positivt att britsen är placerad långt in i rummet, så att distriktssköterskan har bra tillgång till dörren om hon behöver komma ut, vilket ökade tryggheten. En annan beskriver det som positivt att det är lyhört, eftersom en kollega bredvid då kan höra om något händer. En distriktssköterska poängterar att receptionen och laboratoriet är de mest utsatta positionerna på vårdcentralen. Samtliga distriktssköterskor beskriver att de har mycket ensamarbete där de i mötet är ensamma med patienten i ett stängt rum. Flera berättar om att de innan stängning kunde vara ensamma då kollegan kan befinna sig långt bort i lokalerna eller av någon anledning gått hem tidigare. De upplever att de känner sig otrygga om det uppstår akuta situationer i form av hot eller dåliga patienter. En distriktssköterska poängterar att det viktigaste för att vara trygg på sin arbetsplats att aldrig vara ensam kvar på arbetsplatsen.

Distriktssköterskorna uppger att de har larm i receptionen vid alla vårdcentraler. Flera har dock svårt att ge tydlig bild av hur larmfunktionen fungerar i en hotfull situation. Genomgående uppgav distriktssköterskorna ett behov av att ha larm i alla rum där det förekommer patienter. Det skulle öka tryggheten, om det skulle uppstå en hotfull situation. En distriktssköterska beskriver att de har larm på alla rum och det är en trygghet. Larmet är till för att påkalla kollegornas uppmärksamhet i akuta situationer, som kan vara att patienten är dålig eller att en hotfull situation uppstår. Någon har tänkt tanken på att det skulle vara en vakt på vårdcentralen, men känner att det är ovärdigt och att hon vill lita på människor. En distriktssköterska reflekterar över vad hon ska göra om det kommer patienter med vapen och hotar och är osäker på hur hon ska reagera och agera då.

Vi sitter utspridda och ensamma på våra rum och man är ju faktiskt ganska utsatt.

Önskemål om förbättringar

Flera distriktssköterskor uppger att det saknas handlingsplaner för hur hot och våld. På några vårdcentraler finns handlingsplaner, men det är inte något som distriktssköterskorna är väl insatta i. Flera av distriktssköterskorna efterfrågar utbildning, stöd och handledning, gärna konkreta praktiska råd i situationen med en hotfull patient. Någon efterfrågar klara och tydliga direktiv från verksamhetsledningen på hur hon ska agera, som det är nu blir det från fall till fall och distriktssköterskorna lär sig av egen erfarenhet. Distriktssköterskorna berättar om att de själva försöker förbereda sig mentalt på att hotfulla situationer kan uppstå. De menar att det hade varit bättre att göra detta gemensamt och på ett mer organiserat sätt med all personal på vårdcentralen.

Jag skulle behöva mer utbildning, stöd och handledning hur gör man med hotfulla och aggressiva patienter- ingen aning?

Diskussion

Metoddiskussion

Valet av en kvalitativ metod med deskriptiv ansats för att belysa distriktssköterskors erfarenhet av hot och våld på vårdcentral övervägdes noga. Författarna diskuterade för och nackdelar med metoden och kom fram till att de ansåg att den bäst svarade på syftet.

Vid val av metod diskuterades riskerna med att en kvalitativ intervju skulle kunna bli svår och krävande att genomföra. Ämnet hot och våld skulle kunna uppfattas som laddat och svårt att intervjuas om. Det fanns en risk att starka känslor väcktes hos informanterna, men det var inget som observerades eller nämndes före, under eller efter intervjuerna. Flera av informanterna uttryckte istället positiva och uppmuntrande åsikter om att ämnet lyftes. Detta bidrog till att författarna upplevde att studien blev mer betydelsefull och motiverad.

