



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

”Man vet aldrig när det går riktigt illa”

Sjuksköterskors upplevelser av utsatthet i
hemsjukvården

Examensarbete, 15 högskolepoäng, magisterexamen i Omvårdnad inom
Specialistsjuksköterskeprogrammen, Jönköping, januari 2019

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad*
FÖRFATTARE: *Linda Bergqvist & Sara Nyman*
EXAMINATOR: *Maria Brovall*
JÖNKÖPING 2019 Januari



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

”You never know when it gets really bad”

Nurses experiences of exposure in home care nursing

Nursing Science, Thesis, One year Master, 15 credits

Jönköping, January 2019

MAIN FIELD: *Nursing*

AUTHORS: *Linda Bergqvist & Sara Nyman*

EXAMINER: *Maria Brovall*

JÖNKÖPING 2019 January

Sammanfattning

Bakgrund: Vårdpersonal är på många sätt utsatta i sitt arbete. Sjuksköterskor i hemsjukvården arbetar ofta ensamma och i patienters egna hem och är därmed särskilt utsatta. Hot och våld är vanligt förekommande men utsattheten kan också vara till exempel att ha ensamt omvårdnadsansvar eller att möta oberäknliga patienter.

Syfte: Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av utsatthet i arbetet i hemsjukvården.

Metod: Studien var en kvalitativ intervjustudie där 13 sjuksköterskor intervjuades. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen mynnade ut i tre kategorier: *Att känna sig utlämnad*, *Att inte veta vad/vem som möter en* och *Att ständigt vara vaksam*. Förutom hot och våld upplevde sjuksköterskorna även utsatthet i form av ensamhet, ovisshet och ständig vaksamhet. Den inre och yttre arbetsmiljön bidrog till en upplevelse av utsatthet, framför allt i utsatta områden. Stöd från kollegor och chefer samt egna strategier och egenskaper gjorde att de lättare hanterade upplevd utsatthet.

Slutsats: Sjuksköterskornas arbetsmiljö ger en upplevelse av osäkerhet som är svår att påverka. Ytterligare forskning behövs för att få förståelse för sjuksköterskans situation och upplevelser av utsatthet. Det krävs också åtgärder i organisationen för att skapa en tryggare arbetsmiljö och främja säker vård.

Nyckelord: Ensamarbete, Hot, Omvårdnad, Säker vård, Våld

Summary

“You never know when it gets really bad” – Nurses experiences of exposure in home care nursing.

Background: Health care staff are in many ways vulnerable in their work. Nurses in home care often work alone and in the patients’ home and are therefore more exposed. Threats and violence are common, but the vulnerability can also come from being solely responsible for the nursing care or caring for patients who act erratic.

Aim: The aim of this study was to describe nurses’ experiences of exposure in home care nursing.

Methods: The study was a qualitative interview study where thirteen nurses were interviewed. Data was analyzed with qualitative content analysis.

Results: Three categories emerged from the analysis: *Feeling undisclosed*, *Not knowing what/whom to meet* and *Constant vigilance*. In addition to threats and violence, the nurses experienced exposure in forms of loneliness, uncertainty and constant vigilance. Their working environment contributed to experiencing exposure, especially in exposed areas. Support from colleagues and leadership, as well as the nurses own strategies and characteristics, made the exposure easier to handle.

Conclusions: Nurses working environment gives a sense of insecurity that is hard to influence. Further research is needed to gain understanding of their situation and experiences of exposure. The home care organization is required to arrange a safer working environment and promote safety in home care nursing.

Keywords: Lone working, Nursing, Safety, Threats, Violence

Innehållsförteckning

Inledning	4
Bakgrund	4
Hemsjukvård.....	4
Distriktssköterskans roll i hemsjukvården	4
Säker vård i hemsjukvården.....	5
Ensamarbete	5
Utsatthet.....	6
Syfte	7
Material och metod	7
Design	7
Urval och datainsamling	7
Dataanalys.....	8
Etiska överväganden	9
Resultat	9
Att känna sig utlämnad	9
Att inte veta vad/vem som möter en	11
Att ständigt vara vaksam	13
Diskussion	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
Slutsatser	18
Kliniska implikationer	18
Referenser	19
Bilagor	

Inledning

Ett av distriktssköterskans arbetsområden är hemsjukvård. Att arbeta i patientens eget hem kan liksom en hög grad av ensamarbete göra att distriktssköterskor är extra utsatta (Isaksson, 2010). I en tidskrift beskrivs till exempel hur en sjuksköterska inom hemsjukvården utsattes för ett rånförsök och hotades till livet i samband med ett hembesök (Vårdfokus, 2012). En färsk undersökning från 2017 där över 600 svenska sjuksköterskor svarat visar att 82 procent anser att hot och våld mot personal inom hälso- och sjukvården är ett problem. Över hälften uppger att de har utsatts för hot eller våld i sin yrkesutövning (Framtidens karriär – sjuksköterska, 2017). Förutom fysiska skador kan detta ge icke-somatiska symtom så som stress och rädsla, vilket framgår i studier som genomförts i olika delar av världen (Needham, Alberhalden, Halfens, Fischer & Dassen, 2005).

Känslan av utsatthet beskrivs inte bara uppstå vid faktiska situationer av hot och våld, utan kan också vara till exempel den osäkerhet det innebär att inte veta när en kritisk eller hotfull situation kan uppstå (Avander, Heikki, Bjerså & Engström, 2016). Utsattheten kan också bestå i att sjuksköterskor känner sig utlämnade när de kommer in i patientens hem eftersom de aldrig kan veta vad som väntar där (Fallqvist & Vrooman, 2016). Känslan av att ha det ensamma ansvaret för patientsäkerheten i hemsjukvården är en annan aspekt av utsatthet då det ger känslor som oro och maktlöshet (Berland, Holm, Gundersen & Bentsen, 2012). Det finns behov av ökad uppmärksamhet på och mer forskning kring situationen för den ensamarbetande sjuksköterskan i hemsjukvården med fokus på den känsla av utsatthet som kan upplevas (Fallqvist & Vrooman, 2016).

Bakgrund

Hemsjukvård

Ett av distriktssköterskans arbetsområden är hemsjukvård - att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende för patienter enligt tröskelprincipen, vilken innebär att de som inte kan ta sig till vårdcentralen har rätt att få vård i hemmet. Socialstyrelsen definierar hemsjukvård som *"Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid"* (Socialstyrelsen, 2008, s 14). Hemsjukvården har förändrats sedan Ädelreformen, som genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick ett samlat ansvar för långvarig service och vård för äldre och funktionshindrade (Regeringens proposition 1990/91:14). Befintlig lagstiftning ger inget tydligt svar på vad hemsjukvård är, vilket gör det svårt att fastställa dess omfattning och hur mycket resurser den kräver (Socialstyrelsen, 2008). Med hemsjukvårdsinsatser menas alla de hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt och särskilt boende som legitimerad personal ansvarar för, dock inte läkare (SoU, 2011:55). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) kan landstinget överlämna ansvaret för hemsjukvården upp till sjuksköterskenivå till kommunen, vilket de flesta landsting i Sverige har gjort (SoU, 2011:55). Hemsjukvården är oftast organiserad så att en distriktssköterska har ensamt omvårdnadsansvar för ett antal patienter inom ett geografiskt avgränsat område. I arbetet ingår att handleda omvårdnadspersonal i hemtjänsten och samverka med andra yrkeskategorier (Josefsson & Ljung, 2010). Antalet äldre patienter som får hemsjukvård ökar och beräknas fortsätta öka så då medellivslängden ökar och därmed risken att insjukna i kroniska sjukdomar (Socialstyrelsen, 2018a; Ritchie & Leff, 2018).

Distriktssköterskans roll i hemsjukvården

Kommunen ansvarar för att det i hemsjukvården ska finnas rätt kompetens inom omvårdnad. En specialistutbildad sjuksköterska bör finnas, och distriktssköterskan har specifik kompetens som är lämplig (SoU, 2011:55). Oavsett vem distriktssköterskan möter i sitt arbete ska hen visa på en god förmåga att anpassa sig efter oväntade och mer eller mindre komplexa förhållanden. Distriktssköterskan har fördjupade kunskaper och förmåga att möta, ge stöd åt och hjälpa patienter och anhöriga i alla skeden i livet. Att som i hemsjukvården arbeta mot ett definierat geografiskt område underlättar i arbetet med förebyggande och hälsofrämjande insatser (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Distriktssköterskan har även fördjupad kunskap och förståelse för hur vården i samhället fungerar och är väl lämpad att ha en koordinerande och ledande roll samt vara mentor och stöd för andra i arbetsgruppen (Barret, Latham & Levermore, 2007). Det råder brist på distriktssköterskor sedan 2011 och bristen på erfarna distriktssköterskor ökar sedan 2014. Efterfrågan på specialistsjuksköterskor över

lag beräknas överstiga tillgången fram till 2035 vilket förklaras med stora pensionsavgångar och en ökande äldre och vårdkrävande befolkning (Socialstyrelsen, 2018b). På grund av detta arbetar många grundutbildade sjuksköterskor idag i hemsjukvården.

Att arbeta i någons hem kräver ett professionellt förhållningssätt med balans mellan distans och närhet för att hantera den miljö som hemmet är (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Att ha patientens hem som arbetsplats innebär att distriktssköterskan överlappar gränsen mellan den offentliga världen och den privata sfären och måste förhålla sig till hur patienten och dennes familj vill ha det i sitt hem (Öresland, Määttä, Norberg, Jörgensen & Lützén, 2008). Detta kräver att vårdgivaren har ett respektfullt bemötande då brister i bemötandet kan trigga aggressivt beteende. I mötet med personer som lider av ohälsa och därmed kan vara ledsna, förvirrade eller aggressiva ökar risken för att utsättas för hot och våld (Arbetsmiljöverket, 2011:16).

Säker vård i hemsjukvården

Sjuksköterskans sex kärnkompetenser är personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård samt förbättringskunskap. En av de mest grundläggande kärnkompetenserna är säker vård, vilket är den teoretiska referensramen för föreliggande studie. Kärnkompetensen säker vård fastslår att vården ska vara säker inte bara för patienter och närstående utan även för sjuksköterskan som vårdar. Organisationen som leder vården bör vara riskmedveten och arbeta med preventiva strategier för säker vård. Att känna sig trygg i vårdmötet gäller alla som är involverade (Cronenwett, Sherwood, Barnsteiner, Disch, Johnson, Mitchell, (...) & Warren, 2007). Hemsjukvård är en del av hälso- och sjukvården som utvecklas i snabb takt för att möta patienternas behov. Arbetet med att skapa säker vård är en fortgående process som måste utvärderas löpande. Grundförutsättningar för säker vård är att personalen trivs, är trygg i sin arbetsmiljö och har möjlighet till utveckling (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Om sjuksköterskan inte själv upplever sin arbetssituation som säker försvåras möjligheterna att kunna ge god och säker vård till patienterna. Risken är att utsatthet och ohälsa orsakat av arbetet får följden att vårdkvaliteten blir sämre (Dahlberg & Segesten, 2010).

