



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Att fånga stunden i mötet med den äldre i hemsjukvården

– sjuksköterskans upplevelse

Författare: Clary Svensson

Handledare: Gullvi Flensner

Examinator: Helle Wijk

Omvårdnad-Examensarbete, 15 hp

Magisternivå

VT/HT 2013

Sammanfattning

Att fånga stunden i mötet med den äldre i hemsjukvården - sjuksköterskans upplevelse

Författare: Clary Svensson

Institution: Högskolan Väst, Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur

Arbetets art: Omvårdnad – Examensarbete, 15 hp

Program/kurs: Specialistsjuksköterska med inriktning vård av äldre

Termin/år: VT/HT 2013

Antal sidor: 32

Bakgrund: Sjuksköterskan i hemsjukvården har hög arbetsbelastning i förhållande till tid och antal patienter. Vilka förmågor hos henne upplevs skapa förutsättningar för att ”fånga stunden” med den äldre trots att mötena många gånger är korta?

Syfte: Att tolka och förstå sjuksköterskors upplevelser av att fånga stunden i mötet med den äldre i hemsjukvården.

Metod: Hermeneutisk tolkning av intervjuer med sju sjuksköterskor.

Resultat: Tre huvudteman framkom vilka var ”att bjuda in”, ”att vara närvarande” och ”att bygga broar”. ”Att bjuda in” innefattade ”att förmedla trygghet”, ”att förmedla förtroende och våga vara nära” och ”att vara ödmjuk, lyhörd och tillgänglig”. ”Att vara närvarande” innefattade ”att vara här och nu och lägga allt annat åt sidan”, ”att känna av, ha tålamod och ta sig tid”. ”Att bygga broar” innefattade ”att skapa harmoni och inte pressa på”, ”att ha fantasi” och ”att ha ett genuint intresse och våga vara uppriktig”.

Slutsats: Utifrån sjuksköterskans erfarenhet, kunskap och professionalitet möjliggjordes *att bjuda in* i mötet och skapa en ömsesidig relation. Förmåga att skapa närhet, visa ömhet och vara tillgänglig var då viktigt. Att ta sig tid, hantera stress, ha tålamod och förmedla en gemenskap skapade förutsättningar för samhörighet och förståelse genom *att vara närvarande*. Att skapa harmoni, våga ha roligt och inte pressa på var ett förhållningssätt som skapade förutsättningar för *att bygga broar*. Genuint intresse för den äldre och dennes situation och sjuksköterskans förmåga att förmedla sin inre kallelse och glädje ökade möjligheterna till känsla av närvaro i mötet.

Nyckelord: Gadamer, hermeneutik, hemsjukvård, mötet, närvaro, sjuksköterska, upplevelse

Abstract

To catch the moment in the encounter with the elderly in home care - nurse's experience

Background: A nurse working in home care has a high workload in relation to time and number of patients. What are the abilities of her that are experienced to create preconditions to “catch the moment” with the elderly despite even short encounters?

Aim: To interpret and understand nurses’ experiences of catching the moment in the encounter with the elderly in home care.

Method: Hermeneutic interpretation of interviews performed with seven nurses in home care.

Results: Three main themes emerged which were “inviting”, “being present” and “building bridges”. “Inviting” include “conveying protection”, “conveying confidence and courage to be close” and “being humble, sensitive and available”. “Being present” include “being here and now and put everything else aside”, “sensing, being patient and taking your time”. “Building bridges” include “creating harmony and don’t push on”, “having fantasy” and “having the genuine interest and courage to be honest”.

Conclusion: The nurse’s ability based on experience, knowledge and professionalism enabled the experience of *inviting* to the encounter and also created mutual relationship. Closeness, affection and availability were important abilities. Taking the time, dealing with stress, be patient and conveying solidarity and understanding created preconditions by *being present*. Creating harmony, dare to have fun and don’t press on was an approach that created preconditions for *building bridges*. Genuine interest in the elderly and their situation and nurse’s ability to convey her inner vocation and joy increased possibilities of sense of presence in the encounter.

Keywords: encounter, experience, Gadamer, hermeneutics, home care, nurse, presence

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hemsjukvården.....	1
Sjuksköterskans omvårdnadsansvar	2
Mötet	4
Tidigare forskning	4
Teoretisk referensram.....	6
PROBLEMFORMULERING	7
SYFTE.....	8
METOD.....	8
Förförståelse	9
Urval.....	9
Datainsamling.....	10
Bearbetning och analys	11
Etiska aspekter.....	11
RESULTAT	13
Att bjuda in.....	14
Genom att förmedla trygghet.....	14
Genom att förmedla förtroende och våga vara nära	14
Genom att vara ödmjuk, lyhörd och tillgänglig.....	15
Att vara närvarande	15
Genom att vara här och nu och lägga allt annat åt sidan	15
Genom att känna av, ha tålamod och ta sig tid.....	16
Att bygga broar.....	16
Genom att skapa harmoni och inte pressa på	16
Genom att ha fantasi.....	17
Genom att ha ett genuint intresse och våga vara uppriktig.....	18
TOLKAD HELHET OCH REFLEKTIONER	18
Reflektioner och diskussion	19
Att bjuda in.....	19
Att vara närvarande	21
Att bygga broar.....	22
Reflektioner över genomförande och begränsningar.....	24

Reliabilitet och validitet	25
Klinisk- och praktisk relevans	26
Förslag till framtida forskning.....	26
REFERENSER.....	28



Människors möte

*Om i ödslig skog
ångest dig betog,
kunde ett flyktigt möte
vara befrielse nog.
Giva om vägen besked,
därpå skiljas ifred:
sådant var främlingars möte
enligt uråldrig sed.
Byta ett ord eller två
gjorde det lätt att gå.
Alla människors möte
borde vara så.*

En dikt av Hjalmar Gullberg

INLEDNING

Att som sjuksköterska kunna skapa ett gott möte och kunna vara närvarande i mötet med den äldre i hemsjukvården är en svårighet men också en utmaning. Kraven på sjuksköterskan förändras hela tiden beroende på omvårdnadsbehoven hos patienterna samt antalet patienter inskrivna i hemsjukvården. Utifrån patientens komplexa och varierande vårdbehov förväntas sjuksköterskan utföra avancerade arbetsuppgifter i hemmet vilket ställer höga krav på flexibilitet och en fortlöpande uppdatering av kompetensen. Inom hemsjukvården arbetar ofta sjuksköterskan ensam och måste förlita sig på sin egen kunskap och egna beslut. För sjuksköterskan kan det medföra en upplevelse av ökad tidspress i förhållande till aktuellt omvårdnadsansvar och antal patienter (Josefsson, 2009). Dagens omvårdnad drivs av motstridiga krav att leverera högkvalitativ vård och omsorg med minskade resurser samtidigt som sjuksköterskor har hög arbetsbelastning. En känsla av otillfredsställelse kan då infinna sig hos sjuksköterskan trots ambitionen att göra så gott man kan utifrån de resurser som finns (Ulrich et al., 2010).

