



**HÖGSKOLAN VÄST**

Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

## **Att förmedla trygghet**

– En studie om distriktssköterskor och deras relation till  
patienter

Författare: Mesud Avdagić  
Handledare: Eric Carlström

Omvårdnad - Examensarbete, 15 hp  
Magisternivå  
VT 2009

<b>Examensarbetets titel</b>	Att förmedla trygghet – En studie om distriktssköterskor och deras relation till patienter To mediate safety – A study about district nurses and their relation to patients
<b>Författare</b>	Mesud Avdagić
<b>Institution</b>	Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
<b>Arbetets art</b>	Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp
<b>Program/kurs</b>	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot distriktssköterska, 75 hp
<b>Termin/år</b>	VT 2009
<b>Antal sidor</b>	21

---

## Abstract

**Background** One of the main demands on Swedish and global health care in general is to meet the patient's need for safety. By general health care law this also comprises district nurses' field of responsibility. Although there are numerous studies describing the concept of safety and its different shapes, no research could be found exploring how safety is, or supposed to be, mediated by district nurses' in a Swedish context. Research about this is therefore needed.

**Aim** The aim of this qualitative study was to explore how district nurses' mediate safety to their patients.

**Method** Qualitative data were collected from seven district nurses' by means of semi structured interviews. Thereafter, a concept analysis was carried out.

**Results** Responses revealed that district nurses' consider themselves mediate safety through a variety of ways. Five major categories emerged: (1) complaisance's; (2) competence; (3) patient participation; (4) same caregiver; (5) personal characteristics.

**Conclusion** District nurses' mediate safety through a combination of general attitudes and concrete acts. Preconditions are bound to each district nurse's individual ability to give a good complaisance, his/her competence and ability to involve patients in treatment and care. Other, less pronounced, are bound to the district nurse's ability to create continuity in contact with patients' and his/her personal characteristics.

**Keywords** District nurses, empirical, mediate, patient safety, qualitative.

# Innehåll

<b>Inledning</b>	1
<b>Bakgrund</b>	1
Begreppslig betydelse och engelsk översättning	1
Trygghet och dess olika skepnader	1
Trygghet i hälso- och sjukvården	2
Distriktssköterskans	3
Trygghet och otrygghet i relation till hälsa och ohälsa	4
<b>Problemformulering</b>	5
<b>Syfte</b>	5
<b>Metod</b>	6
Kvalitativ innehållsanalys	6
Intervjuer	6
Halvstrukturerade intervjuer	6
Urval	7
Genomförande	7
Demografi	8
Analys	8
Tabell 1	8
Validitet och trovärdighet	9
Etiska överväganden	9
Informerat samtycke	9
Konfidentialitet och nyttjande av uppgifter	9
<b>Resultat</b>	10
Att förmedla trygghet	10
Bemötanden	10
Kompetens	11
Patientdelaktighet	12
Samma vårdgivare	13
Personliga egenskaper	14
<b>Sammanfattande diskussion</b>	14
Metoddiskussion	14
Resultatdiskussion	16
Konklusion	18
Förslag till fortsatt forskning	18
<b>Litteratur</b>	19
<b>Bilagor</b>	
I    Missivbrev	
II   Informationsbrev	
III  Intervjuguide	
IV   Intervjufrågor	
V    Redovisning av respondenter, vårdcentraler, intervjulängd och antal transkriberade sidor	

## Inledning

Trygghet är ett centralt begrepp inom allt vårdarbete och inom vårdvetenskap. I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) finns det med, liksom i läroböcker på grund- och specialistsjuksköterskeutbildningarna. Nyligen har trygghet kanske mest uppmärksammats inom partipolitiska program och där framställts som en vision och ett folkhälsomål.

Mitt intresse för patienternas trygghet väcktes under andra terminen på distriktssköterskeutbildningen. I diskussioner med medstudenter blev jag medveten om vår oförmåga att utveckla innebörden i begreppet, men även att beskriva vilka konkreta handlingar som kan åstadkomma trygghet hos patienten. Ambitionen är därför att konkret beskriva hur trygghet förmedlas.

Nästföljande kapitel erbjuder läsaren en möjlighet att fördjupa sina kunskaper kring begreppet, trygghet i hälso- och sjukvården, distriktssköterskan samt trygghet i relation till hälsa och ohälsa. I kapitel tre till sex presenteras denna studies problemformulering, syfte, metod och resultat. I de avslutande kapitlen redogör och diskuterar jag mina metodologiska och resultatmässiga överväganden, samt ger förslag till fortsatt forskning.

## Bakgrund

### Begreppslig betydelse och engelsk översättning

Begreppet trygghet tros härstamma ur fornsvenskans *tryghet*. Som synonymer till trygghet anger Walter (2008) lugn, ro, säkerhet, skydd och garanti. Att vara trygg anges i första hand som att vara *fri från oroande eller hotande inslag*, i andra hand som en *som inte behöver känna sig oroad eller hotad* och i tredje hand som en *som ger intryck av att vara lugn och obekymrad*. Även begreppet trygg dateras tillbaka till yngre fornsvensk tid och fornsvenskans *trygger; trogen, säker, tryggad* (Nationalencyklopedin, 2008).

Trygghet med dess breda innebörd saknar en direkt översättning till engelskan (Segesten, 1994). Nationalencyklopedin (2008) och Norstedts engelska ord (2008) anger i första hand *security* och *safety* som översättning. För trygghet i avseendet lugn och självförtroende anges *confidence* och för självmedvetenhet anges *assurance* (Norstedts engelska ord, 2008).

### Trygghet och dess olika skepnader

Segesten (1994) konstaterar i sin delrapport "Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet" att begreppet trygghet finns i vår vardag i de mest varierande skepnader. För att belysa detta citeras några utsagor om vad trygghet innebär.

Att hålla någon i handen.	Helfrid, 72 år
Att ha ett fast arbete.	Olle, 61 år
Att ha vänner både när jag är glad och ledsen.	Birgitta, 33 år
När brorsan är nära, när man är i slagsmål.	Christian, 12 år
Att ha sin nalle i sängen.	Jenny, 5 år

(Segesten, 1994, sid. 1)

Begreppet delar Segesten (1994) in i två dimensioner; trygghet som en känsla och trygghet relaterat till det liv man lever, i interaktion med omvärlden. Trygghetskänslan inbegriper termer som balans, värme, glädje, lycka, lugn, harmoni, själsfrid, förtroende, tillit, vila, ro och energifrigörelse. I denna dimension ingår även trygghet som ett inre tillstånd, något som

inbegriper gemenskap, tillhörighet, tillåtenhet, ansvar, normer och ideal, samt att kunna erkänna svagheter och ha självtillit. Denna del kan hos vuxna byggas upp genom erfarenhet, positiva upplevelser, medveten bearbetning av otrygghet samt genom att klara av en kris. Trygghet i omvärlden har däremot inget med individen att göra. Denna dimension inbegriper istället kunskap och kontrolltrygghet som innebär att förstå, förutse, hantera och kontrollera tillvaron samt att ha känslan av att inte vara utsatt för hot.

Trygghet kan ses både som ett fenomen och en upplevelse eftersom man i den faktiska verkligheten kan finna och skapa förutsättningar för trygghet, men själva tryggheten eller otryggheten, är en upplevelse av den enskilde individen. Segesten (1994) var dock varken först eller sist om att ge sin syn på saken.

Den amerikanske psykologen Maslow (1987) presenterade redan 1943 en förklaringsmodell inom psykologin om hur människor prioriterar sina behov. Förklaringsmodellen, eller teorin som Koltko-Rivera (2006) betraktar den vara, bygger på den primära idén om att människan har fem grundläggande behov, definierade i en successiv hierarki.

Först i hierarkin placerar Maslow (1987) de fysiologiska behoven som omfattar andning, mat, vatten, sex, sömn, homeostas och exkretion. När dessa är tillgodosedda sätts trygghetsbehoven i fokus (Segesten, 1994). Trygghetsbehoven innefattar en känsla av säkerhet, skydd, stabilitet, tillit och en befrielse från rädsla, ångest och kaos. De övriga behoven utgörs av gemenskap och tillgivenhet, uppskattning och självförverkligande (Maslow, 1987).

Behovet av trygghet är nära förknippat med familj, hälsa och egendom mycket beroende på att andra individer gör människan sårbar. För att behovet skall vara synligt och identifierbart krävs att människan hamnar i någon form av kris, exempelvis ett socialt eller psykologiskt kaos. Det är vid sjukdom och ohälsa patienten förlorar sin normala trygghet och på så sätt finner sig övergiven (Maslow, 1987). Varje händelse eller förändring som innebär en förlust av trygghet beskriver Segesten (1994) som en störning. Vad den faktiska störningen innebär är förknippat med den individuella upplevelsen. I en del fall kan exempelvis sjukdom ge trygghet genom befrielse från sociala krav och åtaganden. När kraven blir övermäktiga kan sjukdomen ge en möjlighet till flykt, till uppmärksamhet, omhändertagande och därmed ökad trygghet.