Det har i flera studier visat sig finnas samband mellan vårdpersonalens säkerhet och nivån på vårdkvaliteten. Mycket forskning på ämnet är gjord inom slutenvården och på särskilda boenden (Needham et al., 2005; Josefsson, Sonde & Robins Wahlin, 2007; Chapman, Perry, Styles & Combs, 2009; Josefsson & Ryhammar, 2010; Avander et al., 2016). En del studier har gjorts i hemsjukvården som även de visar att brister i säkerheten kan leda till att vårdkvaliteten försämras, till exempel då personalen tenderar att göra kortare hembesök och inte längre ge samma omvårdnad som tidigare (Galinsky, Feng, Streit, Brightwell, Pierson, Parsons & Proctor, 2010; Heaslip & Board, 2012; Hignett, Edmunds Otter & Keen, 2016). Utsattheten i att inte veta när en hotfull situation kan uppstå kan leda till att sjuksköterskan distanserar sig från patienterna, vilket påverkar vårdkvaliteten negativt (Angel & Vatne, 2017). Vårdpersonal som varit utsatta för våld i arbetet har fler antal sjukdagar, känner mindre arbetsglädje och presterar sämre i arbetet (Longo & Philips, 2016). Då forskning kring säker vård till stor del är gjord inom slutenvården saknas det kunskap kring hur säker vård ska implementeras på särskilda boenden och i hemsjukvården. Det saknas även verktyg för arbetsledare som arbetar med säker vård i dessa vårdformer. Säker vård i hemsjukvård och särskilt boende undersöks för närvarande i Norge och Nederländerna där 18–20 artiklar planeras för publicering inom ramen för studien som ska avslutas 2020 (Wiig, Ree, Johannessen, Strømme, Storm, Aase (...) & Aase, 2018).

Ensamarbete

Ensamarbete är en riskfaktor för att utsättas för hot och våld enligt Arbetsmiljöverket (2017). Sjuksköterskor som arbetar ensamma är mer utsatta både för fysiskt och verbalt våld (Dean, 2016). Kontakten med arbetskamrater framhävs som värdefull för stimulans, utveckling och självkänsla. Möjlighet till sociala kontakter i arbetet bör eftersträvas och det krävs starka anledningar från arbetsgivaren för att tillåta arbetssituationer med ensamarbete (AFS 1982:3). Arbetsmiljöverket lyfter fram ensamarbete, hembesök och arbete i vårdtagares hem som potentiella risksituationer (Arbetsmiljöverket, 2011:16). I hemsjukvården arbetar distriktssköterskan ofta ensam och kan därför känna en otrygghet som kan leda till rädsla. Detta kan förhindra god interaktion mellan distriktssköterskan och patienten (Isaksson, 2010). Arbetet i hemsjukvård innebär även många gånger att stå ensam i patientens hem med svåra beslut att fatta och det finns inte alltid möjlighet att rådgöra med en kollega (Öresland et al., 2008). Distriktssköterskan i hemsjukvården står ofta ensam med

omvårdnadsansvaret för ett stort antal patienter (Josefsson & Ljung, 2010). Sjuksköterskor kan känna en oro över sitt ensamma ansvar för patientsäkerheten. Detta ansvar kan kännas som en börda som ger en känsla av maktlöshet (Berland et al., 2012). Arbetarskyddsstyrelsen lyfter fram ensamarbete som en ökad risk för att känna utsatthet. Utsattheten kan bestå i att befinna sig bland andra människor men att inte kunna räkna med deras hjälp i en allvarlig situation. Att vara långt ifrån sina kollegor och inte kunna nå dem utan tekniska hjälpmedel kan också bidra till en upplevelse av utsatthet (AFS 1982:3).

Utsatthet

Det saknas en tydlig definition av begreppet utsatthet i litteraturen. Svenska akademins ordböckers definition av "utsatt" är följande: "som utgör ett naturligt och begärligt mål för attack". Utsatthet beskrivs även vara synonymt med "försvarslöshet", "exponering" eller "skyddslöshet" (Svenska akademins ordböcker, 2018). Sjuksköterskan är alltid utsatt i mötet med patienter då omvårdnad kräver att sjuksköterskan är öppen för patientens behov (Angel & Vatne, 2017). Utsatthet i arbetet i hemsjukvården kan till exempel vara risken att bli utsatt för hot och våld. Vårdpersonal är särskilt utsatta för hot och våld i arbetet, i synnerhet kvinnlig personal. Underrapportering av hot och våld som arbetsskador gör det svårt att få överblick över konsekvenserna (BRÅ Rapport, 2015:12). Hot och våld mot sjuksköterskor som arbetar i kommunal verksamhet är vanligt förekommande. En undersökning från England visar att nästan hälften av sjuksköterskorna i hemsjukvården har utsatts de senaste två åren (Dean, 2016). Förekomsten av hot och våld är oberoende av vilka patienter som vårdas. Däremot erbjöds de som arbetade specifikt med demenssjuka i större utsträckning utbildning kring hur de skulle hantera våld och de hade även i högre grad riktlinjer för hur de skulle agera i sådana situationer (Josefsson et al., 2007). Bara en femtedel av sjuksköterskorna i en studie hade tillgång till utbildning i att hantera hot och våld (Josefsson & Ryhammar, 2010). Arbetsgivaren har det övergripande ansvaret att motverka att personalen utsätts för hot och våld och målsättningen bör vara nolltolerans (Arbetsmiljöverket, 2011:16).

Patienter med diagnoser som till exempel demenssjukdom eller psykossjukdom anses ibland inte kunna vara fullt ansvariga för sitt agerande. Detta kan göra att personalen inte anmäler incidenter eller tillbud och ser arbetsrelaterat våld som en del av arbetet. Även rädsla för repressalier från verksamhetsledningen är en anledning till att vårdpersonal inte rapporterar händelser (Longo & Philips, 2016). Hot och våld kan förutom fysiska skador även leda till icke somatiska konsekvenser som ångest/oro, skuld känslor, självkländer och skam. Dessa reaktioner återfinns i studier från olika länder och kulturer (Needham et al., 2005). Det finns ett samband mellan utsatthet för arbetsrelaterat våld och problem med stress, utbrändhet, depression och sömn hos personal i hemsjukvården. Även själva rädslan för att bli utsatt bidrar till ohälsa. De som har förmåga och verktyg att motstå och hantera arbetsrelaterat våld står bättre emot arbetsrelaterad ohälsa (Hanson, Perrin, Moss, Laharnar & Glass, 2015). Utsatthet kan även innefatta risken att utsättas för sexuella trakasserier och övergrepp. Diskrimineringslagen (2008:567) definierar sexuella trakasserier som "*ett uppträdande av sexuell natur som kränker någons värdighet*" (4§:5). Sexuella trakasserier är många gånger ett dolt problem där den som utsatts undviker att anmäla och skuldbelägger sig själv. Det betonas att arbetsgivaren har ett ansvar att arbeta förebyggande för att personal inte ska utsättas för sexuella trakasserier (Arbetsmiljöupplysningen, 2018). Vid gruppsamtal kring ämnet sexuella trakasserier var nästan hälften utsatta men för flera informanter var det första gången de hörde talas om att andra drabbats. Orsaker kan vara att det accepteras som en del av arbetet eller att det finns en tystnadskultur på arbetsplatsen (Nakaishi, Moss, Weinstein, Perrin, Rose, Anger & Glass, 2013).

En annan aspekt av utsatthet kan vara den osäkerhet det innebär att inte veta när en kritisk eller hotfull situation kan uppstå. Detta kan skapa rädsla, stress och en känsla av att ha blivit kränkt. Inte bara reella hot kan upplevas obehagliga utan även intrång i den personliga sfären, till exempel när någon kommer fysiskt nära på ett sätt som upplevs obehagligt (Avander et al., 2016). Oberäkneliga patienter skapar en utsatthet då de plötsligt kan bli utåtagerande. Att inte veta när en hotfull situation kan uppstå kan göra att sjuksköterskan arbetar under ständig stress och oro. Denna utsatthet skapar en sårbarhet som kan leda till att sjuksköterskan distanserar sig från patienterna (Angel & Vatne, 2017). Utsatthet kan bero på ovisshet och en känsla av att vara utlämnad (Fallqvist & Vrooman, 2016). Den största delen av omvårdnadsforskningen handlar om patienternas utsatthet och det är mindre undersökt att även personalen kan uppleva utsatthet (Heaslip & Board, 2012). Eftersom behovet av hemsjukvård i samhället ökar behövs ytterligare forskning kring hot och våld inom just hemsjukvården (Büssing & Höge, 2004). Hot och våld är en aspekt av utsatthet som är utforskat inom omvårdnadsforskning (Josefsson et al., 2007; Josefsson & Ryhammar 2010; Hanson et al., 2015; Avander et al., 2016; Longo

& Philips, 2016) men det är i mindre utsträckning undersökt på vilka andra sätt sjuksköterskor upplever utsatthet i sitt arbete i hemsjukvården.

Syfte

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av utsatthet i arbetet i hemsjukvården.

Material och metod

Design

Kvalitativ design med induktiv ansats användes då syftet var att beskriva och tolka personers upplevelser. Kvalitativ design härstammar från den holistiska traditionen med syfte att undersöka upplevda erfarenheter hos personer. Induktiv ansats innebär att resultatet tolkas och sammanställs förutsättningslöst utifrån det material som framkommer, till skillnad mot en deduktiv ansats då data testas utifrån ett förutbestämt antagande eller en bestämd teori (Henricsson & Billhult, 2017). För att analysera materialet användes kvalitativ innehållsanalys enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017). Innehållsanalys har sina rötter i logisk positivism och användes ursprungligen för att hantera kvantitativa data. Därefter har den influerats av hermeneutik och utvecklats inom omvårdnadsforskningen för att kunna användas vid analys av kvalitativa data (Danielson, 2017). Kvalitativ innehållsanalys används numera vid granskning och tolkning av texter, till exempel intervjumaterial (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017).

Urval och datainsamling

Urval bör göras utifrån att de som intervjuas ska ha relevanta erfarenheter av det som ska undersökas, i det här fallet arbete i hemsjukvård. Ett lämplighetsurval är det vanligaste då syftet är att undersöka en homogen grupp, i detta fallet sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård och har upplevt utsatthet i sitt arbete (Danielson, 2017). Urvalet var således ett lämplighetsurval av sjuksköterskor som arbetar i kommunal hemsjukvård i Sverige. Inklusionskriterierna var att intervjupersonerna skulle ha arbetat i hemsjukvård i minst två år, då de efter två års arbetstid troligen hunnit få erfarenheter av det som var syftet att undersöka. Målet var att intervju distriktssköterskor i så stor utsträckning som möjligt. Alla anställda inom hemsjukvård är dock inte distriktssköterskor och det råder brist på distriktssköterskor på många arbetsplatser. Därför inkluderades även grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med annan specialistkompetens, som arbetat i hemsjukvård i minst två år. Termen "sjuksköterskorna" och "informanterna" innefattar hädanefter alla dessa. Exklusionskriteriet var att medarbetare på uppsatsförfattarnas egna arbetsplatser inte fick ingå i studien, då relationen kan påverka hur intervjun fortlöper (Kvale & Brinkmann, 2014). För att få tillgång till informanter för en studie krävs tillstånd från de som ska tillfrågas och deras arbetsledare (Danielson, 2017). Förfrågan skickades ut till tolv enhetschefer och sektionschefer för kommunal hemsjukvård om samtycke till att intervju sjuksköterskor de arbetsledde samt förmedla kontaktuppgifter till de som uppfyllde inklusionskriterierna (bilaga 2). Fem av dessa chefer gav skriftligt samtycke och skickade kontaktuppgifter till de anställda som uppfyllde inklusionskriterierna. Till dessa skickades en förfrågan (bilaga 3) och de som önskade delta tog därefter kontakt. 13 personer svarade att de ville delta och samtliga inkluderades i studien.