Eftersom sjukhusens vårdplatser minskar och svårt sjuka patienter blir utskrivna från sjukhuset tidigare till ordinärt boende, särskilt boende eller till korttidsplats, blir det allt fler äldre som är i behov av hemsjukvård (Bökberg & Drevenhorn, 2010). Sjuksköterskan har i hemsjukvården ett totalt omvårdnadsansvar för patienten samt den högsta medicinska kompetensen eftersom läkare inte är anställda av kommunen. Komplexa vårdssituationer som sjuksköterskan måste hantera innebär att hon/han måste vara självständig i sin bedömning gällande patienten och den medicinska vården (a.a.). I denna studie vill författaren få kunskap om sjuksköterskans upplevelse av att fånga stunden i mötet med den äldre i hemsjukvården samt att erhålla förståelse av detta.

BAKGRUND

Hemsjukvården

Genom Ädelreformen 1992 omorganiserades vården i Sverige och kommunerna blev ansvariga för medicinsk vård, social service och rehabilitering av patienter som bor både i ordinarie- och särskilda boenden samt korttidsplatser. Kommunerna gavs även möjlighet att ansvara för hemsjukvård genom kontrakt med landstingen. Sedan Ädelreformen genomfördes har behoven av en allt mer avancerad hälso- och sjukvård ökat, både i ordinärt- och särskilt boende samt korttidsplatser (Josefsson, 2009).

Utöver hemsjukvård erbjuder kommunen äldre människor också stöd för att de ska kunna bo kvar i sitt ordinära boende så länge som möjligt. Stödet ges i form av exempelvis hemtjänst, trygghetslarm, dagverksamhet och färdtjänst. Korttidsboenden erbjuds som ett komplement till hemtjänsten och kan ses som en blandning mellan ordinärt och särskilt boende.

Korttidsboende kan användas som växelvård, avlösning för anhöriga och som rehabilitering efter sjukhusvård. Den äldres behov av vård och omsorg dygnet runt beror oftast på att den äldre drabbas av någon kognitiv försämring och multisjuklighet (Josefsson, 2009).

Sjuksköterskans omvårdnadsansvar

I lagtext och kompetensbeskrivningar som rör svensk hälso- och sjukvård ställs höga krav på sjuksköterskans kompetens, förmåga att skapa trygghet och förmedla ett lugn samtidigt som sjuksköterskan är professionell i sin yrkesutövning. Omvårdnad utgår från en humanistisk värdegrund som vilar på en tro på människans inneboende resurser. Sjuksköterskan har ett personcentrerat förhållningssätt, har förmåga till systematisk problemorienterad bedömning samt en holistisk människosyn (SFS 1982:763; Socialstyrelsen 2005; SSF 2010a; SSF 2010b).

I kompetensbeskrivningen – legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre (SSF, 2010a) beskrivs specialistsjuksköterskan inneha kompetens genom sina fördjupade kunskaper gällande den äldres behov utifrån ett helhetsperspektiv vilket kan höja vårdkvaliteten för äldre. Detta kan möjliggöras genom att specialistsjuksköterskan arbetar självständigt och leder utvecklingen av omvårdnaden. Hög specifik kompetens kännetecknas av att vården som ges till den äldre har kvalitet, värdighet och är effektiv. Inom omvårdnad av äldre omfattas specialistsjuksköterskans specialistkompetens av de sex kärnkompetenserna. *Personcentrerat förhållningssätt* innebär att se hela livssituationen och tillstånd hos den äldre och förmåga till följsamhet och samspel. *Teamarbete* stärker och främjar säkerheten för den äldre genom att komplettera kompetenser och sammanlänka professioner vilket leder till god och säker vård. *Evidensbaserad vård* innebär att specialistsjuksköterskan aktivt söker, kritiskt granskar och värderar samt implementerar och utvärderar nya forskningsresultat. *Kvalitetsförbättring* är av betydelse att specialistsjuksköterskan behärskar och kan utveckla och påskynda kvalitetsutveckling och kvalitetssäkring inom vården. *Patientsäkerhet* innebär att specialistsjuksköterskans fokus riktas mot att minimera riskerna för den äldre genom ett systematiskt kvalitets- och säkerhetsarbete. *Informatik* är en aspekt som innefattar informationsteknik och teknologi inom de växande forsknings- och utvecklingsområdena. Det är av vikt att specialistsjuksköterskan

behärskar teknik inom kommunikation och kvalitetssäkring för att gagna vården av äldre (SSF, 2010a; Cronenwett et al., 2009).

I ”En värdegrund för omvårdnad” beskrivs centrala värden för omvårdnad som respekt för personens sårbarhet, värdighet, integritet och självbestämmande. Om detta finns kan patienten ges möjlighet att uppleva tillit, hopp och mening vilket kan bidra till ett lindrat lidande (SSF, 2010b). Sjuksköterskans fyra grundläggande ansvarsområden beskrivs i ICN:s etiska kod (SSF, 2007) som att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan har en grundläggande omtanke kring den unika människan, har en djup respekt och en önskan att lindra lidande samt att stödja människan att se en mening med livet och värna om dennes värdighet och välbefinnande (Söderlund, 2012).

Förhållningssättet i omvårdnad utgår från en värdegrund som vilar på en tro på människans inneboende resurser vilket också Swansons omvårdnadsteori (1991; 1993) bygger på. All vård och omsorg utgår från den enskilda människan och ett personcentrerat förhållningssätt kan beskrivas som att först och främst se den unika personen i mötet. Att som sjuksköterska vara närvarande i mötet, kräver god självkänedom (Ericsson, 2011). Enligt Söderlund (2012) krävs det mod för att utöva god omvårdnad samt en intuitiv känsla för situationen här och nu, vilket ställer krav på sjuksköterskans mod, kompetens och förmåga att vara närvarande i stunden.