Människan har en yttersta drivkraft att överleva, vilket kräver adekvata reaktioner på signaler om fara. Känslan av trygghet och otrygghet kan ingå i ett sådant signalsystem. En förklaring till detta kan ligga inom psykoanalysens pleasure-principle. Enligt denna är människans fundamentala drivkraft att söka njutning och undvika smärta. Upplevelsen av trygghet är för många eftersträvansvärd, mycket central, och ses som ett mått på livskvalitet. Eftersom trygghet upplevs som en njutning riktas strävan i denna riktning (Segesten, 1994).

## **Trygghet i hälso- och sjukvården**

Som konstaterat är trygghet ett mångtydigt begrepp, vilket berör och i högsta grad är en angelägenhet likaväl för patienter som hälso- och sjukvårdspersonal. Inte minst med tanke på det i hälso- och sjukvården på senare år ökande antalet felbehandlingar (Rapala & Kerfoot, 2005).

Trygghet inom denna kontext har en tendens att associeras med patientsäkerhet. Viktigast för denna trygghet har visat sig vara en tränad, alert, pålitlig och lättmobiliserad hälso- och

sjukvårdspersonal, vilket ställer höga krav på hälso- och sjukvårdsorganisationen (Rapala & Kerfoot, 2005; Smeltzer, 2005). Flera författare (Blocks, 2005; Burström, Boman, Strandberg & Brulin, 2007; Morath & Leary, 2004; Rapala & Kerfoot, 2005; Smeltzer, 2005) är överens om att hälso- och sjukvårdsorganisationen inverkar på patienternas upplevelser av trygghet. I syfte att beskriva vad trygghet innebar för män med hjärtsvikt konstaterade Burström et al. (2007) att organisationsförändringar och nedskärningar inom hälso- och sjukvårdsorganisationen leder till en förlust av trygghet, och en rädsla för att hälso- och sjukvården i framtiden inte skall räcka till.

Varken patienter eller hälso- och sjukvårdspersonal upplever trygghet om den vård som ges baseras på personalens personliga åsikter och bristande organisation (Rapala & Kerfoot, 2005; Smeltzer, 2005). En studie av Kohn, Corrigan och Donaldson (2000) med titeln ”To err is human” pekar på att så många som 98,000 människor årligen dör på grund av medicinska komplikationer, enbart i USA. Majoriteten av dessa tillskrivs läkares och sjuksköterskors ansvarsområde (Cook, Hoas, Guttmanova & Joyner, 2004).

Lachman (2008), konstaterar att problemet till större delen kan relateras till en för hög arbetsbelastning. Samma studie pekar också på att en för hög arbetsbelastning i sin tur inverkar på sjuksköterskors kritiska tänkande, vilket ibland gör att de tar genvägar i hopp om att utföra sina arbetsuppgifter i tid. Rapala och Kerfoot (2005) diskuterar samma problem och fastställer att hälso- och sjukvårdsorganisationen, som den ser ut idag, bör ses över. Sjuksköterskorna måste göras delaktiga i patientsäkerhetsarbetet och ges en möjlighet att hålla sig uppdaterade om de senaste rönen. För att få patienterna att känna sig trygga är det viktigt att inom organisationen skapa ett klimat som bygger på tillit och engagemang (Morath & Leary, 2004).

Patienter riktar en rad förväntningar på hälso- och sjukvårdspersonal. De förväntar sig en adekvat medicinsk vård, en god omvårdnad på sjukhuset men även att personalen skall visa kunnskap, noggrannhet och samstämmighet i den vård som ges. Förväntningar som oftast uttrycks som direkta önskemål, men också indirekt, som uppskattning vad personalen är, gör och säger, eller som missnöje med deras insatser (Segesten, 1994). Trygghet utgör en viktig del i vårdrelationen och kan ses både som ett resultat och en förutsättning för denna. Att förmedla trygghet är ett sätt för hälso- och sjukvårdspersonal att påverka resultatet av vården då patienterna måste känna trygghet och tillit för att acceptera den vård och behandling som erbjuds. Trygghet ökar patienternas självförtroende och delaktighet, och medför att dessa lättare uppnår sina mål (Johns, 1996; Mok, 2004; Tarlier, 2004).

## **Distriktssköterskan**

I Sverige utvecklades distriktssköterskeyrket under tidigt 1900-tal. De var från början utbildade kvinnor, anställda inom epidemisjukvården, som kom att erbjudas utbildning (Lindström, 2007). En distriktssköterska idag är en legitimerad sjuksköterska med specialistutbildning som arbetar nära människor, på vårdcentraler, och barnvårdscentraler, inom skolhälsovården, kommunens hemsjukvård och med uppsökande verksamhet (Riksföreningen för distriktssköterskor, 2005). Distriktssköterskan skall besitta mod, inge trygghet, och ha adekvat självuppfattning och självkänsla. Personliga egenskaper av stor betydelse för att vården skall kunna ske med anpassning till individens och hälso- och sjukvårdens resurser och organisation (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

Distriktssköterskans breda kompetens gör det möjligt att se patientens behov i ett helhetsperspektiv. Det innebär att distriktssköterskan beaktar de psykosociala problem som

kan bli följden av sjukdom, funktionshinder och åldrande, något som är särskilt angeläget för svaga grupper som annars har svårt att göra sina röster hörda. Distriktssköterskan röner stort förtroende hos allmänheten genom kontinuerliga kontakter med patienterna och genom att skapa trygghet (Riksföreningen för distriktssköterskor, 2005).

Liksom en grundutbildad sjuksköterska omfattas distriktssköterskan av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), och ålägges därmed en skyldighet att bedriva sin verksamhet så att den uppfyller kraven på en god vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av kontinuitet, trygghet och säkerhet. Sjuksköterskor har en etisk och moralisk förpliktelse gentemot sina patienter, och är skyldiga att vidta åtgärder för att säkerställa deras trygghet samt förebygga och hantera medicinska komplikationer (Cook et al., 2004). Enligt 1 §, 2 kapitlet, lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område skall den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Distriktssköterskans arbete omfattar Internation Council of Nurses (ICN) (2006) fyra ansvarsområden: att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Distriktssköterskans uppdrag knyter även an till det som beskrivs i WHO: s folkhälsomål i Hälsa 21 – Hälsa för alla på 2000-talet (1998); att främja och skydda människors hälsa under hela livet, minska förekomsten av de vanligaste sjukdomarna och personskadorna samt att lindra det lidande de orsakar.

## **Trygghet och otrygghet i relation till hälsa och ohälsa**

WHO definierade 1948 hälsa som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, en definition som efterhand utvecklats (Medin & Alexanderson, 2000) till dagens: ”Ett tillstånd av fullständig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart frånvaro av sjukdom eller funktionshinder” (WHO, 2006, sid. 1). Den senare definitionen inkluderar psykiskt och socialt välbefinnande och innebär att hälsobegreppet omfattar mer än bara individens fysiska tillstånd. Människan är, enligt denna definition, inte bara en biologisk utan även en mental och social varelse (Medin & Alexandersson, 2000).

Utifrån dessa särdrag kan hälsa betraktas som ett tillstånd, en upplevelse, resurs eller en process. Hälsa som ett tillstånd finns implicit med i teorier som ser hälsa och sjukdom som motpoler på ett kontinuum, varpå hälsotillståndet kan förbättras eller försämrats. Hälsa som en upplevelse finns bland annat i den salutogena ansatsen och likställs med att uppleva välbefinnande eller en mening med livet. Hälsa betraktas som en resurs, bland andra, för att nå mål i livet, exempelvis välbefinnande. Hälsa som en process innebär att hälsa inte ses som ett statiskt tillstånd utan som något ständigt föränderligt och påverkbart (Medin & Alexanderson, 2000). Hälsa är en grundläggande rättighet för varje människa och ett villkor för välbefinnande och livskvalitet (WHO, 1998).

Termen ohälsa används allmänt ofta synonymt med sjukdom, och ibland som den subjektiva upplevelsen av att vara sjuk (Medin & Alexanderson, 2000). Att ha hälsa, att vara frisk, ökar känslan av trygghet, medan hot om sjukdom skapar en känsla av otrygghet (Burstrom et al., 2007; Segesten, 1994). Hot mot livet, och oron inför ett eventuellt plågsamt dödande, anses av Burstrom et al. (2007) bidra till otrygghet. Det är framför allt hoten och inte alltid de faktiska eller de kända förhållandena som skapar otrygghet (Segesten, 1994).

Att använda begreppen ohälsa och sjukdom synonymt är vanligt inom den biomedicinska inriktningen, en inriktning som till skillnad från den humanistiska ofta har sin utgångspunkt i sjukdom, inte i hälsa. Utifrån ett humanistiskt synsätt är sjukdom visserligen ett objektivt diagnostiserat tillstånd, men behöver inte vara detsamma som ohälsa eftersom en människa trots sin sjukdom kan uppleva hälsa. Hälsa betraktas inom den humanistiska inriktningen som något mer, eller som något annat än frånvaro av sjukdom (Medin & Alexanderson, 2000).