Datainsamlingen genomfördes med kvalitativa intervjuer. Intervjuer är en flexibel datainsamlingsmetod som är särskilt lämplig när det är upplevelser som undersöks (Danielson, 2017). En annan lämplig metod hade kunnat vara fokusgrupper där informanter i grupp hade fått diskutera kring ämnet utsatthet (Wibeck, 2017). På grund av ämnets känslighet ansågs dock enskilda intervjuer vara en mer lämplig metod. En semistrukturerad intervjuguide (bilaga 1) togs fram med frågor som var formulerade för att möjliggöra att syftet skulle bli besvarat genom intervjuerna. Ingen pilotintervju gjordes på grund av tidsbrist, däremot korrigerades intervjuguiden efter diskussion med handledare. För att inhämta information om utbildning och arbetslivserfarenhet öppnades intervjuerna med några bakgrundsfrågor. Detta sätt att inleda intervjusituationen skapade samtidigt ett avslappnat intervjuklimat (Kvale & Brinkman, 2014). Därefter övergick intervjuerna i specificerade frågor kring studiens syfte och sonderande frågor användes löpande vid behov för att uppmuntra informanten att utveckla sitt svar. Att en intervjuguide är semistrukturerad innebär att frågorna är öppna men med viss

struktur för att säkerställa att samma frågor ställs till alla informanter för att täcka in frågeområdena. För att skapa ett gott samtalsklimat kan inledande frågor användas. Sonderande frågor skapar möjlighet att få djupare svar och att få ytterligare klarhet kring ämnet som avses undersökas (Danielson, 2017). Intervjuerna genomfördes vid ett fysiskt möte på den plats informanten fann lämpligast, samtliga informanter valde arbetsplatsen. Intervjuplatsen bör väljas i samråd med informanten, med fördel där det finns möjlighet att sitta avskilt utan att bli störd (Danielson, 2017). Intervjuerna varade mellan 10 och 51 minuter och spelades in med hjälp av diktafon-app till mobiltelefon. Totalt genomfördes 13 intervjuer och fördelningen uppsatsförfattarna emellan var 8 respektive 5 intervjuer vilket styrdes av geografisk närhet till informanterna. Av informanterna var 12 kvinnor och en man. Fyra informanter var distriktssköterskor, två hade annan specialistutbildning och sju var grundutbildade sjuksköterskor. Informanterna hade mellan två och 16 års erfarenhet av att arbeta i hemsjukvård.

Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av text och syftet är att beskriva variationer i den text som analyseras. Detta görs genom att identifiera både likheter och skillnader i texten (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim & Lundman (2004, 2017) valdes därför som analysmetod av insamlat material. Enligt denna metod bör intervjuerna transkriberas ordagrant och transkriptionerna läsas flera gånger av alla som deltar i analysarbetet för att få en helhetsbild. De 13 intervjuerna som gjordes transkriberades ordagrant vilket resulterade i 92 sidor transkriberat material. För att identifiera likheter och skillnader i materialet bryts helheten ner i delar, för att sedan åter bli en helhet. Nedbrytningen görs genom att meningsbärande enheter identifieras. En meningsbärande enhet är textstycken vars innehåll och sammanhang hänger ihop och svarar på syftet (Graneheim, Lindgren & Lundman, 2017). Efter att båda uppsatsförfattarna gjort flera genomläsningar av transkriberat material markerades text som svarade mot syftet. Dessa identifierade textavsnitt jämfördes sedan för att uppnå samsyn kring vilken text som var meningsbärande.

Analysen fortskrider genom att de meningsbärande enheterna kondenseras, kodas och kategoriseras i underkategorier utifrån sitt innehåll (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Innehållsanalys innebär alltid ett visst mått av tolkning, men en manifest analys håller sig nära den ursprungliga texten och har således en lägre grad av tolkning än en latent analys (Graneheim et al., 2017). Analysen genomfördes av båda uppsatsförfattarna tillsammans med en manifest ansats. De meningsbärande enheter som identifierats i studiens intervjumaterial kondenserades och kodades. Kondensering innebär att behålla textens centrala innehåll men göra den kortare. Koderna beskriver kortfattat innehållet i enheten. Koder som hör till en kategori bör ej passa in i en annan kategori (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Koder som handlade om samma sak grupperades efter likheter och benämndes med underkategorier. Underkategorier som hörde ihop sammanfördes till kategorier.

Tabell 1. Exempel på innehållsanalys av material

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Men man är ju väldigt utsatt och speciellt om man ska hem till någon själv som man aldrig har varit hos och, och ehm, eh, man inte känner sedan innan.	Man är väldigt utsatt, speciellt om man ska hem till någon ensam som man aldrig varit hos och inte känner	Utsatt att inte känna patient	Ovisshet	Att inte veta vad/vem som möter en
Men man är ju mestadels utsatt när man tar sig liksom från, från kontoret ner till bilen. Vi har mycket drogaffärer här. Och sen från bilen till in till patienten.	Mestadels är man utsatt på väg till och från patienten	Till och från patient en	Arbetsmiljö	Att inte veta vad/vem som möter en
Man har ju blivit mer verbalt utsatt, kanske i såna fall med hot. Men inte att det skulle ha hänt nånting men man har ju liksom kunnat, eh, vad heter det, avvärja det.	Verbalt utsatt, med hot men som man kunnat avvärja	Verbal utsatt-het	Risken att utsättas för hot/våld/övergrepp	Att inte veta vad/vem som möter en

Det analyserade materialet återfår sin helhet i och med sammanställande av resultatet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Resultatet presenteras nedan i löpande text med de identifierade underkategorierna och kategorierna som rubriker.

Etiska överväganden

Etisk egengranskning har genomförts enligt Jönköpings universitets rutin (bilaga 4). Vetenskapsrådets (2018) forskningsetiska principer för individskydd har under studiens genomförande tagits i beaktande. *Informationskravet* innebär att forskaren tydligt ska informera de som tillfrågats om deltagande om studiens syfte. Arbetsledningen tillfrågades om tillåtelse att genomföra studien innan informanterna kontaktades, vilket är det tillvägagångssätt som rekommenderas i litteraturen (Sandman & Kjellström, 2013). Sektionschef/enhetschef gav sitt skriftliga samtycke innan kontakt togs med deras anställda. Informanterna fick tydlig skriftlig information om studien där det framgår att all medverkan sker frivilligt. *Samtyckeskravet* innebär att deltagare själva bestämmer om de vill medverka i studien och att de närsomhelst, utan att motivera varför, har rätt att avsluta sitt deltagande (Vetenskapsrådet, 2018). Samtycke från informanterna inhämtades men inget samtyckesformulär användes för påskrift. Enligt Sandman & Kjellström (2013) kan ett sådant formulär upplevas som bindande för deltagaren.

Konfidentialitetskravet betyder att uppgifter om deltagande samt material i studien förvaras så att inga obehöriga får tillgång till dem (Vetenskapsrådet, 2018). Endast de som utför studien samt handledaren har tillgång till uppgifterna och resultatet redovisas på ett sådant sätt att inget kommer kunna kopplas till individ eller arbetsplats (Kjellström, 2017). Materialet har förvarats med lösenordsskydd under studiens genomförande och kommer i enlighet med Jönköpings universitets riktlinjer (Jönköpings universitet, 2018) förstöras efter avslutat arbete. *Nyttjandekravet* innebär att materialet endast får användas i forskningssyfte (Vetenskapsrådet, 2018). Resultatet i denna studie kommer inte användas till kommersiellt nyttjande vilket innebär att kraven är uppfyllda i sin helhet. Sandman & Kjellström (2013) beskriver hur forskaren i kvalitativa studier behöver ha en känslighet för hur informanterna reagerar på de frågor som ställs och en etisk beredskap att kunna hantera detta. Eftersom ämnet utsatthet kan väcka känslor hos informanterna beroende på vad de varit med om, fanns en beredskap för detta. Om en informant skulle reagera negativt var planen att uppmuntra personen att söka samtalsstöd på sin vårdcentral. Utöver den tid som intervjun beräknades ta avsattes extra tid för reflektion om informanten gav uttryck att behöva det.

Resultat

Vid analysen av det insamlade intervjumaterialet framstod underkategorier och kategorier som kunde anses besvara syftet. Kategorierna kan ses nedan (figur 1). Resultatet presenteras under dessa rubriker tillsammans med citat från informanterna.

Att känna sig utlämnad	Att inte veta vad/vem som möter en	Att ständigt vara vaksam
<ul style="list-style-type: none">•Att stå ensam med sina beslut•Att känna sig ensam	<ul style="list-style-type: none">•Risken att bli utsatt för hot, våld och övergrepp•Ovisshet•Arbetsmiljö	<ul style="list-style-type: none">•Att hantera risker•Stöd från chefer och kollegor•Praktiska skyddsåtgärder

Figur 1. Översikt kategorier och underkategorier

Att känna sig utlämnad

Sjuksköterskorna beskrev att de kunde uppleva utsatthet i situationer där de kände sig utlämnade. Det kunde vara situationer när de kände att de stod ensamma med sina beslut för att de inte fick kontakt med läkare i den utsträckning de behövde. De var ensamt omvårdnadsansvariga för sitt områdes patienter och upplevde då att patienterna var utlämnade till en enda persons kompetens. Känslan av att vara utlämnad uppstod också i situationer då de kände sig ensamma, till exempel för att de var ensamma i patientens hem eller i den yttre arbetsmiljön. Att vara ensam kunde både vara opraktiskt och obehagligt. Känslan av obehag var framför allt påtaglig under kvälls- och nattetid och i utsatta områden.

Att stå ensam med sina beslut

Att fatta egna beslut är en stor del av arbetet i hemsjukvården vilket ofta upplevdes utmanande och spännande men också svårt att stå med komplexa bedömningar och stora beslut utan stöd från läkare

och kollegor. Sjuksköterskan ansvarade ofta ensam för ett geografiskt område vilket kunde ge en känsla av att patienten var utlämnad till en persons kompetens och hur hen valde att sköta sitt område.

Minna patienter är utlämnade till min kompetens på ett väldigt stort sätt ju. Jag jobbar på ett sätt och du jobbar på ett annat, ibland så kanske det är bättre att ändra sig lite. (Informant 7)

Direktiven från den medicinskt ansvariga sjuksköterskan upplevdes ibland otydliga eller svåra att tillämpa i praktiken. Tillgången till läkare var många gånger bristande, vilket kunde skapa frustration och en känsla av utsatthet.

Jag kan inte få någon att ta det medicinska ansvaret. Så det är ju en form av utsatthet, för då känner jag mig utsatt för jag kan inte hjälpa patienten. (Informant 5)

De flesta patienter hade sin ansvariga läkare på en vårdcentral och även om de bodde inom ett geografiskt avgränsat område kunde de vara listade på helt olika vårdcentraler. Detta innebar att sjuksköterskan kunde ha lika många ansvariga läkare som patienter på sitt område. Patienten kunde ha olika vårdkontakter där journalsystemen var olika vilket ledde till svårigheter att få en samlad ordinationshandling och tillgång till hela patientens journal. Det fysiska avståndet till läkaren upplevdes begränsande. En del läkare var mer benägna att komma ut på hembesök till patienterna än andra, ofta hänvisades ärendet istället till jourläkare vilket uppfattades vara negativt då sjuksköterskorna upplevde att deras patienter behövde läkarkontinuitet. Detta kunde ge en känsla av att vara utlämnad.

Vi har det... eh, jättetufft med att beställa till exempel... ja förbandsmaterial, få kontakt med läkare och... jag känner mig, oss många gånger så utlämnad. (Informant 8)

Det upplevdes viktigt att ha goda relationer till primärvården för att få rätt hjälp snabbt. På jourtid var det ännu svårare att få tillgång till läkare. De ambulerande jourläkare som då fanns tillgängliga hade inte tillgång till patientens journal utan förlitade sig helt på den information sjuksköterskan hade att tillgå, vilket gav en upplevelse av utsatthet. Även tillgång till läkemedel kunde vara ett problem då de hade ett mycket begränsat basförråd.