Oberle och Allen (2001) menar att omvårdnad på avancerad nivå innebär att sjuksköterskan kan bedöma när och på vilket sätt en särskild omvårdnadsåtgärd skall sättas in. Detta grundar sig på sjuksköterskans erfarenhet men också hennes teoretiska kunnande som integreras i mötet med patienten och kunskap om dennes unika situation. De menar att sjuksköterskans erfarenhet ökar i takt med den kliniska erfarenheten och berikas genom samspelet mellan den allmänna och specifika kompetensen. Detta leder till något som Oberle och Allen (2001) kallar för ”practical wisdom” vilket kännetecknar omvårdnad på avancerad nivå. En förmåga hos sjuksköterskan kan vara att kunna dela patientens upplevelse och underlätta samspelet samt hjälpa patienten på det sätt som är ändamålsenligt och kan innebära att patienten ”blomstrar genom omvårdnaden”.

Om sjuksköterskan har förmåga att ha makt och egenkontroll över sitt arbete ökar möjligheterna att klara av förväntade och oväntade situationer. Om kraven är rimliga och sjuksköterskan upplever sig ha kontroll över sitt arbete är chansen större att hon kan hantera stress jämfört med om kraven är höga och den egna kontrollen är låg (Josefsson, 2009).

Mötet

En nödvändighet för att främja hälsa och lindra lidande är att se mötet och dialogen mellan sjuksköterskan och patienten som en omvårdnadsåtgärd. I mötet skapas även förutsättningar för välbefinnande genom samtal. För att sjuksköterskan ska lyssna, prata och ge stöd till patienten krävs att hon tar sig tid, vilket kan vara den största utmaningen (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012). När den enskilda upplevelsen hos sjuksköterskan och patienten förvandlas till en gemensam upplevelse skapas ömsesidighet och gemenskap i mötet (Rehnsfeldt, 2012). Begreppet kommunikation gör både ömsesidig förståelse möjlig och förenar deltagarna i mötet. När vi avstår från att kommunicera öppet, kommunicerar vi ändå något och kommunikationen är därför i den bemärkelsen dubbel. I den vårdande kommunikationen och i vårdandet kan kommunikationen utgöra både ett mål och ett medel (Fredriksson, 2012). Vid den allra första kontakten i mötet med patienten ges en förutsättning för ett förtroende och en tillgänglighet genom att visa respekt, vara artig och tillmötesgående. Detta förhållningssätt hos sjuksköterskan kan bidra till att en relation skapas i mötet mellan sjuksköterskan och patienten, som är uppbyggd på trygghet och tillit (Benzein et al., 2012).

Tidigare forskning

Finfgeld-Connett (2008) har fokuserat på mötet och närvaro utifrån sjuksköterskans upplevelser. All omvårdnad ska utmärkas av äkthet och förtroende samt av sjuksköterskans medmänsklighet och samstämmighet i mötet med patienten. Om detta uppnås främjas god omvårdnad och sjuksköterskan etablerar en närvaro och en känsla av omsorg hos patienten. Sjuksköterskans närvaro och omvårdnad i mötet med patienten ges i en atmosfär av mellanmänsklig känslighet, intimitet och empati som uttrycks genom sjuksköterskans ord och handling och den vänskap som odlas dem emellan (Finfgeld-Connett, 2008). Utifrån sjuksköterskans upplevelse av att etablera närvaro med svårt sjuka patienter beskriver Hudacek (2008) att sjuksköterskans omvårdnad innebär engagemang, vänlighet och respekt för patienten. Det går inte att lära ut omvårdnad, det är ett sätt att vara, något inneboende hos människan, vilket också Oberle och Allen (2001) menar.

Kontinuitet i omvårdnaden ger de äldre en känsla av trygghet i sin dagliga tillvaro (Summer, 2010). Dagens vård är dock mer rutinstyrd vilket medför mindre möjligheter för vårdpersonalen att vara flexibla i mötet med den äldre samt att hjälpa den äldre att ”fånga dagen”. I studien påtalade de äldre en känsla av uppgivenhet inför bristande kontinuitet när

vården bestämmer rutinerna utifrån verksamhet, arbetstider, kostnader och personaltillgång (Summer, 2010).

Millard, Hallett och Luker (2006) beskriver interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten där det framkommer att upplevelser av delaktighet i omvårdnaden mellan sjuksköterskan i hemsjukvården och patient är beroende av mötet. Interaktionen mellan sjuksköterska och patient blir god om de bekräftar varandra som jämbördiga individer genom att ”småprata” vilket skingrar gränserna kring sjuksköterska och patient. Även Lykkeslet och Gjengedal (2006) menar att för sjuksköterskan innebär att ”vara närvarande där jag är” både fysiskt, mentalt och känslomässigt och sjuksköterskans mod att öppna sig för den äldres andliga behov och möta öppenheten och sårbarheten hos den äldre är grundläggande för det goda mötet.

Dwyer (2008) belyser sjuksköterskans upplevelse av värdighet, möjlighet och begränsningar gällande vård och omsorg. Vården och omsorgen upplevs uppgiftscentrerad med fokus på kroppslig omvårdnad vilket medför att det är svårt att hinna med samtal med patienten. Sjuksköterskan upplever att det är svårt att leva upp till förväntningar som finns hos dem själva och andra samt utöva god omsorg och vård. När den goda vården som uttrycks som idealt i samhället inte kunde ges på grund av stress skapades dåligt samvete och en moralisk konflikt uppstod. Ericson-Lidman och Strandberg (2013) konstaterar att vård- och omsorgspersonal upplever dåligt samvete och att detta kan äventyra deras hälsa samt även påverka kvaliteten på omvårdnaden. De menar att vårt samvete aktiveras när vi måste ta ett beslut här och nu kring en aktuell situation och hantera det. Det är viktigt att sjuksköterskan bekräftar sig själv och sitt beslut genom att göra så gott som möjligt utifrån de förutsättningar som finns i en viss omvårdnadssituation. Gustavsson, Eriksson, Strandberg och Norberg (2010) skriver att tålmod är en livssyn vilket förebygger dåligt samvete och utbrändhet. Att som sjuksköterska vara öppen för andras resurser, begränsningar och möjligheter ökar medvetenheten om vad som kan påverkas och minskar därmed stressen och det dåliga samvetet.