Författarna anser att valet att använda en öppen inledande fråga är en styrka i studien. Valet att använda semistrukturerade intervjuer med öppna frågor var att få informanterna att tala fritt och att utifrån de frågorna ställdes. Informanten kan beskriva och berätta om egna viktiga erfarenheter. Därför försökte författarna att så lite som möjligt styra samtalet. Intervjun utgick från en huvudfråga, därefter användes följdfrågor. Dessa använde författarna som stöd men utifrån vad som delgavs under intervjun användes ibland andra följdfrågor. Då författarnas erfarenhet av att genomföra intervjuer var mycket begränsade, upplevde författarna att deras kunskap och tekniken under de sex intervjuer utvecklades. Detta beskriver även Kvale (35) att utföra intervjuer är en konst, som kräver övning och färdighet erhålls av att utföra intervjuer.

Då någon eller båda författarna har varit delaktiga under intervjun kan detta påverkat resultat. Författarna har upplevt det positivt då de varit båda närvarande under intervjun och upplevde att informanten då kände sig mer bekräftad och öppnade upp sig mer. Trost (40) beskriver att om ämnet som ska utforskas är känsligt kan det vara lämpligt att vara två intervjuare för att kunna ge stöd åt informanten, men också åt varandra (40). Under två av intervjuerna var det endast en intervjuare med eftersom informanten valde det och ej angav orsak till författarna. Vid de övriga intervjuerna var båda författarna med under intervjun. En intervjuade och den andra försökte att genom sin närvaro bekräfta och lyssna aktiv.

Intervjuerna och det som framkom väckte tankar och reflektioner hos författarna och att båda varit närvarande upplevdes som värdefullt efteråt. Det var en styrka eftersom det bidrog till flera långa och intressanta samtal, där intervjuerna analyserades och diskuterades. Kvale beskriver att det kan vara utvecklande att efter varje intervju reflektera över vad som har varit lärorikt. De intryck som intervjun har skapat och den förmåga som intervjuaren har att se och förstå det som sker i mötet (35).

En svårighet med metoden var att få kontakt med vårdcentralchefer och få ett godkännande att genomföra studien. Mail med information om studien skickades till 30 vårdcentraler både privata och offentliga, 16 vårdcentraler svarade inte trots påminnelser. Flera vårdcentraler som svarade uppgav personalbrist, omorganisation, hög arbetsbelastning som orsak till att de avböjde deltagande. Det faktum att få vårdcentraler svarade på förfrågan om studien kan ha påverkat

resultatet då mängden datamaterial och den geografiska spridningen på urvalet minskade. Detta kan ha lett till att antalet subkategorier och kategorier i resultatet blev färre. Bortfallet av de två distriktssköterskor som angav att de inte varit med om någon hotfull eller våldsam situation på vårdcentral kan också ha påverkat resultatet. Efter att ha genomfört studien och med vår egen förståelse tror författarna att distriktssköterskorna antingen inte förstått definitionen av hot eller att de varit med om något som de inte ville bli intervjuade om. Författarna kan i efterhand konstatera att de borde varit tydligare i sin definition av hot och våld och förmedlat detta klarare till informanterna.

Några av informanterna uppgav att de var stressade och hade ont om tid, vilket kan ha påverkat studien negativt. En stressad informant kanske håller tillbaka och inte utvecklar sina åsikter och tankar under intervjun. Författarna tror att det kan finnas ett samband med de svårigheterna att få distriktssköterskor att delta i studie då vårdcentralerna har hög arbetsbelastning.

Transkribering och analys av datamaterialet har författarna arbetat med tillsammans. Detta genom att författarna lyssnade och skrev ned ordagrant det som sas under intervjuerna och kontrollerade texten. Det var viktigt att båda författarna lyssnade på intervjuerna tillsammans för att få en fullständig bild av det som sas och för att transkriberingen skulle bli så korrekt som möjligt.