Utifrån Erikssons (1995) ontologiska hälsomodell är hälsan mångdimensionell och skiktad. Grundantagandet är att grundläggande olikheter i hälsobilden hos människor inte kan förklaras enbart genom olika former av hälsobeteenden eller mänskliga behov. Olikheterna, menar hon, står även att söka i mera djupgående motiv eller i personlig bevekelsegrund för hälsa.

Hälsa ses inom den ontologiska hälsomodellen som en rörelse i tre olika dimensioner: hälsa som ”görande”, som ”varande” och som ”vardande”. Människan befinner sig inte konstant på någon av nivåerna utan rör sig mellan dem. Hälsa som görande kännetecknas av ett tänkande i termer av att ”ha hälsa” och bedöms utgående ifrån yttre, ofta objektiva kriterier. Hälsa kopplas samman med vissa beteenden, exempelvis att leva hälsosamt och undvika det som kan skada hälsan (Eriksson, 1995, sid. 12-13).

Hälsa som varande innebär enligt Eriksson (1995) ett tillstånd av hälsa som kännetecknas av en strävan efter att få uppleva välbefinnande, en form av balans eller harmoni i det inre tillståndet. Att tillfredsställa upplevda behov är centralt. Människan strävar även efter en balans i relationer och olika livssituationer.

Hälsa som vardande utgår från antagandet att människan är ett ständigt vardande. Livsfrågor är centrala. Människan är inte främmande för lidande men har sin strävan inriktad på att försona sig med livets omständigheter. Vardande mot hälsa innebär att bli hel på en djupare integrationsnivå. En människa i vardande upplever frihet och livskraft (Eriksson, 1995), därmed också trygghet (Segesten, 1994).

## **Problemformulering**

Distriktssköterskans yrkesuppdrag medför många och långvariga kontakter med människor som drabbats av en rad varierande problem (Lindström, 2007). Problemen behöver inte alltid vara av medicinsk karaktär, men kan icke desto mindre upplevas som hotande och bidra till ohälsa. När detta händer ökar behovet av trygghet (Maslow, 1987; Segesten; 1994). I en sådan situation måste distriktssköterskan inte bara vårda patienten utan också förmedla en känsla av trygghet i en för patienten orolig situation (Segesten, 1994; Cook et al., 2004).

Flera studier beskriver trygghet utifrån dess olika skepnader. Lika många, om inte fler, beskriver trygghet i relation till hälsa och ohälsa. Däremot saknas studier som beskriver hur trygghet förmedlas av distriktssköterskor i en svensk kontext. Praktiskt verksamma distriktssköterskor behöver därför få trygghetsförmedling konkretiserad, något som inte är tidigare beforskat.

## **Syfte**

Syftet med denna kvalitativa studie var att undersöka hur distriktssköterskor förmedlar trygghet till sina patienter.



## **Metod**

### **Kvalitativ innehållsanalys**

Innehållsanalys är en empirisk vetenskaplig metod som används för att dra slutsatser om innehållet i exempelvis intervjuer, observationsprotokoll eller tidningsartiklar (Graneheim & Lundman, 2004; Krippendorff, 2004).

Metoden utvecklades i början av 1930-talet av Alfred Ray Lindesmith (Krippendorff, 2004). Numera finns två huvudinriktningar inom metoden: en kvantitativ gren, som främst används inom medieforskning, och en kvalitativ gren, som används inom vårdvetenskap (Graneheim & Lundman, 2004).

Innehållsanalys kan göras på olika abstraktionsnivåer. Antingen kan forskaren se till det manifesta innehållet, det vill säga det som direkt uttrycks i texten, eller analysera det latenta innehållet, vilket innebär att forskaren gör en tolkning (Graneheim & Lundman, 2004). Tillvägagångssättet kan se ut på flera olika sätt. Nedanstående beskrivning illustrerar Graneheim och Lundmans (2004, sid. 107-108) modell för genomförande av en kvalitativ innehållsanalys av intervjutexter.

- Hela texten (analysenheten) läses igenom upprepade gånger för att få en känsla för helheten.
- Meningar eller fraser som innehåller information som är relevant för frågeställningarna plockas ut. Dessa kallas meningsbärande enheter. Omgivande text måste dock tas med så att sammanhanget kvarstår.
- De meningsbärande enheterna kondenseras i syfte att korta ned texten men ändå behålla hela innehållet.
- De kondenserade meningsenheterna tolkas och kodas. Koderna jämförs och grupperas därefter i kategorier som återspeglar det centrala budskapet i intervjuerna. Dessa utgör det manifesta innehållet.
- Slutligen kan forskaren formulera teman, där det latenta innehållet i intervjuerna framgår.

Tillvägagångssättet i denna studie var just denna modell.

### **Intervjuer**

För att systematiskt och planmässigt samla in data valdes intervjuer som insamlingsmetod. Mitt val påverkades till stor del av denna studies syfte och valet av forskningsmetod, men även av mitt intresse för sådan forskningsmetodik. Patel och Davidson (2003) beskriver intervjuer som en metod för att samla information som bygger på frågor.

Intervjuer är oftast personliga i den meningen att intervjuaren träffar intervjupersonen, fortsättningsvis benämnd som respondent, och genomför intervjun (Patel & Davidson, 2003; Polit och Beck, 2004). I intervjuer byggs kunskap upp. Det rör sig om ett samspel, om ett utbyte av synpunkter mellan två personer som samtalar om ett ämne av gemensamt intresse (Kvale, 1997). Genom intervjuer söker intervjuaren undersöka variationer i den mänskliga upplevelsen av fenomen, och den upplevda världen (Kvale, 2006).

### **Halvstrukturerade intervjuer**

Polit och Beck (2004) hävdar att forskare ibland vill säkerställa att ett specifikt område täcks in i den kvalitativa intervjun. De vet vad de vill fråga, men kan inte förutsäga svaren och har

till skillnad från respondenterna en begränsad roll. För att täcka området formulerar forskaren i förväg skrivna frågor, varav namnet halvstrukturerade intervjuer. Intervjuarens funktion är att uppmuntra respondenten fritt med egna ord berätta om området av intresse. Insamlingsmetoden bidrar till att forskaren kommer att erhålla nödvändig information och erbjuder respondenterna frihet att med egna ord berätta, illustrera och förklara. I samband med förberedelsen av frågorna bör hänsyn tas till frågornas logiska sekvens och kronologiska ordning.

I hopp om att utveckla syftet formulerade jag i förväg sju intervjufrågor. Dessa sorterades efter logisk och kronologisk ordning, se bilaga IV. De frågor som användes beskriver Kvale (1997) vara inledande (fråga 1-3), direkta (fråga 4-6) och uppföljningsfrågor (fråga 7). Inledande frågor är de som ger spontana och rika beskrivningar av det respondenten upplever vara viktigast, medan direkta frågor är de intervjuaren introducerar ämnen med. Uppföljningsfrågor är frågor som ger respondenternas svar vidare innehåll. Totalt genomfördes sju halvstrukturerade intervjuer med lika många distriktssköterskor. Min ambition var i första hand att erhålla svar på mina frågor men även erbjuda respondenterna frihet att med egna ord berätta hur de förmedlar trygghet till sina patienter.

I de fall intervjun tappade driv användes sonderade frågor och tystnad för att föra intervjun framåt. Kvale (1997) hävdar att sonderade frågor och tystnad erbjuder respondenten rikligt med tid att associera och reflektera, för att sedan själv bryta tystnaden med betydelsefull information. Intervjuaren söker själv efter svaren, utan att ange vad som skall uppmärksammas. Personliga intervjuer är kostsamma; de kräver omfattande planering, intervjuträning och har en tendens att kräva ansevärd forskningstid. Metoden betraktas icke desto mindre vara väl beprövad för insamling av kvalitativ data. En ytterligare fördel är att relativt få personer avböjer personliga intervjuer (Polit & Beck, 2004).

## Urval

För att få ett så varierande urval som möjligt var min avsikt att intervjua åtta distriktssköterskor från fem olika vårdcentraler belägna inom centrala Göteborg. Inklusionskriterier var distriktssköterskor med minst fem års yrkeserfarenhet, på vårdcentral. Enligt Granskär och Höglund (2008) görs aldrig ett urval slumpmässigt utan strategiskt för att få fram så många olika uppfattningar som möjligt av det som studeras. Under studiens gång valde en distriktssköterska att avbryta sitt deltagande. Kvar blev sju distriktssköterskor vilka slutligen kom att bidra till denna studies resultat.

## Genomförande

För att genomföra studien tog jag telefonkontakt med utvalda vårdcentraler och dess vårdcentralerchefer. Vårdcentralercheferna informerades om studien, dess syfte och gällande urvalskriterier. Informationen följdes därefter upp med ett missivbrev.

Efter att informerats samtycke för intervjuernas genomförande erhållits kontaktades berörda distriktssköterskor via telefon och personliga besök. Samtliga erbjöds att delta. De som tackade ja informerades återigen muntligt, och skriftligt.