Där har vi ju ett oerhört begränsat basförråd, väldigt små möjligheter att hjälpa dem. Där kan man känna sig lite utsatt ibland, man bara 'hur ska jag kunna göra det bästa för patienten?' (Informant 11)

De beskrev att det behövs erfarenhet i yrket för att hantera att stå ensam med avancerade bedömningar i patientens hem, där sjukhusinläggningar bör undvikas så långt det är möjligt. Det var viktigt att vara trygg i sin yrkesroll och att det fanns tydliga gränser för vad som ingick i arbetsuppgifterna. Att ha en kollega att ringa och rådfråga kändes viktigt då risken att göra felbedömningar och att bli anmäld kunde ge en känsla av utsatthet. För att minska känslan av att stå ensam med sina beslut kunde de välja att åka tillsammans på vissa typer av hembesök. Det upplevdes positivt att kunna ta hjälp av varandras kompetens i komplexa bedömningsituationer.

Att känna sig ensam

Sjuksköterskorna kände sig ensamma i olika utsträckning och beskrev både för- och nackdelar med att arbeta ensam. Det kunde upplevas fritt och flexibelt, men ur en del aspekter också ge en känsla av utsatthet. Att vara ensam medförde ett större ansvar att ha koll på situationer och vad som behövde göras. Att ofta vara ensam kunde kännas trist och jobbigt för en del. Känslan av att vara ensam i någon annans hem kunde ge en känsla av utsatthet.

Där sitter jag själv och jag, jag, även om jag läst på lite om honom så vet jag inte vem han är, så att egentligen skulle man åkt dit två. Så här i efterhand, för det kändes inte... Han var inte hotfull på något sätt, men jag kände mig ändå utsatt. (Informant 3)

Det underlättade att vara två av praktiska skäl, till exempel vid vissa arbetsmoment eller om något material saknades. Att göra besök tillsammans kunde vara mer tidseffektivt och även ge en bättre vårdkvalitet, till exempel hos palliativa patienter där den ena kunde ta hand om anhöriga medan den andra gjorde patientnära arbete. Känslan av ensamhet var mer påtaglig under kvälls- och nattetid då de

var färre i tjänst och större geografiska områden fördelades per person. En person arbetade då över stora områden och var ensamt ansvarig för många patienter varav flera kunde vara svårt sjuka och döende. Tiden på dygnet och området sjuksköterskorna arbetade i påverkade synen på ensamarbete.

Sen vet jag när det var de som jobbar natt att det, det här att det är otäckt att köra själv på natten. Och det är det ju. Och kvällarna gör man ju också det. Men jag tror det är lite grundinställningen hur man tänker. Och sen är det ju var man befinner sig geografiskt. Jag tycker ju det är värre inne i en stad så, än vad jag kan tycka på landet. (Informant 13)

I en del utsatta områden var det inga andra yrkeskategorier (t ex hemtjänst, parkeringsvakter) som arbetade ensamma, men hemsjukvården var inte alltid bemannad för att kunna åka två tillsammans. Det pågick ofta en diskussion kring hur bemanningen skulle se ut i förhållande till budgeten. För det mesta fanns möjlighet att be om hjälp från en kollega men ibland valde de bort den möjligheten då de fick dåligt samvete om de belastade sina kollegor. Ibland när kollegorna var upptagna med andra patientbesök åkte de ensamma till vissa patienter/områden som de normalt inte åkte ensamma till, exempelvis till utsatta områden eller kända missbrukare. Detta gjorde de för att patienten inte skulle bli lidande, trots att de upplevde det väldigt obehagligt och var rädda.

Att inte veta vad/vem som möter en

Sjuksköterskorna beskrev en upplevelse av utsatthet då de ofta inte visste vad/vem de skulle möta i patientens hem och på vägen dit och tillbaka. De upplevde en risk att bli utsatta för hot, våld och övergrepp eftersom de inte visste vad de skulle möta. Att inte veta vad/vem som möter en gav också en känsla av generell ovisshet. Ju mindre de visste om vad/vem de skulle möta desto större var upplevelsen av utsatthet. Eftersom största delen av deras inre och yttre arbetsmiljö var offentlig plats gick det inte att förutse vad/vem som möter en där, vilket bidrog till en känsla av utsatthet. Vissa grupper av patienter och anhöriga var oberäkneliga och sjuksköterskorna kunde känna sig fysiskt underlägsna och/eller övervakade vid hembesöken.

Risken att bli utsatt för hot, våld och övergrepp

Flera informanter beskrev situationer där de själva och kollegor hade utsatts för hot, våld och övergrepp i arbetet i hemsjukvården. De berättade främst om verbala hot och kränkningar, allt från hot om att bli anmäld till vapenhot. Det var oftast tomma hot men det kunde ändå kännas skrämmande. Hotfulla situationer kunde uppstå plötsligt vilket upplevdes väldigt obehagligt, särskilt när de blev hotade med vapen. Sjuksköterskorna berättade också om händelser med fysiskt våld där de eller kollegor blivit till exempel slagna, puttade och fått saker kastade på sig, eller blivit utslängda från hemmet de arbetade i.

Inte alltid så lätt att komma in, ibland kan man bli utslängd (...) Mm, det har hänt. Då är det, då är det framför allt då psykiskt sjuka som inte håller med det man vill göra och säga. (Informant 10)

En informant beskrev att en anhörig kameraövervakade patientens hem vilket upplevdes hotfullt. Sexuella trakasserier förekom i form av kommentarer och anspelningar vilket upplevdes väldigt kränkande. Det förekom även fysiska sexuella övergrepp.

Jag satt och tog blodprov på honom, då grabbade han tag, alltså samtidigt som jag hade stoppat i nålen och vacutainern och skulle ta det här blodprovet så tog han mig på ena bröstet och klämde åt och släppte inte. (Informant 2)

Sådana händelser påverkade nästa hembesök hos samma patient då sjuksköterskan var mer på sin vakt. Efter sådana incidenter kunde tankar om det som hänt ibland följa med hem och känslor som beskrevs var till exempel att känna sig ledsen, chockad eller känslor av obehag. Risken att bli vittne till våldshandlingar togs upp av flera av de intervjuade som arbetade i utsatta områden. De blev kontinuerligt vittne till brottsliga handlingar och förhördes ibland av polis, vilket kändes obehagligt. Det fanns en oro att hamna emellan polis och kriminella. Rädslan för repressalier från kriminella var mycket större än rädslan att bli utsatt för något själv.

Ingen vill vara den som har sett en grov våldshandling och kunna säga "jag såg att det var just den personen som gjorde det" Det kommer ingen att säga i ett vittnesmål. Men ingen är heller rädd för att de ska bli utsatta själv. (Informant 11)

Ovisshet

Arbetet i hemsjukvården beskrevs som fritt och varierande vilket upplevdes positivt men det bidrog också till en ovisshet inför vad och vem de skulle möta under arbetspasset. Att komma hem till personer de inte kände gav en känsla av utsatthet och ibland en känsla av att det skulle vara svårt att ta sig ut.

Jag känner inte denna patienten och han kan göra precis vad han vill nu. Han har låst dörren. (...) Sen var det säkert obefogat alltså det hände ju ingenting. Men det var en obehaglig situation för man hann tänka mycket i och med att han låste dörren. (Informant 3)

På jourtid täckte en sjuksköterska större geografiska områden. De kunde då få larmsamtal om patienter som inte tidigare var kända för hemsjukvården och som var bosatta i vilket område som helst. De upplevde det särskilt utsatt när de skulle hem till någon de inte träffat tidigare.

Nej, alltså det är ju oftast första gången man träffar någon som man kan känna sig extra utsatt kan jag tycka. För sedan när man lär känna dem man går hem till så blir det ju ett annat, alltså då känner man in på ett annat sätt. (Informant 9)

Det fanns också en ovisshet i att inte veta vilka anhöriga som kunde befinna sig hemma hos patienten. De beskrev att de när de arbetat en tid i hemsjukvård utvecklade en magkänsla för om något var farligt, både i området de arbetade i och i mötet med patienten. I utsatta områden kände de till att det förekom vapen, droger, sprängämnen med mera, vilket ledde till funderingar och en ovisshet kring vad som fanns i hemmet de skulle besöka.

Om den som skrev in patienten i hemsjukvården dokumenterade vårdplaner och instruktioner minskade ovissheten då kollegorna i större utsträckning visste vad som väntade i hemmen. Dock kunde dokumentationen ibland upplevas vinklad då hotfulla incidenter dokumenterades men inte de besök som gått väl. Det kunde då skapa en onödig oro inför mötet med patienten. Att göra hembesök hos en del patientgrupper var i större utsträckning förknippat med att uppleva utsatthet, till exempel patienter med psykisk sjukdom, kognitiv sjukdom, missbruksproblematik och social utsatthet. Dessa patienter kunde upplevas vara oberäknliga och aggressiva. Flera av informanterna lyfte att de känt sig utsatta i mötet med storvuxna eller fysiskt starka personer där de känt att de varit i fysiskt underläge.

Men visst har det varit stora starka män med psykisk störning som kanske gått igång lite med att bli aggressiva och då är det inte så kul att vara den lilla i hörnan, och försöka ta sig ut. (Informant 1)

När patienterna var fysiskt obenägna att göra allvar av sina hot upplevdes situationerna mindre hotfulla och obehagliga, till exempel om patienterna var fysiskt svaga eller rörelsehindrade. Anhöriga upplevdes oftare vara hotfulla än patienterna. Hotfullheten kunde bero på att de var frustrerade eller inte hade det inflytande de ville över patientens vård. De uttryckte oftare missnöje med medicinska beslut vilket kunde leda till verbala hot eller anmälningar. Sjuksköterskorna kunde känna att de var övervakade av anhöriga, både rent fysiskt vid hembesök och ibland via kameraövervakning, vilket gav en känsla av utsatthet då det upplevdes hotfullt. Balansen i att patientens hem också blev en arbetsplats kunde vara svårt att hantera. Det förekom också att de anhöriga hade missbruksproblematik eller var kriminella, vilket kunde göra att de uppfattades hotfulla och aggressiva. Detta skapade ett etiskt dilemma hos sjuksköterskorna som trots hotfulla situationer kände att patienten behövde vård och att de var där för patientens skull.

Alltså sitter man med med, liksom, sår med risk för allvarliga komplikationer och då anhöriga ska hota med pistol... Så är det ju väldigt svårt. För vi är där för patienten. Inte för, inte för någon annan. (Informant 1)

Arbetsmiljö

Det fanns faktorer i arbetsmiljön, så väl den inre som den yttre, som gjorde att sjuksköterskorna upplevde utsatthet. I den inre arbetsmiljön tog de upp bland annat hygieniska aspekter såsom smuts, sopor, skadedjur och cigarettök. En del arbetade i sina privata kläder vilket upplevdes som en nackdel. Ergonomiska problem i hemmiljön togs upp som exempel på utsatta situationer, till exempel trånga utrymmen, svåra arbetsställningar och begränsad tillgång till hjälpmedel. Detta löstes genom kreativa lösningar och ibland genom att åka två för att kunna hjälpas åt. Andra saker i den inre arbetsmiljön som kunde ge en känsla av utsatthet var att det kunde finnas vapen i patienternas hem. En situation beskrevs där en pistol hittades under patientens kudde. Många patienter hade husdjur vilket kunde kännas

obehagligt eller skrämmande, särskilt om de var lösa i bostaden, till exempel hundar som uppträdde aggressivt, lösflygande fåglar eller giftiga djur.

När vi gick dit ibland så hade de ju nån Pitbull som var lite... som man stängde in på toaletten (...) och den stod där och skrapade på dörren, då när vi stod där och la om och så. (Informant 6)

I den yttre arbetsmiljön beskrevs väderlek och halt väglag som ett problem, samt risken att vara med om en trafikolycka då de cyklade eller körde bil i sitt arbete. Det var stor skillnad mellan olika bostadsområden där en del områden upplevdes lugna att röra sig i medan andra områden var särskilt utsatta. Där riskerade de möta kriminalitet, missbruk och grovt våld. Det var också stor skillnad på att arbeta i hemsjukvård på landsbygden jämfört med stadsmiljö. Upplevelsen av utsatthet skiljde sig väsentligt åt mellan dagtid och kvälls/natttid. Mörker togs upp som något som bidrog till utsatthet och rädsla. På kvällstid hände fler kriminella gärningar i den yttre arbetsmiljön framför allt i utsatta områden och det fanns risk att bli vittne till dessa på väg till och från patienter.