Hinder för etiskt handlande upplevs på grund av tidsbrist men även rädsla, kunskapsbrist och allmän känsla av otillräcklighet ihop med den upplevda tidsbristen ger sjuksköterskan dåligt samvete i sitt möte med patienten. Det är mer krävande för sjuksköterskan att arbeta utifrån lösa rutiner gentemot patienten, men mer berikande och detta fodrar stort engagemang (Näsman, Lindholm & Eriksson, 2008). Gällande sjuksköterskors förmåga att övervinna

hinder för att kunna utföra personcentrerad vård beskriver West, Barron och Reeves (2005) att många sjuksköterskor känner sig utarbetade och upplever att det är svårt att hinna med sitt huvudsakliga omvårdnadsarbete relaterat till tidsbrist. Ulrich et al. (2010) belyser i sin studie gällande sjuksköterskors etiska dilemman och stress att det är av vikt att undersöka hur sjuksköterskor påverkas av stress i relation till deras förmåga att göra gott för sina patienter. Sjuksköterskorna påverkas negativt i sin upplevelse av stress om omvårdnadsansvaret är stort för varje enskild sjuksköterska. Även upplevelsen av att vara allt för få sjuksköterskor i förhållande till omvårdnadsansvar påverkar dem negativt.

Teoretisk referensram

Filosoferna Husserls, Merleau-Pontys, Heideggers och Gadamer (Gunnarsson, 2009) tankar ligger till grund för livsvärldsperspektivet. De menar att alla är individer och deras existens kan aldrig förstås om de inte ses som levande helheter. Vi är alla individer som lever i en gemensam värld vilken är relaterad till varandra där alla individer letar efter en unik meningsfullhet. Gadamer's livsvärld, den förståelseakt som är basen för alla studier av människor är att kunskap växer genom tolkning och förståelse där delar växer fram ur relationen mellan delar och helheten och detta har sin grund i verkligheten. Förförståelsen utgörs av den samlade kunskap som forskaren har och kommer enligt Gadamer från den tradition som vi finns och lever i. Ny kunskap utvecklas genom att förförståelsen och företeelsen skapar en ny förståelse som bildar basen för en ny förförståelse och den aktuella fortsatta kunskapsutvecklingen (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008). Gadamer (1960/1990) och Asp och Fagerberg (2012) beskriver att vi inte alltid har förståelse för vad vi upplever men genom reflektion kan det bli till en medveten erfarenhet.

Hermeneutiken har en humanvetenskaplig grund och handlar om att tolka och förstå upplevelser genom en djupare och vidare synvinkel av fenomen eller en upplevelse/ erfarenhet. Svar ger upphov till nya frågor eller svaren är nya frågor som kan belysa fenomenet ur en vidare och djupare synvinkel samt ifrågasätta tidigare kunskap som sann, vilket kallas för den hermeneutiska spiralen. En vetenskaplig kunskapsgrund och ett förhållningssätt i vårdandet kan ses som en ”metod för vårdandet” genom att använda hermeneutiken som filosofisk grund. Genom att skapa ett hermeneutiskt rum där vetenskaplig och klinisk förståelse för patientens upplevelse och dennes inre värld kan växelverka och utvecklas, skapas ny förståelse (Rehnsfeldt & Arman, 2006).

Gadamer (1960/1990) och Dahlberg et al. (2008) beskriver hermeneutikens filosofi som ”erfarenhetens väg” och en grundtanke är metodikens begränsade värde. Gadamer menar att det finns en fara i att följa en metod eftersom detta kan påverka öppenheten som kännetecknas av en äkta vilja att se, höra och förstå vilket då påverkar möjligheten att verkligen förstå. Gadamer beskriver den tolkande förståelsen som förhållande mellan del och helhet och tillägger fullkomning som den tolkande förståelsen föregriper och utlovar. Han menar också att textförståelsen aldrig tar slut eftersom den ingår i en oändlig process som han kallar ”verkningshistoria” och som är präglad av främlingskap, förtrogenhet, tidsavstånd och fördomar. Den egna ”horisontens” kraft av förförståelsen undergår en ”sammansmältning” med de horisonter som betingas av traditionens ”annan-het” vilket är dynamiken i Gadamers ”verkningshistoria”. Horisontsammansmältning beskrivs som ”ett samtal” mellan informanten och forskaren vilket leder till att dialogen dem emellan får en ”gemensam” horisont som överensstämmer, vilket möjliggör för forskaren och informanten att se på dialogen utifrån varandras perspektiv (a.a.).

I Swansons omvårdnadsteori (Swanson, 1991; 1993) finns utarbetat fem omsorgsskapande huvudkategorier. Dessa fem huvudkategorier beskrivs som att sjuksköterskan har ett vårdande förhållningssätt i mötet med patienten och att upprätta en tro på patientens egna resurser i allmänhet och en strävan att förstå händelser som är av betydelse för patienten i synnerhet - *knowing*. Sjuksköterskans känslomässiga omsorgsskapande närvaro för patienten beskrivs som - *being with*. Att göra något för en annan person på samma sätt som personen själv skulle göra om det fanns möjlighet, kan innebära att skydda patientens behov samtidigt som värdighet, välbefinnande och självbestämmande bevaras - *doing for*. Att hjälpa, informera och förklara, stödja och ge feedback till personen i olika livshändelser samt befara det långsiktiga välbefinnandet sker genom möjliggörandet - *enabling*. Att upprätthålla tron på personens egen kapacitet att ta sig igenom olika händelser eller övergångar och kunna se en meningsfull framtid - *maintaining belief*. Detta leder fram till teorins målsättning som är omsorgsskapande omvårdnad för andras välbefinnande (Swanson, 1991; 1993).

PROBLEMFORMULERING

Tidigare forskning som fokuserar på sjuksköterskans upplevelse av mötet med den äldre och vad som inverkar på detta, lyfter fram förhållningssättet, empati, förmåga till att lyssna och visa respekt. Även sjuksköterskans upplevelser av att vara medmänsklig, visa vänlighet och engagemang gentemot patienten belyses. Betydelsen av sjuksköterskans förmåga att visa

tillgänglighet, respekt och kreativitet i mötet samt angelägenheten för sjuksköterskan att ”våga” ha roligt och skratta ihop med patienten beskrivs. Studier där upplevelsen av närvarandet här och nu sätts i fokus samt förhållningssätt för att fånga stunden i mötet kunde belysas mer utifrån sjuksköterskans perspektiv.

I hemsjukvården består en stor del av sjuksköterskans arbete av omvårdnad av den äldre i det egna hemmet vilket förutsätter att det i mötet skapas en relation mellan sjuksköterskan och den äldre. För sjuksköterskan som arbetar i hemsjukvården kan omvårdnadstiden av den äldre vara begränsad, eller upplevas vara begränsad eftersom sjuksköterskan ofta har ett omvårdnadsansvar för många patienter vilket kan påverka upplevelsen att ”fånga stunden” i mötet med den äldre. Den personliga relationen och mötet mellan sjuksköterskan och den äldre innebär att centrala värden för omvårdnad skall tillgodoses och detta ställer krav på att sjuksköterskan har en förmåga och även tid att fånga stunden i mötet. Vårdandet är något omedelbart och naturligt mänskligt som sker i möten och där varje möte ger intryck men lämnar även avtryck i våra liv och därför är möten av avgörande betydelse i relation i vårdandet. Hur upplevs mötet med den äldre i hemsjukvården av sjuksköterskan? Hur ”fångas stunden” i mötet? Vilka förmågor och förhållningssätt påverkar upplevelsen av mötet?