Missiv- och informationsbrevens syftade inte till att enbart informera om studien, dess syfte och gällande urvalskriterier. De syftade även till att ge de berörda en möjlighet att reflektera över och bekanta sig med intervjufrågorna, och var ett sätt att formellt söka informerats samtycke.

## Demografi

Gruppen av distriktssköterskor bestod av sju kvinnor i åldern 30-65 år. Alla verksamma inom primärvården i Göteborg, och med mer än fem års yrkeserfarenhet från områden som medicin, kirurgi, psykiatri, primär-, skol-, missbruks-, och företagshälsovård. Intervjuerna genomfördes under arbetstid på respektive arbetsplats. Kontexten bestod i samtliga fall av en vårdcentral med en stor patient- och personalomsättning. Vid närmare granskning stärktes detta intryck eftersom vårdcentralerna, här med fiktiva namn, ”Norr”, ”Söder”, ”Öster”, ”Väster” och ”Centrum”, visade sig ha upptagningsområden om cirka 10 – 45 000 invånare. Patientklientelet speglade vårdcentralernas geografiska placering, och uppvisade ett brett spektrum gällande ålder, etnicitet och hälsoproblem.

## Analys

För att sortera och analysera den stora mängd data intervjuerna genererade transkriberades samtliga i sin helhet. Detta beskrivs av Polit och Beck (2004) vara ett viktigt, förberedande, steg i analysprocessen. Transkriptioner kan variera i omfattning och detaljeringsgrad. De är emellertid alltid en bearbetning och selektion av det talade ordet, vilket innebär att forskaren redan i det momentet skapar någonting nytt (Kvale, 1997; Skott, 2004). Under arbetet med att transkribera intervjuerna utelämnade jag inslag som skratt, suckar, tankepausar, ”hmm”, ”mmm” eftersom jag ansåg dessa inte bidra ytterligare till de erhållna svaren.

Ett andra steg i analysprocessen är att metodologiskt organisera data genom klassificering och indexering (Graneheim & Lundman, 2004). Med vägledning av Graneheim och Lundmans (2004) modell delade jag in de transkriberade intervjuerna i meningsenheter. Relevanta meningsenheter kondenserades, tolkades och kodades. De olika koderna jämfördes, och delades därefter in i kategorier samlade under ett övergripande tema (tabell 1).

**Tabell 1.** Min praktiska tillämpning av Graneheim och Lundmans (2004) modell för kvalitativ innehållsanalys.

### **Meningsenhet**

Kan man göra det, bemöta folk när de kommer, att de får tid, inte är stressade, så upplever människor det som ett bra möte. Även om de inte får ett så bra värde när man tar ett blodtryck. De upplever ändå att de får ett bra möte. Man så att säga lyssnar och bemöter dem på ett bra sätt.

### **Kondenserad meningsenhet**

Ett bra bemötande lockar patienter till vårdcentralerna. Ett bra bemötande skapar goda möten under vilka patienterna slipper stress och blir lyssnade på.

### **Kondenserad meningsenhet, tolkning av underliggande mening**

Distriktssköterskans bemötande är avgörande för patienternas upplevelse av trygghet.

### **Kategori (Manifest innehåll)**

Bemötanden

### **Tema (Latent innehåll)**

Att förmedla trygghet

Denna analys resulterade i fem kategorier: (1) bemötanden; (2) kompetens; (3) patientdelaktighet; (4) samma vårdgivare; (5) personliga egenskaper, samt temat: att förmedla trygghet.

## **Validitet och trovärdighet**

Validitet innebär att författaren till en studie verkligen undersöker det som är avsett att undersökas. Uttryckt med andra ord, att syftet med undersökningen ligger till grund för studien (Patel & Davidson, 2003; Polit & Beck, 2004). Trovärdighet hänger samman med hur sann och värdefull data är som forskaren fått fram från informanterna. Trovärdigheten är inte det samma som det sanna men den mest trovärdiga förklaringen till olika företeelser (Leininger, 2002).

För att stärka denna studies validitet och trovärdighet lät jag syftet ligga till grund för insamling av information, analys och presentationen av resultatet. De transkriberade intervjuerna lästes med syftet som utgångspunkt, och med det slutgiltiga målet att erbjuda läsaren ett konkret och relevant resultat. För att ytterligare stärka denna studies validitet och trovärdighet strävade jag konsekvent efter att återge litteraturhänvisningar i löpande text. Då något ansågs vara särskilt väl formulerat användes sparsamma citat, ”så som man använder kryddor vid matlagning” (Nyberg, 2000, sid. 80).

## **Etiska överväganden**

Samhällets medlemmar har ett berättigat krav på skydd mot otillbörlig insyn till exempel i sina livsförhållanden, det vill säga individskyddskravet. Det grundläggande individskyddskravet kan konkretiseras i fyra allmänna krav på forskningen; informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 1990).

## **Informerat samtycke**

Informerat samtycke innebär att man informerar respondenterna om undersökningens generella syfte, hur denna är upplagd i stort, vilka villkor som gäller och om vilka risker och fördelar som kan vara förenade med deltagandet. Informerat samtycke innebär också att respondenterna deltar frivilligt i studien och har rätt att när som helst avbryta sin medverkan, så att det inte blir fråga om något otillbörligt inflytande eller tvång. Om en respondent vill avbryta sin medverkan till exempel mitt i en intervju står det honom/henne fritt att göra detta (Kvale, 1997; Nyberg, 2000; Vetenskapsrådet, 1990), se bilaga I-II. I de fall då undersökningen inte innefattar frågor av privat eller etiskt känslig natur, kan samtycke inhämtas via företrädare för uppgiftslämnare och undersökningsdeltagare (Vetenskapsrådet, 1990).

Att ge information om en undersökning betyder att balansera mellan detaljerad överinformation och utlämnande av aspekter som kan vara betydelsefulla för respondenterna. I informationen skall även ingå den ansvariges namn och institutionsanknytning för att underlätta kontakten med ansvarig forskare (Kvale, 1997; Vetenskapsrådet, 1990).

## **Konfidentialitet och nyttjande av uppgifter**

Konfidentialitetskravet är ett viktigt inslag vid redovisningen av intervjuer, och innebär att uppgifter om alla i en undersökning ingående personer skall ges största möjliga konfidentialitet (Kvale, 1997; Vetenskapsrådet, 1990). För att skydda respondenternas privatliv skall alla uppgifter om identifierbara personer antecknas, lagras och avrapporteras på ett sådant sätt att enskilda människor ej kan identifieras av utomstående. Detta innebär att det skall vara praktiskt omöjligt för utomstående att komma åt uppgifterna (Kvale, 1997; Nyberg, 2000; Vetenskapsrådet, 1990).

Det är viktigt att vara medveten om att även om personuppgifter publiceras utan att enskilda nämns vid namn, kan det, om data är tillräckligt detaljerade, vara möjligt för åtminstone vissa läsare att identifiera någon individ. Nyttjandekravet kan sammanfattas som att uppgifter om enskilda, insamlade för forskningsändamål, inte får användas eller utlånas för kommersiellt bruk eller andra icke-vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 1990).

För att uppfylla Vetenskapsrådets individskydds krav, dess fyra kriterier, och för att skriftligen garantera detta, vidtogs följande tre åtgärder; ett missivbrev skickades till berörda vårdcentraler (Bilaga I), informationsbrev skickades till berörda respondenter (Bilaga II-IV), uppgifter om identifierbara personer antecknades, lagrades och avrapporterades på ett sådant sätt att enskilda personer inte kunde identifieras av någon annan än författaren till denna studie (Bilaga V).

## **Resultat**

Resultatet är strukturerat utifrån syftet. Fem kategorier, samlade under ett övergripande tema, beskriver hur distriktssköterskor, genom en kombination av allmänna förhållningssätt och faktiska handlingar, förmedlar trygghet till sina patienter.

Allmänna förhållningssätt inbegriper termer som: ett gott bemötande, en önskan att hjälpa, visa respekt, visa förståelse, arbeta professionellt, vara ödmjuk, vara prestigelös, vara ärlig samt visa omsorg. Faktiska handlingar inbegriper termer som att: lyssna, visa intresse, informera, skapa kontinuitet samt uppmärksamma.

### **Att förmedla trygghet**

#### **Bemötanden**

Flertalet distriktssköterskor framhåller att ett gott bemötande är en nyckelfaktor i det dagliga arbetet med att förmedla trygghet. Utan detta, menar de, kan ingen relation etableras. Ett gott bemötande beskrivs vara när distriktssköterskan lyssnar in vad patienterna har att säga, att han/hon visar intresse och vill hjälpa. Samtliga, utom en, anser sig på detta sätt förmedla trygghet. En distriktssköterska med över 30 års yrkeserfarenhet hävdar att ett gott bemötande är den absolut viktigaste förutsättningen för att patienterna skall uppleva trygghet.