Det fanns omständigheter i den yttre arbetsmiljön som kunde hindra i arbetet, t ex polisens avspärningar eller att en del platser inte ansågs säkra att parkera på eller åka till själv. Detta upplevdes hota patientsäkerheten då det kunde fördröja akuta hembesök. Sjuksköterskorna hade ofta med sig en väska med läkemedel vilket kunde kännas som en risk då de innehöll narkotiska preparat. De upplevde då att det fanns en risk att utsättas för rån när personer såg att bilen tillhör hemsjukvården. Att vara ensam i den yttre arbetsmiljön, framför allt på kvällstid, och möta gäng upplevdes utsatt då det gav en känsla av att inte ha något att sätta emot om de hade onda avsikter.

Jag är rädd att, att jag ska möta de här gängen. Och de ska... ja. De kan göra, alltså, man är ju helt... Man kan inte göra någonting emot... Om man möter tre, fyra, fem killar och de vill våldta dig, så gör de ju det. Du har inte, man har inte chans. (Informant 12)

Att ständigt vara vaksam

Flera faktorer spelade in i att hantera upplevelsen av utsatthet i arbetet i hemsjukvården. Att ständigt vara vaksam på potentiellt farliga situationer lyftes fram som viktigt men också krävande. Sjuksköterskorna hade olika personliga strategier för att hantera risken att utsättas för något, och berättade även om praktiska skyddsåtgärder från arbetsgivaren för att minska risken för att fara illa på arbetstid. God kommunikation och stöd från arbetsledare och kollegor beskrevs som mycket viktigt för att hantera upplevd utsatthet och känslan av att behöva vara ständigt vaksam.

Att hantera risker

Informanterna hade olika strategier för att minska risken att utsättas när de arbetade. De berättade om en ökad vaksamhet, både när de rörde sig i den yttre arbetsmiljön och i patientens hem. Det ansågs viktigt att lära sig läsa av människor och se tidiga tecken till att problem kunde uppkomma och då agera med försiktighet. Detta beskrevs som en beredskap som påverkade allt som gjordes under arbetspasset.

Det är en naturlig del av vårt arbete. Det låter kanske helt galet men så är det. Att vara försiktig i sitt arbete, att ha ett säkerhetstänk i hur man rör sig, var man rör sig, var man tittar, var man har koll, vad man har för grejor med sig och var parkerar man. (Informant 11)

En strategi kunde vara att avleda och lugna ner situationen om någon uppträdde agiterat, för att undvika konflikt med patienter och anhöriga. Ett annat sätt var att ha en planerad strategi för att komma ut ur bostaden om en hotfull situation skulle uppstå. Informanterna reagerade olika efter incidenter av hot och våld. När patienterna hade vissa diagnoser till exempel demenssjukdom hade sjuksköterskorna högre beredskap och även i större utsträckning överseende om de utsattes för hot eller våld.

Jag tar inte åt mig jättemycket faktiskt (...) för att det har ju varit några som har varit dementa, och då har jag väl liksom inte brytt mig. (Informant 2)

Flera beskrev att det inte fanns utrymme att känna rädsla i det dagliga arbetet, att det inte fungerade att gå runt och vara rädd. De försökte istället förbereda sig genom att inhämta så mycket information som möjligt inför hembesöket. Om de genom journal eller kollegor fick indikationer på att hot och våld kunde uppstå hade de en högre mental beredskap inför dessa hembesök. Tidigare upplevelser och erfarenheter

spelade in, till exempel erfarenhet av att möta patienter med psykisk sjukdom och missbruk. Detta upplevdes minska risken att uppleva utsatthet då det gjorde att de lättare kunde bemöta dessa patienter. Att kunna säga ifrån, eller till och med gå därifrån, om någon gått över gränsen upplevdes stärkande och det var då viktigt att känna stöd från sin arbetsledare i detta.

Stöd från chef och kollegor

Det var viktigt att känna stöd från arbetsledare och kollegor både vid upplevd utsatthet och för att hantera känslan av ständig vaksamhet. En situation beskrevs där chefen såg att en sjuksköterska mådde dåligt efter en hotfull incident hos en patient och då såg till att hen inte behövde gå dit mer. Efter att ha sagt ifrån till en patient eller anhörig var det viktigt att bli uppbackad av sin chef.

Men då pratade vi med vår chef och vi fick bra stöd därifrån tycker jag. Hon tyckte ju att det var bra att vi hade sagt ifrån, att man ska ju inte acceptera vad som helst. (Informant 3)

Chefens förståelse för arbetssituationen var viktig, att det fanns en god kommunikation och stöttande samtal. Någon berättade att de kunde få psykologhjälp om de behövde vilket upplevdes positivt. Chefen kunde också stötta genom att ta samtal med patienter och anhöriga som var missnöjda. Dagliga möten med information från chefen upplevdes positivt samt att det togs vidare till högre instans om problemen inte kunde lösas. Även om stöd i form av samtal och förståelse var positivt framkom ändå önskemål om mer konkreta möjligheter att göra arbetet säkrare och minska riskerna att utsättas, att inte bara prata om rädsla som en känsla utan bekräfta de verkliga risker som faktiskt fanns i det dagliga arbetet.

Då känner vi att de som frågar om rädslan pratar bara om en känsla utifrån rubriker och så. De pratar inte om det realistiska som faktiskt händer. Vi vill komma till en annan nivå där vi pratar om arbetssätt, redskap, möjligheter (...) Inte bara prata om om man är rädd. (Informant 11)

Att bli tagen på allvar av chefen var viktigt och att chefsstöd fanns alla tider på dygnet, vilket de flesta av informanterna upplevde. Några upplevde bristande förståelse från chefen kring sin situation. Brist på stöd och förståelse från arbetsledaren gjorde situationen svårare och kunde leda till att till slut överväga att sluta sin anställning. Även stöd från kollegorna var viktigt och att det fanns någon att ringa till för att få hjälp om det behövdes. De stöttade varandra genom att uppmärksamma om någon inte mådde bra i arbetsgruppen och då kunna diskutera händelser. Ett annat sätt att ge stöd var att avlasta varandra genom att ta över varandras patienter eller ta samtal från anhöriga om det uppstått hotfulla situationer. Ibland satte de i system att ringa till varandra före och efter ett hembesök för att stämna av var de befann sig och att allt gått bra. Det upplevdes även positivt med stöd från andra yrkeskategorier, främst undersköterskorna i hemtjänsten.

Praktiska skyddsåtgärder

Det fanns flera praktiska skyddsåtgärder som minskade upplevelsen av utsatthet men också åtgärder som upplevdes som falsk trygghet. En åtgärd som flera informanter nämnde var personlarm som hade direktkoppling till säkerhetsbolag. Samtidigt som en del beskrev att det var bra att larmen erbjöds så uppfattades de inte kunna skydda från direkta överfall och våld. En del tyckte att larmen borde gå direkt till polisen och menade att olyckan redan skulle ha varit framme innan någon hjälp skulle hinna nå dem.

Nä men det har vi också tagit upp, att det känns ju helt onödigt. Därför skulle nån komma med pistol eller nån kommer med en kniv... eller du står själv med en två meter lång psykiskt sjuk man och du har den här, det här larmet och säger "jag behöver hjälp"... Så hinner han, om han vill, döda dig innan de är på plats. Alltså, i värsta fall. Och man själv har ju inte nån chans, man har ju inte nån chans att försvara sig. Vad ska du göra? Liksom, du, du är ju chanslös i de lägena. (Informant 1)

Att bära arbetskläder upplevdes positivt inte bara ur en hygienisk aspekt utan även som en trygghet när de rörde sig ute i samhället. I utsatta områden berättade informanterna att arbetskläderna tydligt visade i vilket syfte de rörde sig i området och att de då lämnades att arbeta ifred från personer som de uppfattade som kriminella. Den skyddsåtgärd som de flesta berättade om och var mest positiva till var möjligheten att åka två personer tillsammans på hembesöken, särskilt då till vissa patientgrupper, i utsatta områden och/eller på kvälls/nattetid. Det upplevdes tryggare både för personalen och för patientsäkerheten.

Ibland har vi ju haft några patienter där det vart lite psykos eller, ehm... Men då försöker vi åka båda. (Informant 4)

En annan åtgärd som uppfattades minska upplevelsen av utsatthet var särskilda tillstånd att parkera i närheten av den bostad de skulle besöka. Det kunde göra att utsatta områden inte behövde passeras på vägen från bilen till patienten. I de fall där sjuksköterskorna arbetat i utsatta områden hade arbetsledaren haft bra samarbete med polisen. De fick regelbundet information från polisen och kunde samarbeta kring patienter i riskfyllda situationer. I vissa fall hade arbetsgivaren stängt av hemmet och flyttat patienten till en korttidsplats. I andra fall hade väktare tagits in som skydd vid hembesök som uppfattades som särskilt riskfyllda. Detta var en åtgärd som gav blandade känslor.

(...)så gick en sjuksköterska och väktare dit. Det var klivna känslor från sjuksköterskorna som skulle gå dit. Först upplevde de att det var tryggt. Men samtidigt så fanns diskussionen "kan det vara provocerande?". Så det var lite både och. Men det blev i den situationen att det blev ett markerande. Att vi accepterar inte. Utan nu kommer vi och ska utföra ett arbete. Så det blev faktiskt bra. (Informant 2)

En säkerhetsansvarig hade anställts på några arbetsplatser. Den personen hjälpte till med information och utbildningar i säkerhetstänk. En informant nämnde en ny lag om våld mot blåljuspersonal och uttryckte det positivt att den även skulle innefatta hemsjukvårdspersonal, som hen ansåg var bortglömd i diskussionen kring utsatta arbetsgrupper i både media och forskning.

Diskussion

Resultatet mynnade ut i tre kategorier och åtta underkategorier. Förutom risken att utsättas för hot och våld så upplevdes utsatthet i form av ensamhet, osäkerhet och ständig vaksamhet. Den inre och yttre arbetsmiljön bidrog till att uppleva utsatthet, framför allt i utsatta områden. Stöd från kollegor och chefer var viktigt liksom personliga strategier och egenskaper för att hantera upplevd utsatthet.

Metoddiskussion

För att visa på en studies trovärdighet bör forskaren själv göra en bedömning kring hur studien har genomförts och tydligt redovisa detta. Trovärdighet är ett samlingsbegrepp som även innefattar pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet. Bedömning utifrån dessa begrepp är ett sätt att granska den vetenskapliga kvaliteten av en studie. En studies *pålitlighet* kan visas genom en väl genomförd beskrivning av förståelsen och hur denna under studien har tagit i beaktning. Även undersökarnas tidigare erfarenheter och dess påverkan på studiens förfarande bör beskrivas (Mårtensson & Fridlund, 2017). Förförståelse innefattar erfarenheter, kunskap och förutfattade meningar om ämnet. Det råder delade meningar om huruvida förståelsen ska användas eller hållas tillbaka under forskningsprocessen. Förförståelsen kan om den tas med i processen bidra till djup i analys och tolkning men även påverka tolkningen av ett resultat i någon riktning (Danielson, 2017). I denna studie har förståelsen i ett tidigt skede tagits i beaktning. Arbetslivserfarenhet som sjuksköterskor ger viss förståelse och en av oss arbetar inom hemsjukvård vilket är det område som undersökts. Förförståelsen har diskuterats löpande för att minska risken att resultatet skulle påverkas.