Graneheim och Lundmann (41) beskriver att följande begrepp giltighet, tillförlitlighet, överförbarhet samt delaktighet kan användas för att bedöma trovärdigheten av en studie. Studien ska vara giltig i den bemärkelsen att resultaten ska vara sanna och representativa för det som studien avser att undersöka. För att få tillförlitligt resultat ska analysprocessen beskrivas väl. Resultatet ska gå att överföra till annan kontext för att kravet om överförbarhet ska uppfyllas, vilket endast bedömas av den som tar del av studien. Resultatet påverkas av forskaren i den aspekten att forskaren har varit delaktig i samspelet under intervjun. På så sätt är forskaren en del i resultatet (41).

Studiens tillförlitlighet styrks genom att författarna har arbetat tillsammans och systematiskt analyserat datamaterialet gemensamt. Där diskuterades noga tolkningar av materialet för att få fram kärnan i informanternas berättelse. Giltighetens styrks genom att det som studien avser att undersöka presenteras i resultatet. Det är svårt att bedöma överförbarheten av studien på grund av det låga antalet informanter. Författarna anser dock att resultatet skulle kunna vara överförbart då erfarenheterna distriktssköterskornas beskrev på många sätt är samstämmiga.

Resultatdiskussion

Distriktssköterskor i studien hade inte varit utsatta för fysiskt våld, men alla hade upplevt hotfulla situationer. Enligt Ivarsson får vårdpersonal ta emot mycket i kommunikationen och mötet med patienten, men att som vårdpersonal bli utsatt för svordomar, glåpord och hot kan aldrig anses acceptabelt. Det är viktigt att tydligt och tidigt markera var gränsen går samtidigt som varje situation är unik och måste bedömas från fall till fall (24). Distriktssköterskorna beskriver att hotfulla situationer förekommer och att de har svårt att dra gränsen för vad som är ett hot. Det skapar reflektioner angående vad vårdpersonal ska acceptera i mötet med patienten. Hotfulla ord och kränkningar kan vara lika sårande och skadliga som fysiskt våld. I en studie från Storbritannien

beskrivs att verbala hot under vissa omständigheter kan påverka personen som blir utsatt ännu mer än direkt fysiskt våld (42).

Distriktssköterskorna beskriver att det förekommer att patienter kommer till vårdcentralen och redan är arga och frustrerade. Patienter som känner sig maktlösa, frustrerade och att de inte har någon möjlighet att påverka sin situation kan bli hotfulla (9, 10). Genom att identifiera patienter som känner sig maktlösa kan distriktssköterskor arbeta utifrån empowerment. Det innebär att stärka patienten och överlåta makt så att patienten upplever att de har möjlighet att påverka sin situation, vård och behandling (31). Personcentrerad vård som är baserad på individens behov kan många gånger vara komplext och svårt. Hälso- och sjukvårdspersonal bör ta hänsyn till att alla människor är unika och behöver vård som är utformad efter personen. Det innebär att ta hänsyn till patientens specifika behov och möjliggöra delaktighet och medverkan (43). I mötet kan distriktssköterskan ha ett personcentrerat förhållningssätt och se människan bakom den hotfulla patienten. Distriktssköterskan kan arbeta personcentrerat genom att lyssna aktivt och vara tydlig i sin kommunikation. Det är av stor betydelse att vara medveten om de signaler som visas genom kroppsspråk och ögonkontakt. Allt detta sammantaget skapar förutsättningar för ett gott möte (33).

När mötet med patienten inte blir optimalt kan distriktssköterskor medvetet eller omedvetet ha svårt att möta patient vid ett senare tillfälle (22). Det kan vara rädsla och oro för att patienten ska bli hotfull igen, vilket kan leda till att patienten inte får ett bra bemötande eller rätt vård. Varje patient som lämnar vårdcentralen arg, upprörd eller frustrerad är ett misslyckande för vården. Under ytan på den hotfulla patienten kan det finnas andra känslor så som oro, ångest, rädsla och maktlöshet. Hendersson beskriver en person som komplex och mångfacetterad och att hur den påverkas och reagerar i mötet påverkas av deras tankar, värderingar och psykologisk balans (17). Att försöka förstå varför patient blivit hotfull och vilka faktorer som kan ha bidragit till att situationen uppstod kan vara ett sätt att försöka arbeta förebyggande.