Kan man göra det, bemöta folk när de kommer, att de får tid, inte är stressade, så upplever människor det som ett bra möte. Även om de inte får ett så bra värde när man tar ett blodtryck. De upplever ändå att de får ett bra möte. Man så att säga lyssnar och bemöter dem på ett bra sätt. (I)

Att lyssna in vad patienterna har att säga innebär att även försöka se vad som döljer sig bakom de uttalade orden och symtomen dessa visar upp. På vårdcentralen "Centrum" anser sig en annan distriktssköterska förmedla trygghet genom att visa patienten att hennes intresse sträcker sig bortom de enbart medicinska och sjukvårdande arbetsuppgifterna.

Trygghet för patienten är ... att man ser till hela människan, att man inte bara kommer hit och tar blodtrycket rätt upp och ner. Utan man också pratar ... visar ett intresse, och frågar; är du ute och promenerar nu som vi pratade om, vilka mediciner tar du, tar du det som står här

eller har du ändrat på någonting? Och ja, du vet ... har du det stressigt omkring dig och så? (V)

Frågor av detta slag är enligt henne inte bara ett sätt för distriktssköterskan att visa intresse, utan också respekt och förståelse. En aspekt som hon menar är av särskild betydelse, inte minst i mångkulturella områden där respekt och förståelse ofta sammankopplas med heder. Det framhålls av en distriktssköterska som viktigt att inte ha förutfattade meningar utan istället förmedla den trygghet som krävs för att patienten skall kunna vara den han/hon är.

Det här med trygghet är så viktigt ... att man kan ... säga vad man vill och ... vara den man är. Att man blir accepterad och ... inte skrattad åt. Här är vi vana med att möta människor från olika kulturer. Men det är svårt, för när man kommer från vissa länder så har man en viss förhoppning och ... förväntar sig ett visst bemötande. (VI)

Svårigheten att förmedla trygghet till patienter från andra kulturer kan enligt en annan distriktssköterska dels bero på en stark tilltro till läkare, men också på att distriktssköterskeyrket i deras hemländer betyder något annat eller helt saknas.

En distriktssköterska på vårdcentralen "Väster" berättar hur en utländsk patient i ett par månader sökt för hudproblem, och hur hopplös situationen upplevdes. Skälet till detta var att hon inte kunde ge svar på alla av patientens frågor och att patienten av den orsaken ignorerade henne. Detta stärkte hennes motivation och önskan att hjälpa, något som föll väl ut.

Hon har gått hos mig i ett par månader, och själv sagt det ... även om det inte händer någonting så känner jag ändå den här tryggheten, du gör vad du kan, du verkligen försöker. (VII)

En distriktssköterska, menar hon, får aldrig ge upp. Den inställningen anser hon kännetecknar hennes bemötanden och hennes sätt att förmedla trygghet.

## **Kompetens**

Alla distriktssköterskor understryker på ett eller annat sätt kompetensens betydelse för patienternas upplevelse av trygghet. Vad kompetens är, hur den gestaltas och vilken effekt den har på patienternas upplevelse av trygghet råder det dock delade meningar om.

En distriktssköterska anser kompetens vara en kombination av kunskap, färdigheter och beteenden. En annan distriktssköterska uttrycker sig mer konkret och hävdar att kompetens är mandat att utföra behandlingar och rätt att förskriva läkemedel. Något hon vidare menar framträder i det praktiska arbetet, som för att förmedla trygghet måste ske professionellt.

Det där med att arbeta rent praktiskt betyder nog mycket för patienten. Att de ser att man kan, att man arbetar. Att man, hur ska jag säga, inte petar i sår, arbetar ... med sina händer. Förstår du vad jag menar? Inte hårdhänt, att man gör det på ett sätt som förmedlar trygghet. (I)

De gånger kompetensen brister är svårigheten att förmedla trygghet påtaglig eftersom distriktssköterskan uppfattas som oprofessionell och osäker. Tecken på verklig kompetens och sann professionalitet, menar en distriktssköterska, är att erkänna sina brister och att konsultera andra.

Ja, man ska inte säga något man inte kan. Då tycker jag så här; så här är det, det får vi prata med en doktor om, för det ... ingår inte i min utbildning, som patienterna ibland tror. Vi får ha en läkare som tar hand om detta. (II)

En annan distriktssköterska sammankopplar kompetens med kollegialt samspel. Hon menar att patienterna snabbt känner av om det är något personalen emellan som inte stämmer och reagerar negativt på det. Hon berättar hur hon i ett fall tvingats göra avkall på sina åsikter för att inte stöta sig med kollegorna, och därmed oroa eller störa patienten. Själv så resonerar hon.

Vad är viktigast? Att jag får min vilja igenom? Det är det ju inte, utan det viktigaste är att patienten känner sig trygg. (VI)

Det handlar om att kunna ta ett steg tillbaka och låta en annan kollega ta över. Detta menar hon är kompetens, att vara prestigelös och att inte vara överlägsen, att kunna ta hjälp av andra i situationer där man själv misslyckats.

### **Patientdelaktighet**

Ytterligare en uppfattning är att trygghet förmedlas genom ökad patientdelaktighet. Patientdelaktighet beskrivs som att distriktssköterskan informerar patienterna och försöker att involvera dessa i vården och behandlingen, därmed tros deras känsla av delaktighet öka.

... det är viktigt att du får med patienterna; hur tror du själv att du kan göra? Jag kan inte börja med att säga att du ska göra så, så, så, så ... utan jag måste få med patienten ... Hur tror du själv, hur vill du börja, kan du börja så här eller ska vi ta det i en annan takt? (IV)

Konkret innebär detta att patienterna ges kontroll över vissa aspekter i vården och behandlingen, och valmöjligheter när det gäller andra. Istället för att ge klara direktiv och bestämma själv erbjuder distriktssköterskan den information som krävs för att patienterna själva skall ta ställning till hur de vill gå vidare. På detta sätt, menar hon, förvandlas distriktssköterskan till en assistent i patienternas jakt på självständighet och tillfrisknande.

Enligt samma distriktssköterska är det viktigt att försöka öka patienternas kunskap om vad som händer i situationen och vad som kommer att hända längre fram. Om inte patienterna vet vad som skall hända finns risken att det uppstår en känsla av osäkerhet och otrygghet. Därför är det viktigt att hela tiden tala om vad som görs, och vad som komma skall. Hennes uppfattning är att en välinformerad patient känner sig trygg.

Vad gör jag nu och vad händer nu? Det är viktigt att du ger klar information: nu har jag gjort det här och vi går vidare med detta, vi tar blodprover, vi kallar dig på återbesök om så och så många veckor och under tiden har jag fått de svaren och så vidare. (IV)

Omständigheter kan ibland göra att patienterna på en gång inte kan ta till sig all given information. Informationen måste då anpassas till patienternas nivå så att de kan förstå den. Exempelvis framhålls det att information i början bör ges kortfattat för att i ett senare skede följas upp, med andra ord delas upp och upprepas.

... upprepa information ... eller skriv ned, för det är många gamla som ibland inte lyssnar, de har inte tid att lyssna. De har så mycket i huvudet de vill säga. Då kan det vara bra att man är tydlig och ger klar information, men inte för mycket information. (IV)

Att informera rätt och i tid ökar enligt distriktssköterskan chansen för att den fortsatta vårdrelationen skall bli bra och trygg eftersom patienterna tar med sig det som sedan tidigare upplevts positivt.

### **Samma vårdgivare**

Flera distriktssköterskor hävdar att de inte kan förbereda sig individuellt på vad som skall hända, eller vilka patienter de kan komma att möta under dagen. Denna ovisshet skapar krav på flexibilitet och en öppenhet inför olika patienter. I syfte att möta ovissheten och förmedla trygghet till sina patienter berättar distriktssköterskorna hur de med tiden lärt sig att göra det genom gemensamma insatser. Detta sker på flera sätt. Ett av de vanligaste är genom kontinuitet i kontakten med patienterna.

En distriktssköterska berättar hur hon och hennes kollegor kontinuerligt strävar efter att låta patienterna träffa hälso- och sjukvårdspersonal de sedan tidigare är bekanta med.

Vi får göra vårt bästa. Kommer patienterna ofta så försöker vi ha samma distriktssköterska. Vi lägger remisser från läkare till den distriktssköterska som har träffat patienten mest. Så att de känner den de kommer till. (I)

Det, menar hon, inger trygghet eftersom patienterna vid en redan etablerad relation vågar ta upp annars känsliga ämnen, såsom drog- och alkoholmissbruk.

Är man rak och har skapat kontakten går det ofta bra att prata om allting ... missbruk, alkohol ... (I)

Den bekantskap som stiftades tidigare tros inte enbart gagna patienterna, utan även vårdproduktionen eftersom distriktssköterskans arbete effektiviseras. Han/hon slipper varje gång etablera en relation utan kan omedelbart gå in på det väsentliga. Detta leder till att tid kan användas på exempelvis patienter med mer omfattande behov.

En annan distriktssköterska berättar hur de på hennes vårdcentral försöker göra sig så tillgängliga som möjligt, så att patienterna skall ha en möjlighet att nå, antingen henne eller hennes kollegor. Vetskapen om detta, menar hon, leder till att patienterna upplever sig vara tryggare och mer självständiga.