Intervjuerna resulterade i ett omfattande material vilket kan tolkas som att frågorna i intervjuguiden var väl lämpade utifrån syftet. Dock får det tas i beaktning att bristande erfarenhet av att genomföra intervjuer kan ha påverkat intervjuernas kvalitet (Kvale & Brinkman, 2014). När intervjuer används som datainsamlingsmetod innebär det alltid samspel mellan informant och forskare (Graneheim & Lundman, 2004). Om fokusgrupper istället hade valts som metod för datainsamling hade intervjuaren haft en mer tillbakadragen roll som moderator och samtalet hade då förts informanterna emellan (Wibeck, 2017). Individuella intervjuer bedöms ha varit en lämpligare metod i det här fallet då känsliga uppgifter framkom i intervjuerna och konfidentialiteten i högre grad kunde värnas.

Längden på intervjuerna varierade mellan 10 och 51 minuter vilket antas bero på informanterna i olika stor utsträckning hade upplevelser av ämnet som undersöktes. Några av informanterna hade lättare för att prata fritt kring ämnet och andra upplevdes mer fåordiga. Kvale & Brinkman (2014) beskriver hur personer kan ha olika förmåga att berätta och beskriva och kan vara olika lämpade för intervju som metod. I föreliggande studie anses variationen av intervjuernas längd inte haft stor betydelse för resultatet då även de kortare intervjuerna gav information som svarade mot syftet.

Begränsad erfarenhet av analysförfarandet gjorde att en manifest analys eftersträvades, då det bedömdes minska risken att nivån av tolkning skulle påverka trovärdigheten. Under hela analysprocessen har nivån av abstraktion och tolkning diskuterats löpande sinsemellan och med handledare. Graneheim et al. (2017) diskuterar just tolkningsgrad av material som en utmaning vid innehållsanalys. Om en latent analys hade utförts hade kanske ytterligare nyanser av materialet kunnat framkomma. Om resultatet innefattar det som i syftet avsågs undersökas samt om de inkluderade deltagarna hade erfarenhet av ämnet kan en studies resultat anses ha giltighet (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). I samtliga intervjuer som genomfördes framkom data som svarade an mot syftet vilket kan stärka trovärdigheten och tyder på att rätt deltagare inkluderats utifrån studiens syfte. Alla informanter finns representerade med citat i resultatet vilket kan stärka trovärdigheten (Danielsson, 2017).

Bekräftelsebarhet innebär att studiens analysprocess är tydligt beskriven. Med fördel kan en utomstående granskare tas som hjälp att granska analys och beskrivningen av resultatet (Mårtensson & Fridlund, 2017). Handledaren har konsulterats löpande under analysprocessen för att kontrollera rimligheten i resultatet. Resultatet i denna studie presenteras utifrån kategorier tillsammans med citat vilket enligt Lundman & Hällgren Graneheim (2017) stärker trovärdigheten.

Överförbarhet handlar om huruvida resultatet kan överföras på andra grupper än den som i studien undersökts (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att kunna bedöma överförbarhet bör urval, datainsamling och analysmetod tydligt framgå (Lundman & Hällgren Graneheim, 2017). Urval och tillvägagångssätt har beskrivits detaljerat under respektive rubrik i metodavsnittet. Inom hemsjukvården finns inga organisatoriska krav på vidareutbildning till specialistsjuksköterska varför även grundutbildade sjuksköterskor och sjuksköterskor med annan specialistutbildning än distriktssköterska inkluderades i denna studie. De har samma arbetsuppgifter i hemsjukvården som distriktssköterskor och antogs därför ha likvärdiga erfarenheter av utsatthet. Enligt Henricsson & Billhult (2017) kan variation i utbildning vara en fördel, då det ger en ökad variation i berättelserna kring det som undersöks. Det måste dock beaktas att en distriktssköterska har specialistkompetens och fördjupade kunskaper som gör hen lämplig i arbetet i hemsjukvården (SoU, 2011:55; Barret et al., 2007) och det kan vara så att distriktssköterskor på grund av detta upplever utsatthet annorlunda jämfört med grundutbildade sjuksköterskor. En liknande studie där enbart distriktssköterskor inkluderas skulle kunna ge ytterligare kunskap kring detta.

Eftersom det är individers upplevelser som undersökts kan utfallet om en liknande studie skulle genomföras bli annorlunda, likaså om den skulle utföras i andra områden eller länder. Trots att överförbarheten är begränsad på grund av materialets ringa omfattning innebär resultatet delvis ny kunskap kring sjuksköterskors upplevelser av utsatthet i hemsjukvården, framför allt i utsatta områden.

Flera av de intervjuade arbetade i särskilt utsatta områden i Sverige och känslig information framkom i intervjuerna. För att leva upp till konfidentialitetskravet (Vetenskapsrådet, 2018) har alla ortsnamn, egennamn etc. avidentifierats. Även andra avslöjande detaljer har avidentifierats till exempel specifika diagnoser eller behandlingar. En del uppgifter har på grund av dess känslighet och risk för hotbild mot informanterna endast beskrivits övergripande i löpande text utan att nämna utlämnande detaljer. Citaten i resultatet har med noggrannhet valts ut med tanke på ovanstående resonemang. Vilka delar av landet som informanterna arbetar i har medvetet utlämnats för att stärka konfidentialiteten.

Resultatdiskussion

Resultatet visade att sjuksköterskor upplever utsatthet i arbetet i hemsjukvården utifrån en rad olika aspekter. Det framkom i resultatet att sjuksköterskorna ofta kände sig ensamma i svåra beslut kring patienten och att det var svårt att nå någon som hade det medicinska ansvaret. Detta beskrevs som en upplevelse av utsatthet. Enligt Cronenwett et al. (2007) bör organisationer som leder vården arbeta preventivt för säker vård. I detta fall skulle en preventiv åtgärd kunna vara förbättringsarbete kring samverkan mellan primärvården och sjuksköterskan.

Ovissheten att inte veta vem som väntade i hemmet upplevde de flesta informanter som utsatt. Att ha patientens hem som arbetsplats beskrivs i en studie som en unik och okontrollerbar arbetsmiljö som är oförutsägbar och omöjlig att förbereda sig inför (Terry, Le, Nguyen & Hoang, 2015), vilket styrker att denna ovisshet är en form av utsatthet som är svår att förebygga i hemsjukvården. I föreliggande studie

uppgav informanterna även att bristfällig dokumentation och tillgång till journal gjorde att de inte kunde förbereda sig inför hembesöken i den mån de önskade. I de allra flesta fall blev de inte utsatta för något vid hembesöken men oron att det kunde hända något bidrog till känslan av utsatthet. Detta överensstämmer väl med tidigare forskning (Avander et al., 2016; Angel & Vatne, 2017) som visat att utsatthet kan bero på en ovisshet eller osäkerhet inför vad som väntar. Risken att bli utsatt upplevdes av sjuksköterskorna i föreliggande studie som större i situationer med vissa patientgrupper till exempel patienter med kognitiv sjukdom. Detta ses också i tidigare forskning som visat att demenssjuka patienters oberäkneliga beteende och snabbt svängande känsloläge upplevdes hotfullt av vårdpersonalen (Heaslip & Board, 2012). Även hembesök hos andra patientgrupper upplevdes mer riskfyllda, till exempel patienter med psykisk sjukdom och missbruk. Detta stärker en tidigare studie av McPhaul, Lipscomb & Johnson (2010) som fastslår att hembesök till vissa patientgrupper, till exempel de med känt missbruk, tidigare våldsamt beteende och kognitiv sjukdom är mer riskfyllda än andra. I föreliggande studiers resultat framkom även att sjuksköterskorna kände sig mer utsatta i mötet med patienter som upplevdes fysiskt överlägsna, vilket bör beaktas när preventiva rutiner utarbetas.

I resultatet framkom att informanterna på ett bättre sätt kunde hantera upplevelser av utsatthet om de hade stöd från kollegor och chefer. Det var viktigt att bli tagen på allvar då någonting hade hänt eller när det fanns en risk att utsättas för någonting. Det fanns en vilja från sjuksköterskorna att komma bort från diskussionen kring känslan av rädsla och att fokus istället skulle ligga på att diskutera åtgärder för de faktiska riskerna de dagligen utsattes för. Drygt hälften av de intervjuade arbetade i så kallade utsatta områden. Polisen definierar ett utsatt område: *ett geografiskt avgränsat område som karaktäriseras av en låg socioekonomisk status där kriminella har en inverkan på lokalsamhället* (Nationella operativa avdelningen underrättelseenheten, 2017). Sjuksköterskorna beskrev en rädsla och stort obehag inför att bevittna grova våldshandlingar i sin arbetsmiljö. De hade en ständig vaksamhet i arbetet. De var inte rädda att själva utsättas för grovt våld men rädslan att komma i vägen eller bli vittne var stor. Detta är ett välkänt fenomen i utsatta områden där de som anmäler eller vittnar kan bli utsatta för påtryckningar och repressalier från kriminella (Nationella operativa avdelningen underrättelseenheten, 2017). Det är en utmaning för arbetsgivare att i en sådan miljö bedriva säker vård för patienter såväl som vårdpersonal då hänsyn ska tas både till arbetsmiljölagstiftning och budget men samtidigt tillgodose patientens behov av vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Forskning saknas som specifikt undersöker arbetsmiljön för de sjuksköterskor som arbetar med hemsjukvård i dessa utsatta områden. Att undersöka detta skulle kunna bidra med viktig kunskap för att främja säker vård.

Om inte utsatthet för våld på arbetsplatsen kan motverkas riskerar arbetstillfredsställelsen att minska, vårdmötet försämras och sjuksköterskan kan välja att sluta på arbetsplatsen (Chapman et al., 2009; Hanson et al., 2015; Arbetsmiljöverket, 2011:16). Vårdkvaliteten för patienten försämras om det brister i säkerheten för sjuksköterskan (Galinsky et al., 2010; Hignett et al., 2016; Longo & Philips, 2016; Angel & Vatne, 2017). För att ge säker vård bör organisationen tillhandahålla stöd som motverkar psykiska och somatiska effekter vid händelser av hot och våld och strategier för att motverka hotfulla situationer (Cronenwett et al., 2007). Forskning pågår kring säker vård i hemsjukvården vilket kan komma att ge bättre kunskaper kring hur detta preventiva arbete och stöd ska utformas (Wiig et al., 2018). Om vårdpersonal på grund av utsatthet tvingas skärma av och stänga av sina känslor blir vården lidande då den grundläggande vårdande aspekten i sjuksköterskans roll går förlorad (Heaslip & Board, 2012).

Informanterna beskrev ett stort antal skyddsåtgärder som fanns tillgängliga, där den skyddsåtgärd som i störst utsträckning gav ökad trygghet var möjligheten att åka två tillsammans. Detta överensstämmer med Arbetsmiljöverkets syn på ensamarbete som ska undvikas i möjligaste mån då det är en riskfaktor för att utsättas för hot och våld (Arbetsmiljöverket 2017; Arbetsmiljöverket 2011:16, AFS 1982:3). Även i en artikel av Brennan (2010) lyfts detta fram som en viktig säkerhetsåtgärd och där rekommenderas att första hembesöket hos en för verksamheten okänd patient alltid bör göras av två personer. En riskbedömning bör göras utifrån ett framtaget strukturerat underlag och först därefter kan ställning tas om det är säkert att åka ensam på hembesök till den aktuella patienten (Brennan, 2010). Även Byon, Storr, Edwards & Lipscomb (2016) föreslår att en riskbedömning av patienter avseende våldsamt ska göras med hjälp av information kring tidigare våldshistorik, psykisk sjukdom och missbruk, för att skapa en säkrare arbetsmiljö. Dessa riskbedömningar avseende patienterna eliminerar dock inte risken att det kan finnas andra personer i hemmet som sjuksköterskorna inte känner till. Resultatet i föreliggande studie visade att sjuksköterskorna upplevde ovissheten inför vem som mötte dem i hemmet som utsatthet. Dessa personer kunde också på olika sätt skapa en känsla av utsatthet, till exempel genom att övervaka sjuksköterskorna eller vara hotfulla och våldsamma. Detta styrks av resultatet i en studie av Wong, Ong, Matchar, Lie, Ng, Yoon & Wong (2017) där sjuksköterskorna i hemsjukvården beskrev att

de kunde uppleva säkerheten hotad när de mötte personer i patientens hem som de inte visste skulle vara där.