Resultatet visar att det ofta var läkaren som patienten ville träffa och de blev inte nöjda om de inte fick träffa läkare. Distriktssköterskorna beskriver att patient och närstående försöker lägga över ansvaret för sin hälsa på dem. De vill att distriktssköterskan ska garantera att de inte kommer bli allvarligt sjuka om de inte får träffa läkare. Patienter hotar och ställer krav utifrån olika strategier. Detta kan vara svårt för distriktssköterskor att hantera utan att ta det personligt (8).

Distriktssköterskorna beskriver att hotfulla situationer påverkade dem fysiskt och känslomässigt och beskriver känslor av utsatthet, frustration, uppgivenhet, ilska, rädsla och obehag. En distriktssköterska beskriver tydligt hur hon påverkades fysiskt, vilket var en stressreaktion. Oavsett om de påverkades fysiskt eller psykiskt hade de olika strategier att hantera hot. De beskriver att de har ett behov av att reflektera över situationen och några tar det till sig. Flera av distriktssköterskorna beskriver sig själva som att de har lätt för att prata, reflektera och diskutera situationen. Vårdpersonal som inte reflekterar och tar initiativet till det själva får bära situationen med sig obearbetad, vilket kan vara tungt för den enskilda personen.

Distriktssköterskorna beskriver att de använder sig av olika strategier för att hantera en hotfull patient utifrån egen erfarenhet. De beskriver att de lyssnar, bekräftar, och lugnar patienten i den hotfulla situationen. I en studie från Storbritannien beskrivs en rad olika strategier som användes

för att hantera verbala hot inom slutenvården. Det kunde vara att ignorera hotet, erbjuda vid behovs läkemedel eller att försöka lugna ner situationen (44).

Resultatet visar även att arbetsmiljön behöver förbättras. Distriktssköterskor har en viktig samhällsfunktion och de uttrycker att de måste vara skyddade. Något som upplevdes viktigt av distriktssköterskorna är hur arbetsplatsens miljö är utformad. Det som samtliga distriktssköterskor poängterar är att de önskar larm på alla rum där de möter patienter. De lyfter även fram att ingen ska behöva vara ensam kvar på sin arbetsplats sent på eftermiddagen. Den rutinen finns på de flesta vårdcentraler, men frångås av olika anledningar. Att denna riktlinje efterföljs är något som bör följas upp av vårdcentralcheferna. Om vårdpersonalen är trygg på sin arbetsplats kan svåra möten ske på ett säkert sätt. I en artikel från England (45) beskrivs hur vårdpersonal inom en organisation skall ha kunskap om att det finns en nolltolerans mot hot och våld. Det ska finnas tydliga riktlinjer för vilket beteende som inte är accepterat och vad konsekvenserna blir om detta beteende uppvisas av patienter och närstående. De nämner betydelsen av organisationens chefer bör vara utbildade och förberedda på att våldsamma situationer kan uppstå samt att de vet hur de ska agera utifrån de riktlinjer som finns. Utöver detta ska de verka för att den anställda ska känna sig trygg på arbetsplatsen, vilket kan medföra att det krävs larm, stängda dörrar och övervakningskameror (45).

Distriktssköterskorna uttryckte starkt behovet av att få mer kunskap och utbildning i att bemöta patienter och närstående som upplevs som hotfulla. Ingen av distriktssköterskorna uppgav att de fått utbildning eller skriftlig information om hur de kan hantera svåra patientmöten och hotfulla situationer. Arbetsmiljöverket lyfter fram betydelsen av att utforma skriftliga säkerhetsrutiner på arbetsplatser inom vården där det finns risk att träffa hotfulla och arga patienter men också anhöriga. Vårdpersonalen men också övriga yrkeskategori som träffar patienter och anhöriga skall ha utbildning i att hantera situationer som kan bli riskfyllda där hot och våld kan förekomma (6).