SYFTE

Syftet med studien var att tolka och förstå sjuksköterskors upplevelser av att fånga stunden i mötet med den äldre i hemsjukvården.

METOD

För att uppnå syftet att tolka och förstå sjuksköterskors upplevelser valdes en kvalitativ ansats. Med en hermeneutisk ansats och forskningsmetod kan en ny förståelse av det studerade fenomenet erhållas (Dahlberg et al., 2008). En empirisk-hermeneutisk metod som bygger på Gadammers öppenhet valdes utifrån avsikten att fånga upplevelser och uttrycka, tolka och förstå sammanhang vilket är strävan och målet i all livsvärldsforskning enligt Dahlberg et al. (2008). Enligt Polit och Beck (2008) är hermeneutisk tolkning en vanlig undersökningsmetod att använda när fokus är livsvärldstolkning av människors erfarenheter.

Utifrån studiens syfte valde författaren empirisk-hermeneutisk ansats eftersom en ny och fördjupad förståelse utifrån informanternas berättelser och livsvärld ville uppnås. Att få använda sig av sin egen förförståelse samtidigt som textens dolda mening skulle identifieras

genom tolkning upplevdes som en utmaning och utveckling. Den fenomenologiska ansatsen som också beskriver människors upplevda livsvärld erfors som mindre användbar. Den fenomenologiska analysen ska vara fri från förutfattad mening, teorifri och neutral, vilket upplevdes begränsa studien, medan en hermeneutisk metod ansågs bättre stämma överens med syftet (Dahlberg et al., 2008).

Förförståelse

Min förförståelse har sin grund i egna möten med människor i olika livssituationer genom åren. Jag har arbetat med omvårdnad utifrån olika yrkesområden innan jag utbildade mig till sjuksköterska. Dessa möten har gett mig varierande erfarenheter och förutsättningar för att känna av "närvarandet" i mötet. Jag har arbetat med hemsjukvård i snart tre år och före det arbetade jag på sjukhus, på en akutavdelning för äldre i två år. Ett bra möte med den äldre patienten anser jag är en grundförutsättning för den fortsatta relationen och förtroendet som vi ska ha mot varandra och banar väg för den fortsatta relationen.

Gadamer (1960/1990) menar att en företeelse kan förstås på flera olika sätt och vi påverkas alltid av tidigare erfarenheter, oavsett om vi försöker vara objektiva. Han menar att det är viktigt att varje forskare reflekterar över sin egen förförståelse. Gadamer menar att det är viktigt att se mer än det mest uppenbara och konkreta, reflektera över sin egen förförståelse samt skapa ett kritiskt förhållningssätt, att vara "verkningshistoriskt medveten".

Urval

En förfrågan samt informationsbrev angående studien mailades till verksamhetschefer i två närliggande kommuner. Författaren ringde också och informerade om studien och dess syfte muntligt. I informationsbrevet informerades om studiens syfte, författarens önskan om att intervjua sjuksköterskor som arbetade i hemsjukvården. I brevet fanns även en uppskattning av tidsåtgång för den personliga intervjun. I telefon angavs en önskan om återkoppling från verksamhetscheferna med information om namn och mailadress samt telefonnummer till deltagarna, som önskade vara med i studien. Inklusionskriterier var legitimerade sjuksköterskor som arbetar i hemsjukvården, samt att det var önskvärt med en "blandning" av grund- och specialistutbildade sjuksköterskor. Författarens önskemål var att sjuksköterskan hade några års erfarenheter i sitt yrke samt upplevde sig vara "duktig" på att "fånga stunden" i mötet med den äldre. Några exklusionskriterier uppgavs inte.

Intresse av att delta i studien skickades via mail till författaren efter att verksamhetschefen informerat om studien. Sju sjuksköterskor var intresserade av att delta och författaren mailade

tillbaka till respektive sjuksköterska och därefter bestämdes tid och plats för respektive intervju. Författaren har inte information om hur många sjuksköterskor som blev tillfrågade totalt av verksamhetscheferna.

Informanterna, samtliga kvinnor, som deltog i studien var mellan 43 och 65 år och de hade arbetat som sjuksköterskor mellan 3 och 47 år. Informanternas erfarenhet av arbete i hemsjukvård varierade mellan 9 och 20 år. Fyra informanter hade specialistutbildningar och övriga hade enstaka kurser utöver sin grundutbildning.

Datainsamling

Med hjälp av öppna intervjuer genomfördes datainsamlingen. I intervjun kan intervjuaren medvetet leda informantens uppmärksamhet mot ett fenomen av intresse som är mera djupt förankrat (Dahlberg et al., 2008).

Intervjuerna ägde rum där informanterna önskade, vilket blev på deras respektive arbetsplats, i ett avskilt rum. Författaren intervjuade en och en och tiden för varje intervju varierade mellan 15 och 30 minuter. Intervjuerna spelades in på en laptop vilket gjorde att författaren kunde vara mer närvarande och tillgänglig för informanten samt kunde fokusera mer på att lyssna. Ljudkvalitet och placering av laptop kontrollerades av författaren innan varje intervju startades för att uppnå bästa möjliga ljudupptagning.

Enligt Dahlberg et al. (2008) är den kvalitativa intervjun inte strukturerad eftersom författaren skall undvika bestämda frågor, utan syftet är att skapa en dialog samt att fördjupa informantens berättelse genom att hon får berätta så fritt och utförligt som möjligt. Även Gunnarsson (2009) menar att det är svårt att formulera konkreta frågeställningar vid kvalitativ ansats eftersom det är svårt att på förhand veta hur samtalet kommer att bli.

Författaren inledde respektive intervju med att informanten ombads att fritt berätta om en situation då hon upplevt ett bra möte med den äldre patienten. Följdfrågor som till exempel ”Hur tänkte du då? Har du andra tankar kring mötet? Har du andra exempel?” ställdes av författaren. Enligt Dahlberg et al. (2008) är öppna frågor gällande informantens livsvärld ett sätt att utforska ett fenomen, ett sätt för intervjuaren att vara närvarande. Intervjun kan röra sig hit och dit, fram och tillbaka men med rätt guidning mot syftet i intervjun kan nya möjligheter framkomma. Författaren transkriberade intervjuerna i sin helhet, samt även det som inte sades som till exempel tystnad och skratt antecknades så noggrant som möjligt.