Riskbedömningarna som nämns ovan (Brennan, 2010; Byon et al., 2016) tar inte heller hänsyn till den yttre arbetsmiljön till och från patientbesöket, där informanterna i denna studie kände stor utsatthet. Flera av informanterna beskrev att de hotats med vapen eller bevittnat vapenbrott i arbetet i hemsjukvården, både i patienternas hem och i den yttre arbetsmiljön. Att sjuksköterskor möter detta i arbetet i hemsjukvården tycks vara en ny företeelse i Sverige då ingen aktuell forskning kring ämnet funnits vid litteratursökning. I en studie gjord på en barnakutmottagning i USA beskrivs hur det förekommer vapen i arbetsmiljön och att detta, tillsammans med agiterade besökare, var den faktor som skapade mest rädsla hos vårdpersonalen (Shaw, 2015). Vidare forskning behövs för att undersöka hur detta påverkar sjuksköterskor i arbetet i hemsjukvården.

Att åka två tillsammans på en del hembesök upplevdes förutom tryggare också ibland mer effektivt och underlättande rent praktiskt. Även utsattheten i att stå ensam med beslut minskade när de åkte två, vilket också visats i tidigare forskning (Öresland et al., 2008; Berland et al., 2012). Carlsson, Råmgård, Bolmsjö & Bengtsson (2014) beskriver att sjuksköterskor i deras studie över lag ger en positiv bild av arbetet i hemsjukvård och särskilt boende men att det finns en ambivalens i att tycka om att arbeta ensam och att samtidigt sakna kollegor nära till hands som stöd. Samarbete med andra kan vara lika viktigt som goda relationer med patienterna. Sjuksköterskorna beskrev att det fanns en pågående diskussion kring budget och bemanning som inte medgav att de alltid åkte två på besök där de egentligen bedömde att det behövdes. Detta ses även i tidigare forskning (McPhaul et al., 2010) som även visar att personalen inte alltid använder de skyddsåtgärder som finns tillgängliga. I föreliggande studies resultat sågs att personlarmen inte alltid användes då de upplevdes som en falsk trygghet. Möjligheten att åka två utnyttjades inte heller alltid då sjuksköterskorna inte vill belasta sina kollegor. Detta är ett förbättringsområde som bör ses över med tanke på resultatet i denna studie och tidigare forskning. En stor studie pågår i Norge och Nederländerna (Wiig et al., 2018) med mål att skapa verktyg för arbetsgivare i hemsjukvård och särskilt boende i arbetet med säker vård, vilket förhoppningsvis kan underlätta detta förbättringsarbete framöver.

Slutsatser

Sjuksköterskors arbetsmiljö i hemsjukvården, som till stor del är i patientens hem och i offentlig miljö, är svår att påverka och bidrar på flera sätt till upplevelser av utsatthet. Som tidigare forskning visat leder upplevd utsatthet i arbetet till sämre arbetsprestation och minskad arbetsglädje vilket även kan påverka vårdkvaliteten negativt. För att främja säker vård krävs åtgärder för att skapa en tryggare arbetsmiljö för sjuksköterskor i hemsjukvården. Upplevelsen av utsatthet är mest påtaglig kvälls- och nattetid och i utsatta områden. I takt med att fler områden definieras som utsatta av polisen kommer fler sjuksköterskor att ha sådana områden som sin arbetsmiljö vilket gör det viktigt att undersökas vidare. Ytterligare forskning behövs för att få djupare förståelse för sjuksköterskors situation och upplevelser av utsatthet i arbetet i hemsjukvården.

Kliniska implikationer

På samhällsnivå kan resultatet komma till nytta i planeringen av hemsjukvårdens framtida organisation och hur resurser ska fördelas. Kärnkompetensen säker vård behöver ges större utrymme. Den forskning som pågår kring säker vård i hemsjukvården behöver implementeras i verksamheten framöver. Stärkt samverkan mellan kommun och primärvård kan minska sjuksköterskors utsatthet i att stå ensam med beslut. Arbetsgivare inom hemsjukvården kan i det preventiva arbetet lägga fokus på att identifiera särskilt riskfyllda situationer och skapa rutiner kring adekvata säkerhetsåtgärder som faktiskt minskar upplevelsen av utsatthet hos personalen. För sjuksköterskor och distriktssköterskor kan resultatet leda till ökad kunskap kring utsatthet vilket kan leda till att tillbud och incidenter anmäls i större utsträckning. Information till patienter och anhöriga om vad de kan förvänta sig av hemsjukvården skulle kunna minska risken för frustration och missnöje som kan leda till konflikter, hot och våld. För patienter och anhöriga kan kvaliteten på omvårdnaden öka om personalen känner trygghet.

Referenser

- AFS 1982:3 *Arbetsarkyddsstyrelsens kungörelse om ensamarbete*. Hämtad från <https://www.av.se/globalassets/filer/publikationer/foreskrifter/ensamarbete-foreskrifter-afs1982-3.pdf>
- Angel, S. & Vatne, S. (2017). Vulnerability in patients and nurses and the mutual vulnerability in the patient–nurse relationship. *Journal of Clinical Nursing*, 26(9-10), 1428-1437. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/jocn.13583>
- Arbetsmiljöupplysningen (2018). *Sexuella trakasserier*. Hämtad från <http://www.arbetsmiljoupplysningen.se/Amnen/Sexuella-Trakasserier-/>
- Arbetsmiljöverket 2011:16. *Hot och våld inom vård och omsorg, kunskapssammanställning*. Hämtad från <https://www.av.se/arbetsmiljoarbete-och-inspektioner/kunskapssammanstallningar/hot-och-vald-inom-var-d-och-omsorg-rap-201116-kunskapssammanstallning/>
- Arbetsmiljöverket (2017) *Hot och våld*. Hämtad från [https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/hot-och-vald/?hl=våld och hot i arbetsmiljön](https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/hot-och-vald/?hl=våld%20och%20hot%20i%20arbetsmiljon)
- Avander, K., Heikki, A., Bjerså, K., & Engström, M. (2016). Trauma Nurses' Experience of Workplace Violence and Threats: Short- and Long-Term Consequences in a Swedish Setting. *Journal of Trauma Nursing*, 23(2), 51-57. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1097/JTN.000000000000186>
- Barrett, A., Latham, D., & Levermore, J. (2007). Part 2: Defining the unique role of the specialist district nurse practitioner. *British Journal of Community Nursing*, 12(11), 522-6.
- Berland, A., Holm, A., Gundersen, D., & Bentsen, S. (2012). Patient safety culture in home care: Experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 794-801. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1365-2834.2012.01461.x>
- Brennan, W. (2010). Safer lone working: Assessing the risk to health professionals. *British Journal of Nursing : BJN.*, 19(22), 1428-30.
- BRÅ Rapport 2015:12. *Hot och våld - om utsatthet i yrkesgrupper som är viktiga i det demokratiska samhället*. Hämtad från [https://www.bra.se/download/18.43d343f714ce4faf9081ce/1440752473386/2015-12 Hot och v% C3 % A5 ld.pdf](https://www.bra.se/download/18.43d343f714ce4faf9081ce/1440752473386/2015-12_Hot_och_v%C3%A5ld.pdf)
- Büssing, A., & Höge, T. (2004). Aggression and violence against home care workers. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 206-19. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1037/1076-8998.9.3.206>
- Byon, H. D., Storr, C., Edwards, L., Lipscombe, J. (2016). Client history and violence on direct care workers in home care setting. *American Journal of Industrial, Medicine*, 59(12), 1130-1135. <https://onlinelibrary-wiley-com.proxy.library.ju.se/doi/epdf/10.1002/ajim.22652>
- Carlson, E., Rämgård, M., Bolmsjö, I. & Bengtsson, M. (2014). Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 761-767. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.002>
- Chapman, R., Perry, L., Styles, I., & Combs, S. (2009). Consequences of workplace violence directed at nurses. *British Journal of Nursing*, 18(20), 1256-1261.
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., Mitchell, P., Sullivan, D. & Warren, J. (2007). Quality and safety education for nurses. *Nursing outlook*, 55(3) 122-131. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2007.02.006>
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande: I teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Danielson, E. (2017) Kvalitativ forskningsintervju. I Henricsson, M (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 153-163). Lund. Studentlitteratur.

Dean, E. (2016). Personal safety when working alone. *Nursing Standard*, 31(9), 15.

Diskrimineringslagen 2008:567 *Diskrimineringslagen*. Hämtad från www.do.se/lag-och-ratt/diskrimineringslagen

Fallqvist, A., & Vrooman, S. (2016). *Sjuksköterskans erfarenhet av att möta hot och våld i den kommunala hälso- och sjukvården*. Magisteruppsats, Högskolan i Borås, Akademin för vård, arbetsliv och välfärd. Hämtad från <http://hb.diva-portal.org/smash/get/diva2:1078327/FULLTEXT01.pdf>

Framtidens karriär – sjuksköterska. (2017). 2 av 3 sjuksköterskor utsatta för hot eller våld. Hämtad 11 december 2018, från <http://sjukskoterskekarriar.se/artikel/2-av-3-sjukskoterskor-utsatta-for-hot-eller-vald/>

Galinsky, T., Feng, H A., Streit, J., Brightwell, W., Pierson, K., Parsons, K., Proctor, C., (2010). Riskfactors associated with patient assaults of home healthcare workers. *Rehabilitation Nursing*, 35(5), 206-215.

Graneheim, UH. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Graneheim, UH., Lindgren, BM. & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>

Hanson, G., Perrin, N., Moss, H., Laharnar, N. & Glass, N. (2015). Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 11. <https://doi.org/10.1186/s12889-014-1340-7>

Heaslip, V. & Board, M. (2012). Does nurses' vulnerability affect their ability to care? *British Journal of Nursing*, 21(15), 912-917. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.12968/bjon.2012.21.15.912>

Henricson, M & Billhult, A. (2017). Kvalitativ design. I Henricson, M (red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-138). Lund. Studentlitteratur.

Hignett, S., Edmunds Otter, M. & Keen, C. (2016). Safety risks associated with physical interactions between patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 59(C), 1-14. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.011>

Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30 Hämtad från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Isaksson, U. (2010). Våld och hot. I Drevenhorn, E (red.), *Hemsjukvård* (s.139-152). Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, K. & Ljung, S. (2010). Sjuksköterskans roll i hemsjukvården. I Drevenhorn, E (red.), *Hemsjukvård* (s.139-152). Lund: Studentlitteratur.