I resultatet framkommer att distriktssköterskorna önskar reflektion i organiserad form efter hotfulla situationer. Detta visar på stort behov av att utforma en arbetsmiljö där det finns tid och möjlighet till reflektion och bearbetning efter en hotfull situation. På arbetsplatser där hotfulla och andra svåra situationer kan uppstå bör det finnas möjlighet till regelbunden reflektion, handledning och stöd. En rapport från Statistiska centralbyrån (SCB) visar på att sjuksköterskor lämnar yrket pga. att de upplevt hot och våld och de i samband med detta inte fick något stöd av verksamheten. Det framkommer även att sjukskrivningar ökar till följd av hot och våld (13, 14).

När vårdpersonal väljer att sluta jobba inom vården på grund av hot och våld leder detta till att kompetens försvinner men också att bristen på vårdpersonal ökar som i sin tur kan påverka patienten negativt. Genom att lyssna på de drabbade distriktssköterskorna och ta del av deras erfarenheter kan vårdcentralerna öka tryggheten och förebygga hotfulla situationer. I de fall hotfulla situationer ändå uppstår är det viktigt att handlingsplaner och stöd finns tillgängligt och uppdaterat. Författarna anser att en trygg och förberedd distriktssköterska kommer kunna möta patienten på ett bättre sätt och ge en god och säker vård.

Slutsats

Distriktssköterskorna beskriver att de har upplevt hotfulla situationer i sitt arbete på vårdcentral och hur detta påverkar dem och att det väcker olika känslor och reaktioner. De berättar om

frustrerade patienter och närstående och att hotfulla situationer uppstod när patienter kände sig maktlösa och ville träffa läkare. Distriktssköterskorna har själva utvecklat strategier för att hantera hotfulla situationer. Det kan innebära att hålla sig lugn, spela en roll eller använda sig av humor. Efter en hotfull situation känner distriktssköterskorna ett behov av att reflektera och ventilera det som hänt. Distriktssköterskorna efterfrågar larm på alla rum där det sker patientmöten. De är också medvetna om att lokalernas utformning påverkar tryggheten och de poängterar att ingen ska vara ensam kvar på arbetsplatsen. Vidare efterfrågar de utbildning, aktuella handlingsplaner och reflektion i organiserad form för att kunna hantera hotfulla situationer.

Kliniska implikationer

Denna studie har bidragit med ökad kunskap om distriktssköterskors erfarenhet av hot och våld på vårdcentral. Genom att ta del av distriktssköterskors erfarenheter och upplevelser kring arbetsmiljön kan lokaler, larm och förutsättningar för en trygg arbetsmiljö främjas. Resultatet visar att det krävs mer utbildning, uppdaterade handlingsplaner och organiserad reflektion på vårdcentralerna.