Bearbetning och analys

Analysen av data rörde sig mellan helhet – delar – helhet, vilket anses som central till all förståelse som växer fram i dialog med texten. Gadamer förklarar vikten av att se varje del som en helhet men samtidigt måste helheten ses som en del. Det viktigaste är alltid att se kopplingen i texten samt föra dialogen med sig själv. Öppenhet och känslighet gällande texten bidrar till en rörelse där analysen sammanställs till en harmonisk helhet. Den hermeneutiska spiralen växer fram ur relationer mellan delar och helhet, deras förhållande till varandra och till en rimlig tolkning. När författaren känner att tolkningen av texten kommit fram till ett rimligt mönster som är en sammanhängande enhet prövas deltolkningarna mot helheten. När ett mönster formats har horisontsammansmältning nåtts mellan forskaren och informanterna i en dialog med varandra där författaren ser något utifrån bådas perspektiv (Dahlberg et al., 2008; Gadamer, 1960/1990; Polit & Beck, 2008).

Författaren började med att bekanta sig med texten genom att läsa texten upprepade gånger och när texten upplevdes ”samtala” samt att förförståelsen sattes i relation till helheten började nya tolkningar framkomma. Ord och uttryck som upplevdes svara mot syftet ströks under med färgpenna. Undan för undan fördjupade författaren sig i texten och det utvecklades ett växelspel i en ömsesidig relation mellan texten och egen erfarenhet och förförståelse. Ord och uttryck som upplevdes höra samman utifrån färgmarkeringarna skrevs därefter upp under olika rubriker utifrån författarens tolkning. Tre huvudteman skapades och utifrån dessa skapades underteman. Slutligen söktes relevanta citat ur texten för att ytterligare stärka trovärdigheten.

Etiska aspekter

Etikansökan med information om studien skickades in till kursansvarig vid Högskolan Väst när projektplanen var godkänd. Etikansökan behandlades av en granskningsgrupp från de olika lärosätenas representanter.

Författaren har övervägt de etiska krav som antogs 1964 av World Medical Association (WMA, 2008) och anges genom Helsingforsdeklarationen för att säkra informanternas integritet och välbefinnande genom grundläggande etiska principer som gäller i alla relationer mellan människor. Autonomiprincipen om att ta hänsyn till informantens möjlighet till självbestämmande och förmåga att ta ställning till information. Godhetsprincipen strävar efter att göra gott och förebygga eller förhindra skada genom att om möjligt komma fram till ny kunskap som kan förbättra vården eller vårdandet. Principen att inte skada – om att visa

respekt för informanten och värna dennes integritet och värderingar. Rättvisprincipen om att behandla alla lika och urvalet av informanter görs enligt vetenskapliga normer (Codex; WMA, 2008).

Varje informant som tillfrågats om medverkan har informerats om syftet och metoder gällande medverkan i studien. Då studien utgick ifrån positiva aspekter av mötet ansågs det inte föreligga några risker med att delta. Informanten har även informerats om att deltagandet var frivilligt och de kunde avbryta sitt deltagande utan att uppge något skäl. Även muntligt och skriftligt samtycke har lämnats.

Berörda verksamhetschefer gav också sitt medgivande till studiens genomförande och deltagarna anmälde själva sitt intresse att delta i studien. Informanterna var informerade om att de när som helst kunde avbryta sitt deltagande. Informanterna har inte heller någon beroendeställning till författaren eftersom de inte var tidigare kända. Författaren försäkrade informanterna deras rätt till konfidentialitet, självbestämmande och frivillighet att delta vilket framgick i ett informerat samtycke. De informerades även om att materialet skulle behandlas konfidentiellt genom att till exempel namn, ålder och arbetsplats inte skulle anges i studien. Informanterna upplevdes positiva till att delge sina upplevelser av möten med äldre som berört dem gällande ”fånga stunden”. Några informanter upplevde dock till en början under intervjun att det var svårt att ”komma ihåg” och berätta om något ”bra” möte med den äldre. Allteftersom intervjun fortlöpte berättade informanterna med inlevelse utifrån deras olika synvinklar om hur ett ”bra” möte med den äldre uppstod.

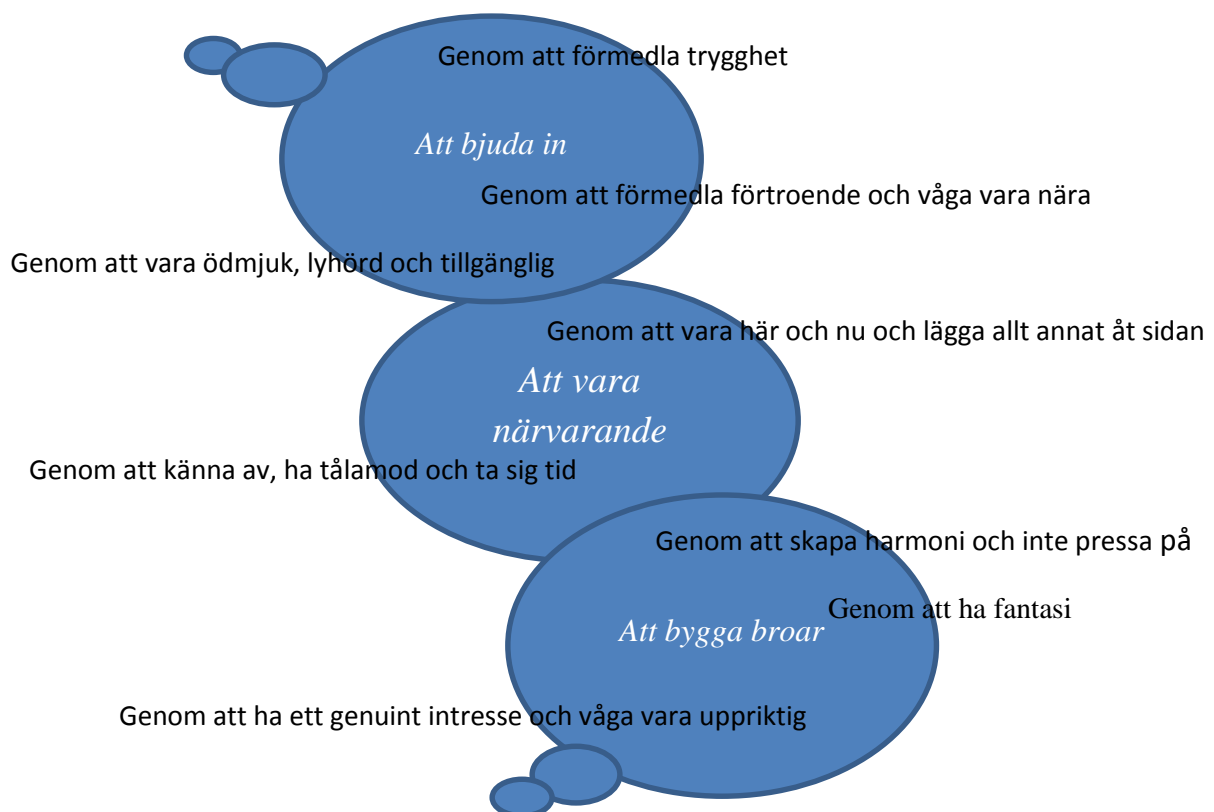
När författaren fått medgivande från verksamhetschefen vilka deltagare som var intresserade, skickades informationsbrev till informanterna samt blankett för informerat samtycke där deltagarna gav ett skriftligt medgivande om deras frivillighet att delta i studien. Författaren kontaktade därefter informanterna via mail för att bestämma tid och rum för intervjuerna.