Det där att man utlovar att de alltid kan nå en ... under vår arbetstid. Jag upplever inte att det överutnyttjas, absolut inte, utan tvärt om. Just de här patienterna som man har sagt så här till, de ringer mindre än andra patienter, de ringer när det verkligen är någonting och då får de sin hjälp. (VI)

En distriktssköterska hävdar att olika emotionella tillstånd kräver olika mycket uppmärksamhet, oro kräver exempelvis mer än glädje. Enligt henne är det viktigt att avsätta den tid som krävs för att inge trygghet. På hennes vårdcentral försöker man göra detta. I de



fall patienterna får för lite tid och uppmärksamhet, menar hon, har de märkt att dessa blir otrygga och ängsliga. I de fall en längre besökstid inte räcker har man på vårdcentralen en informell policy om att, hos ordinarie distriktssköterska, erbjuda tätare besökstider.

### **Personliga egenskaper**

Tre distriktssköterskor hävdar att de förmedlar trygghet genom personliga egenskaper. Dessa konkretiseras som att vara ärlig och visa omsorg. Att vara ärlig, menar en distriktssköterska, är att tala sanning och inte ljuga. På frågan om vad exakt hon menar svarar hon att hon för att förmedla trygghet måste vara öppen. Hon bör inte spela säker när hon i själva verket är osäker.

Kan du inte svara patienten någonting om frågan de ställer säger man; detta kan inte jag. Om du vill kan jag ta reda på det åt dig. Men jag kan inte svara dig på detta. Istället för att sväva och verka vara duktig.

(I)

Att vara ärlig, menar en annan distriktssköterska, innebär att patienterna inte skall känna sig lurade. Ett uttalande, menar hon vidare, kan vara sant men oärligt om avsikten är att vilseleda patienten. Detta försöker hon undvika. Hon säger samtidigt att det är motiverat att inte vara överdrivet ärlig och öppen i situationer sanningen inte tjänar sitt syfte utan istället riskerar orsaka lidande. Den andra personliga egenskapen, att vara omsorgsfull, innefattar enligt distriktssköterskorna ömhet och vänlighet. En distriktssköterska beskriver det som förmågan att röra vid och hålla om patienterna eller hålla dem i handen.

En distriktssköterska menar att det är viktigt att erkänna patienternas behov av trygghet och tillåta dem att yttra vad de känner. Omsorg ges för att patienterna skall kunna fungera i vardagen. Den inbegriper en medmänsklighet och en vilja att ta till vara varje patients möjligheter. Detta, menar hon, ställer höga krav på den som arbetar eftersom hälso- och sjukvården är så inställd på förbättringar och resultat, men det innebär också en möjlighet till personlig mognad och utveckling.

Bekräftelse på att patienter upplever trygghet menar en annan distriktssköterska är den tillit dem visar. På frågan om varför hon tror det svarar hon följande.

... vid två tillfällen ... efter jul, så har det kommit hit patienter som inte skulle ha kommit hit. Som har kommit till mig för att de har tyckt att ska ta ett blodtryck ... ungefär ... och jag tycker att de varit mogna för akutmottagningen. (V)

Hennes personliga egenskaper, menar hon vidare, att vara ärlig och omsorgsfull, hade gjort att patienterna valt ut henne som sin primära vårdgivare. Även om det fanns mer lämpliga alternativ. I sådana fall, avslutar hon med, går den uppenbart upplevda tryggheten inte henne obemärkt förbi.

## **Sammanfattande diskussion**

### **Metoddiskussion**

Enligt Nyberg (2000) skall undersökningens metoder och material väljas utifrån valda problem och områden som forskaren avser att besvara. Det vill säga syftet avgör val av forskningsmetod. Metodvalet stod mellan kvalitativ innehållsanalys, grounded theory samt

narrativ metod. Inledningsvis var detta mycket förvirrande. Efter att ha fördjupat mig i de olika metoderna samt diskuterat dem med handledare valde jag kvalitativ innehållsanalys som metod enligt Graneheim och Lundmans (2004) modell. Dels på grund av att den bäst motsvarade mitt syfte, men också eftersom kvalitativ innehållsanalys används för att dra slutsatser om det centrala, manifesta/latenta, innehållet i intervjuer (Patel & Davidson, 2003; Graneheim & Lundman, 2004; Krippendorff, 2004; Polit & Beck, 2004).

Visserligen kunde liknande slutsatser dras även med grounded theory som metod. Grounded theory syftar emellertid till att generera teorier grundade i data (Glaser & Strauss, 1967), något som inte var min avsikt.

Som konstaterat kan data inom kvalitativa studier insamlas med hjälp av en rad olika insamlingsmetoder (Nyberg, 2000; Patel & Davidson, 2003). Valet här stod mellan frågeformulär och halvstrukturerade intervjuer. Enligt Polit och Beck (2004) når man med frågeformulär oftast en större grupp respondenter än vad man gör med intervjuer. Eftersom jag hade som mål att nå en mindre grupp respondenter, och ta reda på hur dessa förmedlar trygghet till sina patienter, valde jag den senare insamlingsmetoden.

Enligt Polit och Beck (2004) kan halvstrukturerade intervjuer ibland uppfattas vara vanliga konversationer, när de i själva verket krävt omfattande planering och eftertanke. Strax efter insamlingsmetod valts ut inleddes ett intensivt arbete med att formulera relevanta intervjufrågor, med hjälp av vilka jag hoppades få svar på mitt syfte. Förutom att täcka området av intresse var min avsikt att förse läsaren med en bild av respondenternas omgivande kontext. Frågorna formulerades på ett sätt som uppmuntrade respondenterna fritt med egna ord berätta, illustrera och förklara. Ett i början återkommande problem var att intervjuerna stagnerade och tappade driv, något som så småningom upphörde att ske. En möjlig förklaring kan vara att jag upplevde intervjusituationen som lättare allteftersom fler intervjuer genomfördes. Min erfarenhet av detta är att det är viktigt att genomföra provintervjuer, för att skapa erfarenhet och självförtroende hos forskaren samt öka kvaliteten på intervjuerna (Kvale, 1997).

Enligt Granskär och Höglund (2008) är det forskningsproblemet som styr valet av respondenter. Mitt val var strategiskt och grundade sig på min förhoppning om att få fram ett så representativt och varierat urval som möjligt. Jag hade inga problem med att hitta respondenter som uppfyllde urvalskriterierna. Stor variation uppnåddes gällande respondenternas ålder och yrkeserfarenhet. Kön fördelningen blev dock enbart ensidig, mycket beroende på att distriktssköterskeyrket än idag är kvinnodominerat (Lindström, 2007). Respondenterna valdes från olika stadsdelar och därmed också från olika upptagningsområden. Trots detta visade sig deras upplevelser vara i stort sett lika. Det hade varit intressant att se om upplevelserna skiljt sig åt om både storstadsområdets och glesbygdens distriktssköterskor intervjuats, och manliga distriktssköterskor inkluderats i studien.

I en empirisk intervjustudie krävs det att antalet intervjuer är tillräckligt många för att kategorierna skall vara uttömmande, och utesluta varandra (Graneheim & Lundman, 2003; Granskär & Höglund, 2008; Krippendorff, 2004; Kvale, 1997). Min avsikt till en början var att intervjua åtta distriktssköterskor eftersom jag bedömde det som rimligt för att kunna nå detta mål, och därmed dra en slutsats om hur de förmedlar trygghet. En respondent valde dock att hoppa av. Bedömningen som då gjordes var att de övriga intervjuerna hade så pass god kvalitet att fler inte behövde göras. Fler intervjuer kunde visserligen ha gett en större variation

i svaren men med ett större material minskar möjligheterna att skapa djup. Fokus i analysen kan då snarare bli bredd (Larson, 1986).

Intervjuerna varade i genomsnitt 40 minuter, det vill säga något längre än vad Granskär och Höglund (2008) beskriver vara vanligt men lite kortare än vad jag från början planerade. Trots att inte fler än sju intervjuer genomfördes anser jag en mättnad i materialet uppnåtts, mycket tack vare intervjuernas kvalitet men också på grund av deras längd.

Varje intervju transkriberades. För att minska risken för feltolkningar av det som sades sköttes detta av författaren. Det var en tidskrävande uppgift, dels på grund av intervjuernas längd men också på grund av min ovana att transkribera. Det faktum att vissa inslag utelämnades och att transkriptionen gavs en skriftspråksgrammatisk struktur har förmodligen gjort att en del tappats i tolkningen av det sagda. Känslouttryck, upprepningar, pauser och så vidare saknar inte betydelse utan kan påverka innehållet (Skott, 2004). Enligt Linell (1994) är dock sådana transkriptioner inriktade på att återge det huvudsakliga innehållet i det sagda, något jag anser har gjorts.

Analysen krävde mycket tid, engagemang och framstod emellanåt som en övermäktig uppgift. Jag är själv sjuksköterska med min del av upplevelser från hälso- och sjukvård, något som kan ha haft betydelse för analysens utgång. För att minska risken för detta har min fokus hela tiden varit på det transkriberade materialet och inte på någonting annat.