Referenslista

1. Arnetz JE. Våld i vårdarbete : ett utbildningsmaterial om hot och våld för personer som arbetar inom vården. Lund: Studentlitteratur; 2001.
2. Larsson O. Hot och våld i arbetslivet : minska de negativa konsekvenserna. 1. uppl.. ed. Lindgren M, editor. Lund: Studentlitteratur; 2012.
3. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence – a problem in Irish Accident and Emergency departments? *Journal of Nursing Management*. 2006;14(2):106-15.
4. Vezyridis P, Samoutis A, Mavrikiou PM. Workplace violence against clinicians in Cypriot emergency departments: a national questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(9-10):1210-22.
5. Iozzino L, Ferrari C, Large M, Nielssen O, de Girolamo G. Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS one*. 2015;10(6):e0128536.
6. Arbetsmiljöverket. Hot och våld inom vården (ADI 609), broschyr 2017 [Available from: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/broschyter/hot-och-vald-inom-varden-broschyr-adi609.pdf>].
7. Pompeii LA, Schoenfisch AL, Lipscomb HJ, Dement JM, Smith CD, Upadhyaya M. Physical assault, physical threat, and verbal abuse perpetrated against hospital workers by patients or visitors in six U.S. hospitals. *American Journal of Industrial Medicine*. 2015;58(11):1194-204.
8. Karin A, Anna H, Kristofer B, My E. Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short- and Long-Term Consequences in a Swedish Setting. 2016.
9. Hallberg U. Hot och våld inom vård och omsorg: Arbetsmiljöverket; 2011 [Available from: <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-vard-och-omsorg-kunskapssammanstallningar-rap-2011-16.pdf>].
10. Hedman H. Patientens- personens röst. In: Ekman I, editor. Personcentrering inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik. 1. uppl.. ed. Stockholm: Liber; 2014. p. 7-19.
11. Patel E, Holmberg S. Hot och våld Om utsatthet i yrkesgrupper som är viktiga i det demokratiska samhället: Brottsförebyggande rådet; 2015 [Available from: http://www.bra.se/download/18.43d343f714ce4faf9081ce/1440752473386/2015-12_Hot_och_v%C3%A5ld.pdf].
12. Magnavita N, Heponiemi T. Violence towards health care workers in a Public Health Care Facility in Italy: a repeated cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2012;12:108-.
13. Lidwall U. Vård och omsorg har flest nya sjukfall i sverige: Försäkringskassan; 2015 [Available from: <https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/e1c99b35-629c-4801-944a-81dd359b303c/korta-analyser-2015-1.pdf?MOD=AJPERES&CVID=>].
14. SCB. Sjuksköterskor utanför yrket 2017 [Available from: https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a01_br_a40br17].
15. Sverige. Nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och s. Effektiv vård : slutbetänkande. Stockholm: Wolters Kluwer; 2016.
16. Socialstyrelsen. Primärvårdens uppdrag-En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade 2016 [Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20066/2016-3-2.pdf>].
17. Henderson V. The nature of nursing. 1. uppl.. ed. New York1967.

18. McCormack B. Person-centred nursing : theory and practice. McCance T, editor. Chichester, West Sussex: Chichester, West Sussex : Wiley-Blackwell; 2010.
19. Törnkvist L, Gardulf A, Strender LE. Patients' Satisfaction with the Care given by District Nurses at Home and at Primary Health Care Centres. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2000;14(2):67-74.
20. Hur upplever patienter och närstående vården? Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO); 2017 [Available from: <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/hur-upplever-patienter-och-narstaende-varden/>].
21. Holopainen G, Kasen A, Nystrom L. The space of togetherness - a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2014;28(1):186.
22. Nygren Zotterman A, Skär L, Olsson M, Söderberg S. District nurses'; views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2015;29(3):418-25.
23. Hansen I, Fagerlund A, Hagman L, Hessel Å, Hylén U, Rahle Hasselbalch L. Råd för bättre kommunikation mellan patient och vårdpersonal Sveriges kommuner och landsting (SKL); 2011 [Available from: <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/5236.pdf?issuusl=ignore>].
24. Ivarsson K. Möten i vården. 2. uppl. [sic]. ed. Lund: Studentlitteratur; 2015.
25. Mårtensson Blom K. Intersubjektivitet : det mellanmänniska i vård och vardag. 1. uppl.. ed. Wrangsjö B, editor. Lund: Studentlitteratur; 2013.
26. Bernhardsson K, Palm A, Nilsson T, Olsson M. Att möta och bemöta : litteratur och film för gemensam reflektion: Socialstyrelsen; 2015 [11-27]. Available from: <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>.
27. Staples P, Baruth P, Jefferies M, Warder L. Empowering the angry patient. *Canadian Nurse*. 1994;90(4):28-30.
28. Camerino D, Estryng-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BIJM, Hasselhorn H-M. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(1):35-50.
29. Magnusson A-S. Om kommunikation : för personal i vårdande yrken. 1. uppl.. ed. Stockholm: Stockholm : Liber; 2014.
30. Gunnarsson E, Gusdal A, Jarl E, Johansson I, Rising I, Stender I, et al. Kompetensbeskrivning-Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen-distriktssköterska 2008 [
31. Askheim OP. Empowerment olika infallsvinklar. In: Askheim OP, Starrin B, Winqvist T, editors. Empowerment i teori och praktik. 1. uppl.. ed. Malmö: Gleerup; 2007. p. 18-33.
32. Ekman I, Norberg A, Swedberg K. Tillämpning av personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård. In: Ekman I, editor. Personcentrerad vård inom hälso- och sjukvård : från filosofi till praktik. 1. uppl.. ed. Stockholm: Liber; 2014. p. 69-96.
33. Cox D. Implement person centred approaches. *Nursing & Residential Care*. 2011;13(9):414-7.
34. Polit DF. Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice. 10th ed.. ed. Beck CT, editor. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2016.
35. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. 3. [rev.] uppl.. ed. Brinkmann S, editor. Lund: Studentlitteratur; 2014.
36. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
37. Vetenskapsrådet. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning [Available from: <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>].