Under studiens gång har allt inspelat och transkriberat material förvarats inlåst och endast ansvarig forskare har haft tillgång till materialet. Efter studiens avslut och godkännande kommer materialet att fortsatt förvaras inlåst för att möjliggöra eftergranskning i upp till tio år.

RESULTAT

Nedanstående figur illustrerar hur resultatet beskrivs utifrån sjuksköterskans upplevelser av att fånga stunden i mötet med den äldre i hemsjukvården. Huvudteman och underteman går i och är beroende av varandra likt en hermeneutisk rörelse som inte har någon början eller slut.

Jag beskriver sjuksköterskorna som "sjuksköterskan" samt "hon" och "henne" i mitt resultat och mitt syfte som att "fånga stunden".



Figur 1. Sammanfattning av hur sjuksköterskan upplevs "fånga stunden" i mötet med den äldre i hemsjukvården.

Att bjuda in

Att bjuda in möjliggjordes: ”Genom att förmedla trygghet”, ”Genom att förmedla förtroende och våga vara nära”, och ”Genom att vara ödmjuk, lyhörd och tillgänglig”.

Genom att förmedla trygghet

Sjuksköterskan beskrev erfarenhet som något att bygga närvarandet på i mötet med den äldre. Genom sin erfarenhet kunde hon möta den äldre på ett lugnt och tryggt sätt. Hon visste vad hos skulle säga i olika situationer utifrån tidigare erfarenheter och den kunskapen skapade en förståelse i mötet och ”fånga stunden” upplevdes tydligare i mötet. Många gånger upplevde sjuksköterskan att ett samförstånd dem emellan uppstod genom att hon hade modet att ställa frågor samt ”våga” ha svar eller säga att det inte finns svar. Sjuksköterskan upplevde att ett möte som fick en ”dålig” start många gånger ändå blev ett bra möte men kunde ibland ta längre tid. Sjuksköterskan menade också att om inte trygghet skapades i mötet uppkom en känsla av obetydlighet hos henne vilket kunde försvåra upplevelsen av att ”fånga stunden”. Sjuksköterskan upplevde att hennes utbildning och kunskaper underlättade känslan av att ”fånga stunden” i mötet. Hon upplevde att hon förmedlade en trygghet som hängde samman med sin kunskap och profession som sjuksköterska och den tryggheten upplevde sjuksköterskan att den äldre ofta kände. En sjuksköterska uttryckte detta som:

... men har man jobbat i så många år så lär man sig ju ett och annat.. man lär sig vad man ska fråga om och man får veta det man vill veta.

Genom att förmedla förtroende och våga vara nära

Den egna personligheten påverkade sjuksköterskan i mötet med den äldre. Om sjuksköterskan var lugn, trygg och sansad som person förmedlades detta ofta i mötet med den äldre och ett mer naturligt förtroende uppstod dem emellan. Att som sjuksköterska våga prata med den äldre om det som upplevdes svårt och tungt var av stor betydelse för närvarandet. Sjuksköterskan menade att det var viktigt att inte känna rädsla utan vara trygg med sin kunskap genom att hon visste att det inte alltid finnas svar på alla frågor. Det viktigaste var att vara där och i mötet med den äldre. Närhet som kramar och att hålla i handen menade sjuksköterskan var ofta uppskattat av den äldre och gav många gånger både tröst och styrka i mötet samt bjöd in till mötet, ökade känslan av ”fånga stunden”. En sjuksköterska uttryckte detta som:

*... om det är någon som är väldigt avig och aggressiv.. det har ju hänt va..
men information och vänligt bemötande och till och med att man kramar dom
så kan dom lugna sig och bli mer mottagliga.*

Genom att vara ödmjuk, lyhörd och tillgänglig

Genom att vara lyhörd och tillgänglig upplevde sjuksköterskan att nivån blev mer jämlik och hon upplevde att hon som gäst hos den äldre blev inbjuden till mötet och kunde därigenom uppleva känslan av att ”fånga stunden” tydligare. Sjuksköterskan upplevde också att det var viktigt att bekräfta den äldre och visa ödmjukhet i mötet. Om hon inte var tillgänglig för olika signaler hos den äldre i mötet kunde känslan av ”fånga stunden” minska. Sjuksköterskan betonade även betydelsen av att kunna erkänna om hon gjort något ”fel” i mötet genom att försöka gottgöra detta om det behövdes. Sjuksköterskan beskrev att det var viktigt att inte ha ”taggarna” utåt i mötet eftersom det upplevdes minska ”fånga stunden”. Det upplevdes viktigt av sjuksköterskan att möta den äldre i mötet genom att lyssna och höra på vad som sades och inte sades samt bekräfta den äldre i sin upplevelse av detta. En förmåga hos sjuksköterskan upplevdes vara att hon såg mer hos den äldre än vad som blev sagt vilket gjorde att förståelsen dem emellan blev god. En sjuksköterska uttryckte detta som:

*... förr kanske man lirkade fast nu kanske man struntar i och lirka.. man
kanske struntar i saker som inte är så viktiga och går på deras linje och säger
att, ok vi gör.. vi testar som du vill.. så går man halva vägen också.*

Att vara närvarande

Att vara närvarande möjliggjordes: ”Genom att vara här och nu och lägga allt annat åt sidan” och ”Genom att känna av, ha tålamod och ta sig tid”.