Processen inom kvalitativ forskning innebär att perceptuellt lägga ihop bitar till en helhet. Ur denna process skapas mening (Burns & Grove, 2001). Faktorer som inverkar är författarens intuition, subjektivitet och tolkning (Munhall & Oiler, 1986; Polit & Beck, 2004). I dessa avseenden är det därför lockande att diskutera om kvalitativa studier och deras resultat går att reproducera och tillämpa i någon större utsträckning. Det är också lockande att diskutera om mitt resultat hade blivit ett annat om jag låtit mig inspireras av en annan metod, då dessa grundar sig i åtskilda filosofiska orienteringar vilka på sitt sätt inverkar på processen (Burns & Grove, 2001).

## **Resultatdiskussion**

Syftet med föreliggande studie var att undersöka hur distriktssköterskor förmedlar trygghet till sina patienter.

Resultatet tyder på att förmedling av trygghet utgör en väsentlig del av distriktssköterskans arbete, och är något som fordrar ett gott bemötande, kompetens, patientdelaktighet, struktur och samverkan samt en rad personliga egenskaper. Distriktssköterskorna i denna studie har, till skillnad från mig och mina medstudenter, inga problem med att ge exempel på konkreta handlingar som kan tänkas leda till trygghet. Nära ett trettiotal uttrycks. Flera upplever emellertid svårigheter med att omsätta dessa till handling.

En förklaring till detta kan vara att trygghet ofta behandlas med ett slags underförstådd, självklar betydelse, och att orden därmed blir ”till intet förpliktigande” (Segesten, 1994, sid. 2). En annan förklaring kan enligt mig vara att distriktssköterskor arbetar under sådan tidspress att de inte hinner reflektera över sina handlingar och hur de inverkar på patienterna.

Kännetecknade för resultatet är att distriktssköterskorna förmedlar trygghet genom en kombination av allmänna förhållningssätt och faktiska handlingar. Ingenstans framgår att ett förhållningssätt eller en handling i sin ensamhet kan få patienterna att uppleva trygghet. Min

tolkning är därför att det oftast krävs en kombination av dessa två ansatser. En distriktssköterska förmår rimligtvis inte förmedla trygghet om han/hon arbetar professionellt, men inte informerar patienten om vad som händer i situationen.

Resultatet kan i sin helhet framstå som självklart eftersom det faller inom ramen för en god omvårdnad (Fosbinder, 1994). Det bör emellertid med fördel kunna läsas och finnas intressant av alla som dagligen möter patienter i sitt arbete. Att kunna förmedla trygghet är både en förutsättning och ett resultat av en god vårdrelation (Johns, 1996; Mok, 2004; Tarlier, 2004). I förhållande till tidigare forskning är likheterna alltså flera, däremot framkommer delvis nya aspekter specifika för distriktssköterskornas yrkesutövning. I diskussionen som följer fokuserar jag på dessa.

När distriktssköterskor möter sina patienter får de möjlighet till en unik inblick i dennes situation. Detta ger goda förutsättningar till en förståelse för deras villkor, något som i sin tur kan medföra att distriktssköterskor lättare kan skapa relationer och förmedla trygghet. En fara är dock att patienterna inom kontexten, det vill säga vårdcentralen, riskerar att hamna längst ned i den hierarkiska ordningen (Album, 1996) eftersom distriktssköterskor, till skillnad från patienter, befinner sig i en för dem välkänd miljö (Friberg, 2003, sid. 34). Denna ställning kan enligt Segesten (1994) göra att de förlorar sin identitet, sin självkänsla, sitt egenvärde och sitt inflytande över den egna situationen.

Därför är det, som föreliggande resultat tyder på, viktigt att göra patienterna delaktiga i den egna vården och behandlingen. Liknande forskningsresultat presenteras av Segesten (1994) samt Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007).

En ytterligare aspekt, specifik för distriktssköterskors yrkesutövning, är att de genom att koordinera insatser förmedlar trygghet. Detta tydliggörs i kategorin samma vårdgivare där flertalet distriktssköterskor ger exempel på hur de på vårdcentralen försöker skapa kontinuitet i kontakten med patienterna, något de menar förmedlar trygghet. Insatserna koordineras så att patienterna får träffa hälso- och sjukvårdspersonal de sedan tidigare är bekanta med.

Kontinuitet i sig omfattar flera olika aspekter beroende på omgivning (Anderson & Helms, 2000; Naithani, Gulliford & Morgan, 2006). Inom primärvård ligger betoningen på den pågående relationen mellan patient samt hälso- och sjukvårdspersonal (Naithani, Gulliford & Morgan, 2006). Medan betoningen inom övriga verksamheter vanligtvis ligger på koordination, det vill säga att hälso- och sjukvård planeras, utformas och styrs utifrån tillgängliga resurser (Anderson & Helms, 2000). Specifikt i detta avseende är att denna form av koordination, på distriktssköterskors initiativ, numera förekommer även inom primärvård.

Distriktssköterskor möter dagligen patienter som riskerar eller redan har förlorat sin hälsa och därmed sin trygghet. De är oftast den första kontakten patienterna får med primärvården. Enligt mig måste därför distriktssköterskor redan från första stund när de möter patienten, aktivt börja fundera på hur de skall främja hälsa och förmedla trygghet.

Ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är Erikssons (1995) ontologiska hälsomodell här relevant i den bemärkelsen att den kan fungera som en underlättare i distriktssköterskors ansträngningar att förmedla trygghet. Genom att vara medvetna om hälsans olika dimensioner kan distriktssköterskor skapa sig bättre handlingsberedskap, det vill säga i sina möjligheter att bevara och främja patienternas hälsa. Den hälsa tidigare forskning (Burström et al., 2007;

Segesten, 1994) visat vara avgörande för människans upplevelse av trygghet, men också för hennes välbefinnande och livskvalitet (WHO, 1998).

## **Konklusion**

Distriktssköterskor förmedlar trygghet genom en kombination av allmänna förhållningssätt och faktiska handlingar. Förutsättningar att lyckas hänger samman med varje distriktssköterskas individuella förmåga att ge ett gott bemötande, hans/hennes kompetens samt förmåga att delaktiggöra patienten i vården och behandlingen. Andra, inte lika uttalade, förutsättningar att lyckas hör ihop med distriktssköterskans förmåga att skapa kontinuitet i kontakten med patienterna samt hans/hennes personliga egenskaper.

Denna studie har utvecklat innebörden i begreppet trygghet, och beskrivit hur distriktssköterskor förmedlar trygghet till sina patienter. Min slutgiltiga förhoppning är att det presenterade resultatet skall ge oss en fastare grund för vårt handlande, även om denna ännu är långt ifrån tillräcklig.

## **Förslag till fortsatt forskning**

Fortsatt forskning kring trygghet i hälso- och sjukvården, samt hur den förmedlas av distriktssköterskor, är angelägen. Förslagsvis bör denna bedrivas så att den täcker en större urvalsgrupp samt de områden denna studie missade, det vill säga att både storstadsområdets och glesbygdens distriktssköterskor intervjuas. Även manliga distriktssköterskor bör inkluderas eftersom ett urval enbart bestående av kvinnor säkerligen skulle begränsa en sådan studies generalisering. Parallellt bör forskning bedrivas utifrån andra infallsvinklar och med andra metodiska ansatser. Begreppets innebörd för patienter bör återigen kartläggas och bli föremål för framtida jämförelser.

## Litteratur

- Album, D. (1996). *Patientkultur på sjukhus*. Lund: Studentlitteratur.
- Anderson, M. A. & Helms, L. B. (2000). Talking about Patients: Communication and Continuity of Care. *Journal of Cardiovascular Nursing* 22, (2), 15-28.
- Blocks, M. (2005). Practical solutions for safe patient handling. *Nursing2005*, 35 (10), 44-45.
- Burström, M., Boman, K., Strandberg, G. & Brulin, C. (2007). Manliga patienter med hjärtsvikt och deras erfarenhet av att vara trygga och otrygga. *Vård i Norden*, 27 (3), 24-28.
- Cook, A. F., Hoas, H., Guttmanova, K. & Joyner, J. C. (2004). An error by any other name. *American Journal of Nursing*, 104 (6), 32-44.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige. (2008). *Kompetensbeskrivning – Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen – Distriktssköterska* [Online]. Tillgänglig 17 februari 2009:  
<http://www.distriktsskoterska.com/dokument.php?cat=1&id=1>
- Eriksson, K. (Red.). (1995). *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner*. Slutrapport. Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo akademi.
- Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing*, 20 (6), 1085-1093.
- Friberg, F. (2003). Pedagogiska traditioner av betydelse för patientundervisning. Ingår i Pilhammar Andersson, E. (Red.). *Pedagogik inom vård och omsorg*, (ss. 27-56). Lund: Studentlitteratur.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory*. Chicago: Aldine.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24 (2), 105-112.
- Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (2008). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Hälso- och sjukvårdslag. 1982:763. Stockholm: Socialstyrelsen.
- ICN. (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva: Imprimerie Fornara.
- Johns, J. (1996). A concept analysis of trust. *Journal of Advanced Nursing*, 24 (1), 76-83.
- Kohn, K. T., Corrigan, J. M. & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.