38. Etikprövningsnämnden. Vägledning till forskningspersonsinformation 2004 [Available from: <http://www.epn.se/start/ansoekan/forskningspersonsinformation/>].
39. Lag (SFS 2003:460) om etikprovning av forskning som avser människor Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2003 [Available from: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460].
40. Trost J. Kvalitativa intervjuer. 4., [omarb.] uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2010.
41. Lundmann B, Granheim Hällgren U. Kvalitativ innehållsanalys. In: Granskär M, Höglund-Nielsen B, editors. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2., [rev.] uppl. ed. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 187-201.
42. Beech B, Leather P. Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and Violent Behavior*. 2006;11(1):27-43.
43. Perez-Merino R. Strategies for enhancing the delivery of person-centred care.(Art & Science). *Nursing Standard*. 2014;28(39):37.
44. McLaughlin S, Bonner G, Mboche C, Fairlie T. A pilot study to test an intervention for dealing with verbal aggression. *British Journal of Nursing*. 2010;19(8):489-94.
45. Gillespie G, Gates D, Fisher B. Individual, relationship, workplace, and societal recommendations for addressing healthcare workplace violence. *Work*. 2015;51(1):1.

**SAHLGRENSKA AKADEMIN****Institutionen för vårdvetenskap och hälsa**

Proprefekt Carina Sparud Lundin

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1*Postadress:* Box 457, 405 30 Göteborg*Telefon:* +46 31 786 6389*E-post:* carina.s-lundin@fhs.gu.se**INFORMATION OM
EXAMENSARBETEN**

1 / 2

2017-09-12

Vårdenhetschefer inom Västra
Götalandsregionen**Studenters examensarbete på avancerad nivå**

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet, samt fristående kurser som leder till magister och masterexamen. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ masterexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, *dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå*. Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer.

Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänns av handledare för examensarbetet.

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar

Carina Sparud Lundin



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Verksamhetschefens godkännande

Vi är två distriktssköterskestudenter, Anna Victorin och Kajsa Alopaeus, som under hösten 2017 genomför vårt examensarbete i omvårdnad på magisternivå vid Göteborgs Universitet. Syftet med vårt examensarbete är att undersöka distriktssköterskors erfarenhet av hot och våld i sitt arbete inom primärvården. Vi önskar att komma i kontakt med distriktssköterskor för att intervjua och ta del av deras erfarenheter. Intervjuerna beräknas ta ca 60 minuter och kan när som helst utan att ange anledning avbrytas av deltagaren. Resultatet av intervjuerna kommer bli en del av vårt examensarbete och deltagarna kommer inte att kunna identifieras.

Ansvariga för studien

Kajsa Alopaeus

Distriktssköterskestudent

gusmansska@student.gu.se

0736-285010

Anna Victorin

Distriktssköterskestudent

gusvicta@student.gu.se

0708-404430

Eva Lidén

Universitetslektor och handledare

eva.liden@gu.se

Härmed ger jag som verksamhetschef mitt samtycke till att ovanstående får kontakta och genomföra intervjuer med distriktssköterskor på den vårdcentral där jag är verksamhetschef. Om jag svarar via mail, vilket också räknas som godkännande, skriver jag i vändande mail att det är ok att genomföra intervjuerna.