Josefsson, K. & Ryhammar, L. (2010). Threats and violence in Swedish community elderly care. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(1), 110-113. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.02.010>

Josefsson, K., Sonde, L., & Robins Wahlin, T. (2007). Violence in municipal care of older people in Sweden as perceived by registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16(5), 900-910. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1365-2702.2006.01835.x>

- Jönköpings universitet (2018) Lagring av persondata. Hämtad från <http://ju.se/student/studier/examensarbete-uppsats/personuppgifter-i-uppsatser.html>
- Kjellstöm, S. (2017). Forskningsetik. I Henricson, M (red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad*. (s 57-80) Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Longo, D., & Phillips, J. (2016). Workplace Violence against Health Care Workers in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 374(17), 1661-1669. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1056/NEJMr1501998>
- Lundman, B & Hällgren Graneheim, U. (2017) Kvalitativ innehållsanalys I Granskär, M & Höglund-Nielsen, B (red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s 159-173). Lund: Studentlitteratur
- McPhaul, K., Lipscomb, J., & Johnson, J. (2010). Assessing Risk for Violence on Home Health Visits. *Home Healthcare Nurse: The Journal of the Home Care and Hospice Professional*, 28(5), 278-289. Doi 10.1097/NHH.0b013e3181dbc07b
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricsson, M (Red.) *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.
- Nakaishi, L., Moss, H., Weinstein, M., Perrin, N., Rose, L., Anger, WK., ... Glass, N. (2013). Exploring Workplace Violence among Home Care Workers in a Consumer-Driven Home Health Care Program. *Workplace Health & Safety*, 61(10), 441-450. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.3928/21650799-20130916-17>
- Nationella operativa avdelningen underrättelseenheten, (2017). *Utsatta områden – social ordning, kriminell struktur och utmaningar för polisen*. Hämtad från https://polisen.se/siteassets/dokument/ovriga_rapporter/utsatta-omraden-social-ordning-kriminell-struktur-och-utmaningar-for-polisen-2017.pdf
- Needham, I., Abderhalden, C., Halfens, R., Fischer, J., & Dassen., T. (2005). Non-somatic effects of patient aggression on nurses: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3), 283-296. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1111/j.1365-2648.2004.03286.x>
- Regeringens proposition 1990/91:14. Hämtad från <https://data.riksdagen.se/fil/13918657-2DA5-4037-8D98-F781F2A57B54>
- Ritchie, C. & Leff, B. (2018). Population Health and Tailored Medical Care in the Home: The Roles of Home-Based Primary Care and Home-Based Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(3), 1041-1046. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.10.003>
- Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken, etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.
- Shaw, J. (2015). Staff perceptions of workplace violence in a pediatric emergency department. *Work Reading, Mass*. 51(1), 39-49. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.3233/WOR-141895>
- Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-59>
- Socialstyrelsen (2018a) *Vård och omsorg av äldre. Lägesrapport 2018*. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20857/2018-2-7.pdf>
- Socialstyrelsen (2018b) *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård. Nationella planeringsstödet 2018*. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-23>
- SoU 2011:55 *Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen. En nationell samordnare för hemsjukvård*. Hämtad från

<https://www.regeringen.se/contentassets/1bb6a8565doc40959035a1fa8106ef7b/kommunaliserad-hemsjukvard-sou-201155>

Svenska Akademiens Ordböcker (2018). Hämtad från: <https://svenska.se/>

Svensk sjuksköterskeförening (2008) *Kompetensbeskrivning; legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska*. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/distriktskoterska.kompbeskr.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2016) *Säker vård – en kärnkompetens för vårdens samtliga professioner*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kvalitet-publikationer/saker-ward_2016.pdf

Terry, D., Le, Q., Nguyen, U. & Hoang, H. (2015). Workplace health and safety issues among community nurses: A study regarding the impact on providing care to rural consumers. *BMJ Open*, 5(8), E008306. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1136/bmjopen-2015-008306>

Vetenskapsrådet. 2018. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Vårdfokus. 2012. Sjuksköterska hotades till livet efter hembesök. Hämtad 11 december 2018, från <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2012/augusti/sjukskoterska-hotades-till-livet-efter-hembesok/>

Wibeck, V. (2017). Fokusgrupper. I Henricson, M (red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s 169-188). Lund. Studentlitteratur.

Wiig, S., Ree, E., Johannessen, T., Strømme, T., Storm, M., Aase, I., (...) Aase, K. (2018). Improving quality and safety in nursing homes and home care: The study protocol of a mixed-methods research design to implement a leadership intervention. *BMJ Open*, 8(3).

Wong, A.K., Ong, S.F., Matchar, D.B., Lie, D., Ng, R., Yoon, K.E. & Wong, C. (2018). Complexities and Challenges of Singapore Nurses Providing Postacute Home Care in Multicultural Communities: A Grounded Theory Study. *Journal of Transcultural Nursing*, 29(5), 402-409. <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1177/1043659617736884>

Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Jörgensen, MW., & Lützén, K. (2008). Nurses as guests or professionals in home health care. *Nursing ethics*, 15(3) 371-383 <http://dx.doi.org.proxy.library.ju.se/10.1177/0969733007088361>

Bilagor

Bilaga 1. Intervjuguide

Bakgrundsfrågor:

- Hur många år har du arbetat som distriktssköterska/sjuksköterska?
- Hur många år inom hemsjukvård?
- Har du arbetat dag/kväll/natt/varierat?

Övergripande frågor:

- Hur tycker du det är att arbeta i hemsjukvården?
- Vilka fördelar och nackdelar finns det med att arbeta i hemsjukvården?
- Vad tänker du om ensamarbete i hemsjukvården?
- Har du någon gång själv känt sig utsatt i arbetet? / På vilket sätt? / Hur har det påverkat dig resp. ditt arbete?
- Om någon upplever utsatthet eller blir utsatt för något i arbetet, diskuterar ni det i arbetsgruppen?
- Hur upplever du att din arbetsledare arbetar med frågor kring utsatthet för distriktssköterskor i hemsjukvården?

Sonderande frågor:

- Vill du berätta med om...?
- Kan du utveckla det du berättade om...?
- Du sa tidigare att... Har du fler exempel på liknande?

Bilaga 2. Brev till sektionschef/enhetschef



2018-08-31

JÖNKÖPING UNIVERSITY

School of Health and Welfare

Till dig som är sektionschef/enhetschef för distriktssköterskor/sjuksköterskor i hemsjukvården

Forskning visar att det förekommer att vårdpersonal utsätts för hot och våld i sitt arbete. Ensamarbete och att arbeta i människors hemmiljö är riskfaktorer för att utsättas för hot och våld och att uppleva utsatthet. För att öka kunskapen och förståelsen för de erfarenheter distriktssköterskor/sjuksköterskor i hemsjukvården kan ha av att uppleva utsatthet i sitt arbete vill vi göra en intervjustudie. Vi är två sjuksköterskor som studerar till distriktssköterskor och materialet från intervjuerna kommer att presenteras i det examensarbete som ingår som en del i utbildningen.

Du tillfrågas härmed om samtycke att kontakta distriktssköterskor/sjuksköterskor som du arbetsleder med förfrågan om deltagande i denna intervjustudie. Distriktssköterskorna/sjuksköterskorna som tillfrågas skall ha minst 2 års erfarenhet från arbete inom hemsjukvård. Det är helt frivilligt att medverka i studien och deltagarna kan när som helst avbryta sin medverkan. Intervjuerna kommer att genomföras på den plats deltagaren finner lämplig och kommer att spelas in. Intervjuerna beräknas ta ca 30 minuter.

Materialet från intervjuerna kommer att hanteras konfidentiellt dvs. allt material kommer förvaras så att ingen obehörig kan ta del av det. Enskilda personer eller arbetsplatser kommer inte heller kunna identifieras i den slutliga presentationen av intervjustudien.

Om du samtycker till att vi kontaktar de distriktssköterskor/sjuksköterskor du arbetsleder ber vi dig att ge ditt skriftliga samtycke på angiven plats längst ner i detta dokument. Eftersom tiden för att genomföra studien är kort ber vi dig att så snart det är möjligt scanna in det signerade samtyckesdokumentet och maila tillbaka det till oss tillsammans med namn och mailadresser till distriktssköterskorna/sjuksköterskorna.

Mer information och svar på frågor kring studien ges av:

Studerande: Linda Bergqvist, Sara Nyman

Telefon: xxxx-xxxxxx Telefon: xxxx-xxxxxx

Mejladress: l-bergqvist@hotmail.com Mejladress: sara-nyman@live.se

Handledare

Iréne Ericsson

Leg. ssk; PhD Gerontologi

Hälsöhögskolan, Jönköping University

Mejladress: xx

Malmö/Höganäs 2018-08-31

Jag samtycker till kontakt tas med distriktssköterskor/sjuksköterskor som jag arbetsleder för att tillfråga om deltagande i intervjustudien

.....
Namn, titel

ort, datum

Bilaga 3. Brev till distriktssköterska/sjuksköterska



2018-08-31

JÖNKÖPING UNIVERSITY

School of Health and Welfare

Till dig som är distriktssköterska/sjuksköterska i hemsjukvården - Information och förfrågan om deltagande i intervjustudie

Forskning visar att det finns upplevelser av utsatthet bland distriktssköterskor/sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvård. För att öka kunskapen och förståelsen för de erfarenheter distriktssköterskor/sjuksköterskor i hemsjukvården kan ha av att uppleva utsatthet i sitt arbete vill vi göra en intervjustudie. Vi är två sjuksköterskor som studerar till distriktssköterskor och materialet från intervjuerna kommer att presenteras i det examensarbete som ingår som en del i utbildningen.

Du som arbetar som distriktssköterska/sjuksköterska och har minst 2 års erfarenhet av arbete inom hemsjukvården tillfrågas om att delta i studien. Vi har fått ditt namn efter kontakt med din närmsta chef. Det är helt frivilligt att delta i studien och deltagaren kan när som helst avbryta sin medverkan. Intervjuerna kommer att genomföras på den plats deltagaren finner lämplig och intervjun kommer spelas in. Intervjuerna beräknas ta ca 30 minuter. Materialet från intervjuerna kommer att hanteras konfidentiellt dvs. allt material kommer förvaras så att ingen obehörig kan ta del av det. Enskilda personer eller arbetsplatser kommer inte heller kunna identifieras i den slutliga presentationen av intervjustudien.

Om du kan tänka dig att delta i en intervju eller om du har frågor kring studien som du vill ha svar på innan du tar ställning till deltagande ber vi att du kontaktar oss så snart som möjligt via e-mail eller telefon. Av egen erfarenhet vet vi att mail lätt kan läggas undan därför kommer vi skicka en påminnelse med förfrågan om vi inte hört något från dig om en vecka.

Studerande: Linda Bergqvist, Sara Nyman
Telefon: xxxx-xxxxxx Telefon: xxxx-xxxxxx
Mejladress: l-bergqvist@hotmail.com Mejladress: sara-nyman@live.se

Handledare:
Iréne Ericsson
Leg, ssk; PhD Gerontologi
Hälsöhögskolan,
Jönköping University
Mejladress: xx

Bilaga 4. Etisk egengranskning

EGENGRANSKNING VID EXAMENSARBETEN

Examensarbetets titel: "Man vet aldrig när det går riktigt illa" - Distriktssköterskors upplevelser av utsatthet i hemsjukvården

Student/studenter: Linda Bergqvist, Sara Nyman

Handledare: Irene Ericsson

	Ja	Tveksamt	Nej
1. Kan projektet innebära någon eller några av följande nackdelar för deltagaren (patient, försöksperson, informant)?			
a/ Medicinsk risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b/ Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c/ Hot mot personlig integritet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d/ Annat obehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Kan det garanteras att deltagarna inte kan identifieras i resultatredovisningen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Är deltagandet i projektet frivilligt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kan en deltagare när som helst och utan angivande av skäl avbryta sitt deltagande?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Innebär studien att personregister upprättas - om ja - vem ansvarar för registret och till vem anmäls registret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
..... (registeransvarig person)			
6. Hur är den skriftliga informationen utformad?			
a/ Beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess uppläggning och syfte. (Inga fackuttryck, klar svenska)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas av beslut om att medverka eller avstå från medverkan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas om deltagaren avbryter sin medverkan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erbjuds försökspersonerna att ta del av forskningsresultatet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.

Jönköping den 180831

Linda Bergqvist & Sara Nyman

Irene Ericsson

.....
Student/studenter

.....
Handledare