- Koltko-Rivera, M. E. (2006). Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of Needs: Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research, and Unification. *Review of General Psychology*, 10 (4), 302-317.
- Krippendorff, K. (2004). *Content analysis: an introduction to its methodology*. California: Sage.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (2006). Dominance Through Interviews and Dialogues. *Qualitative Inquiry*, 12 (3), 480-500.
- Lachman, V. D. (2008). Patient Safety: The Ethical Imperative. *Dermatology Nursing*, 20 (2), 134-136.
- Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. 1998:531. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Sjöström, B., Lindencrona, C. S. C. & Plos, K. A. E. (2007). Patient participation in nursing care from patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21 (3), 313-320.
- Larsson, S. (1986). *Kvalitativ analys – exemplet fenomenografi*. Lund: Studentlitteratur.
- Leininger, M. M. (2002). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practice*. New York: McGraw-Hill Professional Publishing.
- Lindström, A-C. (2007). *Något som inte längre är – Distriktssköterskors yrkesutövning på vårdcentral ur ett genusperspektiv* (Diss.). Göteborg: Göteborgs universitet.
- Linell, P. (1994). *Transkription av tal och samtal: teori och praktik*. Arbetsrapporter från Tema K 9: Linköpings universitet.
- Maslow, A. (1987). *Motivation and personality* (3 Uppl.). New York: Harper & Row, Publishers.
- Medin, J. & Alexanderson, K. (2000). *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Lund: Studentlitteratur.
- Mok, E. (2004). Nurse-patient relationship in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48 (5), 475-483.
- Morath, J. & Leary, M. (2004). Creating Safe Spaces in Organizations to Talk About Safety. *Nursing Economic\$,* 22 (6), 344-354.
- Munhall, P. L. & Oiler, C. J. (1986). *Nursing research: A qualitative perspective*. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
- Naithani, S., Gulliford, M. & Morgan, M. (2006). Patients' perceptions and experiences of 'continuity of care' in diabetes. *Health Expectations*, 9 (2), 118-129.

- Nationalencyklopedin. Tillgänglig 26 december 2008:  
<http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/artikel/O369286>
- Nationalencyklopedin. Tillgänglig 26 december 2008:  
<http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/artikel/O369294>
- Nationalencyklopedin. Tillgänglig 28 december 2008:  
<http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/sok/trygghet?type=DICT>
- Norstedts engelska ord. Tillgänglig 28 december 2008:  
<http://www.norstedtsord.se/oversattning/engelska/?s=trygghet&l=SVEENG>
- Nyberg, R. (2000). *Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet*. Lund: Studentlitteratur.
- Patel, R. & Davidson, B. (2003). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning* (3 Uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D. F. & Tatano Beck, C. (2004). *Nursing Research: Principles and Methods* (7 Uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Rapala, K. & Kerfoot, K. M. (2005). Patient Safety. From Metaphor to Model: The Clarian Safe Passage Program. *Nursing Economic\$,* 23 (4), 201-203, 200.
- Riksföreningen för distriktssköterskor. (2005). *Distriktssköterskan – En nyckelperson i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Bromma Tryck.
- Segesten, K. (1994). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Göteborg: K & K Segesten Förlag AB.
- Skott, C. (Red.). (2004). *Berättelsernas praktik och teori*. Lund: Studentlitteratur.
- Smeltzer, S. C. (2005). Is that information safe for patient care? *Nursing2005*, 35 (1), 54-55.
- Tarlier, D. (2004). Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5 (3), 230-241.
- Vetenskapsrådet (1990). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Mölnlycke: Elanders Gotab AB.
- Walter, G. (2008). *Bonniers synonymordbok*. Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- WHO. (1998). *Hälsa 21 – hälsa för alla på 2000-talet – En introduktion* (1 Uppl.). Kalmar: Lenanders tryckeri.
- WHO. (2006). *Constitution of the World Health Organization* (45 Uppl.). New York: World Health Organization.



**Till berörd vårdcentralschef**

Mitt namn är Mesud Avdagić och jag är student vid Högskolan Väst där jag för närvarande utbildar mig till distriktssköterska. Under hösten kommer jag att skriva ett examensarbete på magisternivå med syftet att undersöka hur distriktssköterskor förmedlar trygghet till sina patienter. Min handledare under tiden är universitetslektor och fil.dr Eric Carlström.

Ett av huvudkraven på den svenska och globala sjukvården är att den ska tillgodose patienternas behov av trygghet i vård och behandling. Viktigt för mig är att ta reda på hur detta görs.

Detta brev sänder jag till dig främst i förhoppning om att få svar på min frågeställning, men även för att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling.

Med din hjälp hoppas jag kunna intervjua distriktssköterskor som har minst fem års yrkeserfarenhet och arbetar på en vårdcentral. Intervjuerna kommer att spelas in på diktafon och beräknas ta ca en timma vardera. Erhållen information behandlas konfidentiellt, deltagande är frivilligt och när som helst, utan skäl, möjligt att avbryta.

Med vänlig hälsning  
Mesud Avdagić

E-mail: mesud.avdagic@student.hv.se  
Mobil: 0737-18 22 04

**Student**  
Mesud Avdagić

-----

**Handledare**  
Universitetslektor, fil.dr Eric Carlström

-----

### Informationsbrev till berörda respondenter

Mitt namn är Mesud Avdagić och jag är student vid Högskolan Väst där jag för närvarande utbildar mig till distriktssköterska. Under hösten kommer jag att skriva ett examensarbete på magisternivå med syftet att undersöka hur distriktssköterskor förmedlar trygghet till sina patienter. Min handledare under tiden är universitetslektor och fil.dr Eric Carlström.

Ett av huvudkraven på den svenska och globala sjukvården är att den ska tillgodose patienternas behov av trygghet i vård och behandling. Viktigt för mig är att ta reda på hur detta görs.

Detta brev sänder jag till dig främst i förhoppning om att genom en intervju få svar på min frågeställning, men även för att bidra till hälso- och sjukvårdens utveckling. Examensarbetet kommer vid sitt slut att grunda sig på totalt åtta intervjuer med lika många distriktssköterskor. Ta chansen och var en av dem!

Du som deltar är distriktssköterska, har minst fem års yrkeserfarenhet och arbetar på en vårdcentral. Intervjun kommer att spelas in på diktafon och beräknas ta ca en timma. Erhållen information behandlas konfidentiellt, deltagande är frivilligt och när som helst, utan skäl, möjligt att avbryta.

Med vänlig hälsning  
Mesud Avdagić

E-mail: mesud.avdagic@student.hv.se  
Mobil: 0737-18 22 04

**Student**  
Mesud Avdagić

-----

**Handledare**  
Universitetslektor, fil.dr Eric Carlström

-----

**Intervjuguide**

**Examensarbetets syfte**

Att undersöka hur distriktssköterskor förmedlar trygghet till sina patienter.

**Intervjuform**

Halvstrukturerad intervju.

**Inledning**

- Presentation
- Intervjuns syfte
- Uppläggning
- Tid
- Etiska aspekter
- Användning av resultat
- Återkoppling

**Bakgrund**

- Yrke
- Utbildning
- Yrkeserfarenhet

**Student**

Mesud Avdagić

-----

**Handledare**

Universitetslektor, fil.dr Eric Carlström

-----

**Intervjufrågor**

- 1 Kan du kortfattat berätta om din yrkesbakgrund?
- 2 Hur länge har du arbetat på denna arbetsplats?
- 3 Kan du berätta om denna vårdcentral?
  
- 4 Kan du berätta om en situation då du upplevde att du förmedlade trygghet till en patient?
- 5 Kan du berätta om en situation då du upplevde att du inte förmedlade trygghet till en patient?
- 6 Vad tror du orsaken/orsakerna var till detta?
  
- 7 Med examensarbetets syfte i åtanke, är det något mer du tycker jag borde veta?

**Student**  
Mesud Avdagić

-----

**Handledare**  
Universitetslektor, fil.dr Eric Carlström

-----

## Bilaga V

Redovisning av respondenter, vårdcentraler, intervjulängd och antal sidor de transkriberade intervjuerna genererade.

<b>Respondent</b>	<b>Vårdcentral</b>	<b>Intervjulängd</b>	<b>Transkriberade sidor</b>
(I)	”Norr”	~ 45 min	~ 10 sidor
(II)	”Norr”	~ 40 min	~ 8 sidor
(III)	”Öster”	~ 35 min	~ 8 sidor
(IV)	”Söder”	~ 40 min	~ 9 sidor
(V)	”Centrum”	~ 30 min	~ 7 sidor
(VI)	”Centrum”	~ 60 min	~ 12 sidor
(VII)	”Väster”	~ 30 min	~ 7 sidor



Högskolan Väst  
Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur  
461 86 Trollhättan  
Tel 0520-22 30 00 Fax 0520-22 30 99