Ort och datum

Verksamhetschef, namnunderskrift

Verksamhetschef, namnförtydligande



SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund och syfte

Det har de senaste åren blivit allt vanligare med hot och våld mot vårdpersonal. Utgångspunkten för god omvårdnad är att möta alla patienter med respekt men att möta människor i vården som är utåtagerande och hotfulla kan hindra att patienten får en god och säker vård. Syftet med studien är att erhålla fördjupade kunskaper om distriktssköterskors erfarenheter av hot och våld i sitt arbete inom primärvården för att kunna identifiera vad som kan förbättras i mötet med patienten.

Deltagande

Studien genomförs med distriktssköterskor anställda på offentliga och privata vårdcentraler i områden i Göteborg med minst 1 års arbetserfarenhet inom primärvården. Vi är därför intresserade av att få ta del utav dina erfarenheter av hot och våld i mötet med patienter. Din verksamhetschef har fått information om studien och godkänt att intervjun får genomföras med dig på din arbetsplats.

Tillvägagångssätt

Efter överenskommelse genomför vi intervjun på din arbetsplats vid en tidpunkt som passar dig. Datainsamling kommer ske genom att intervjun spelas in med diktafon och vi beräknar att det tar ca 60 minuter. Vi kommer att sammanställa materialet som sedan kommer bli en del av vårt examensarbete i omvårdnad på magisternivå vid Göteborgs Universitet.

Risk med att delta?

Den risk som vi eventuellt ser med deltagandet är att det skulle kunna väcka obehagliga minnen hos deltagaren.

Fördel med att delta?

Genom att delta i studien kan deltagaren reflektera över sina egna erfarenheter av hot och våld samt hur de ser på sin arbetssituation. Deltagande i denna studie kan öka förståelse och kunskapen kring hot och våld i distriktssköterskans arbete inom primärvården.

Sekretess

Dina personuppgifter kommer att skyddas i enlighet med personuppgiftslagen (1998:204). Allt material kommer att avkodas och förvaras på ett sätt så att ingen obehörig får tillgång till dem. Efter att studien är avslutad kommer allt material att raderas. I studien kan det förekomma enskilda citat, som inte kommer att kunna härledas till deltagaren.

Information om studiens resultat

Om ni är intresserade av resultat av studien är ni välkommen att höra av er till oss för att erhålla ett exemplar av examensarbetet.

Frivillighet

Ert deltagande i studien är frivilligt och ni kan när som helst välja att avbryta er medverkan utan att ange anledning.

Ansvariga för studien

Kajsa Alopaeus
Distriktssköterskestudent
gusmansska@student.gu.se
0736-285010

Anna Victorin
Distriktssköterskestudent
gusvicta@student.gu.se
0708-404430

Eva Lidén
Universitetslektor och handledare
eva.liden@gu.se

Ditt samtycke som deltagande i studien

Jag har efter erhållit skriftlig och muntlig information samt fått ställa frågor som blivit besvarade. Härmed ger jag mitt samtycke till deltagande i den här studien, med syfte att belysa distriktssköterskors erfarenheter av hot och våld i mötet med patienter som söker primärvård.

_____ Ort och datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE

Bakgrundsfrågor

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som distriktssköterska samt som sjuksköterska?

Huvudfråga

Kan du berätta om någon situation i ditt arbete som du upplevt som hotfull eller våldsam?

Följdfrågor

Vad hände i den situationen?

Hur såg det ut runt omkring?

Vad gjorde du?

Vad tänkte du?

Vad kände du?

Vad skulle du gjort annorlunda?

Vad hände sedan?

Vad lärde du dig av situationen?

Hur skulle du kunna förbereda dig för den här typen av situationer?