Genom att vara här och nu och lägga allt annat åt sidan

Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att vara närvarande där och i mötet när hon var hos patienten och inte försöka tänka på allt övrigt som skulle göras. Sjuksköterskan menade att självkännedom om sin förmåga att hantera stress var en viktig aspekt i den upplevda känslan av att ”fånga stunden” i mötet. Sjuksköterskan beskrev vikten av att ta ett steg tillbaka, att ta ett djupt andetag och ”skaka” av sig känslan av stress och arbetsbörda innan mötet med den äldre för att de bästa förutsättningar för att ”fånga stunden” skulle infinns. Sjuksköterskan upplevde att om den äldre kände av hennes stress ville inte den äldre vara ”till besvär” och

upplevelsen av att ”fånga stunden” begränsades omedelbart. En sjuksköterska uttryckte detta som:

... när jag går hem till någon liksom bara att.. tjoop, skaka av mig allt och att vara lugn.

Genom att känna av, ha tålamod och ta sig tid

Sjuksköterskan upplevde att tålamod var en egenskap som påverkade upplevelsen av att ”fånga stunden”. Genom att ha en förmåga att ta sig tid i mötet och även att kunna förmedla detta skapades förutsättningar för att ”fånga stunden”. Om sjuksköterskan förmedlade en otålighet till den äldre stängdes dörrar omedelbart för förutsättningar till ett gott möte. Genom att skapa en känsla av samhörighet upplevdes känslan av att ”fånga stunden” tydligare. Ibland kunde det räcka med att sjuksköterskan satt ned en stund och drack kaffe med den äldre utan att samtala eftersom känslan av samhörighet och förståelse räckte dem emellan just den stunden vilket uppskattades av den äldre. Sjuksköterskan betonade även vikten av att försöka uppnå en nivå i mötet med den äldre där båda kände sig likvärdiga. Genom att visa respekt för den äldre, för dennes hem och rutiner upplevde sjuksköterskan att nivån blev mer jämlik. Det var viktigt att knacka och invänta svar samt ta av sig skorna när sjuksköterskan kom hem till den äldre och genom en sådan handling visade sjuksköterskan att hon kom som gäst till den äldre. En sjuksköterska uttryckte detta som:

... man gör det bästa av situationen för man är faktiskt gäst när man kommer hem till patienten.. det är ju jag som är besökande som ska vara i underläge.. det är inte ok för oss att ta plats.

Att bygga broar

Att bygga broar möjliggjordes: ”Genom att skapa harmoni och inte pressa på”, ”Genom att ha fantasi”, och ” Genom att ha ett genuint intresse och våga vara uppriktig”.

Genom att skapa harmoni och inte pressa på

Genom att förmedla harmoni och lugn så skapades även förutsättningar för kommande möten och den äldre kände trygghet och förtroende inför denna kontinuitet vilket möjliggjorde upplevelsen av att ”fånga stunden”. Sjuksköterskan beskrev vikten att uppleva harmoni med sig själv och med sitt arbete. Det upplevdes viktigt att få ha roligt och att få skratta ihop med

den äldre. Sjuksköterskan betonade betydelsen av att låta den äldre få prata om det som var viktigt just för stunden genom att visa att hon fanns där och var tillgänglig vilket ökade känslan av att ”fånga stunden” i mötet. Det betonades även vikten av att visa intresse för den äldre och hans/hennes situation genom att våga vara glad och skämtsam och även visa att hon kände glädje av att vara där i mötet hos den äldre. Sjuksköterskan beskrev förmågan att känna sig för i mötet med den äldre och inte pressa på genom att vara lyhörd för olika signaler som den kan äldre visa. Om olika signaler inte kändes av kunde upplevelsen av att ”fånga stunden” och mötet fick sämre förutsättningar. Att ta ett steg tillbaka i mötet och vänta in den äldre upplevdes viktigt. En sjuksköterska uttryckte detta som:

... det kan ju bli jättebra möte med patienten eller sämre.. beroende på att de inte är mottagliga på att ta emot vänlighet eller information eller något, då är det lite jobbigt.. ja, då får man nog backa lite.. låta informationen lägga sig lite och så får man ta upp det igen vid ett senare tillfälle.. det känns väldigt tydligt när det är så.

Genom att ha fantasi

Många gånger krävdes det fantasi hos sjuksköterskan för att hon skulle uppleva ”fånga stunden” i mötet. Ibland kunde ett fotografi och samtal kring detta bana vägen för den fortsatta kontakten med patienten där och i mötet. Genom att sjuksköterskan fokuserade samtalet på något som den äldre var intresserad av, banades vägen till att den äldre kände sig avslappnad och mer harmonisk. Detta resulterade i en tydlig känsla av att ”fånga stunden” i mötet. Sjuksköterskan beskrev också mötet som en utmaning där hon ibland upplevde sig vara som en ”detektiv” genom att finna olika vägar till att ”fånga stunden”. Sjuksköterskan kunde till exempel plocka och ta med sig vilda blommor till mötet med den äldre vilket öppnade ”dörrar” till känslan av att ”fånga stunden” och den känslan fanns sedan kvar som en positiv händelse i kommande möten. En sjuksköterska uttryckte detta som:

... ibland kan jag uppleva möten som är svåra när dom inte kan språket.. det blir komplicerade möten ibland.. det är då man får gå på kroppsspråk och så.. på något konstigt vis så förstår vi varann ändå.. hon sitter och pratar och jag förstår inte vad hon säger men jag tror att man tar sig tid och stannar en stund och inte visar med kroppen att man är stressad.. det tror jag är konst i ett bra möte att vara där och då.

Genom att ha ett genuint intresse och våga vara uppriktig

Mötet upplevdes få bättre förutsättningar om sjuksköterskan satte sig ner och visade ett intresse för den äldre samt visade att det fanns tid för detta. Det uppstod då ett lugn och en ömsesidig förståelse emellan vilket skapade en förståelse och samhörighet i mötet. Sjuksköterskan upplevde även att den äldre fick en känsla av kontroll över sin situation på ett mer begripligt sätt. Det fanns utrymme för frågor och även svar vilket skapade förutsättningar för upplevelsen av att ”fånga stunden”. Även uppriktighet var något som sjuksköterskan upplevde vara av stor betydelse. Genom att vara uppriktig och lämna information på ett tydligt och ärligt sätt till den äldre skapades förutsättningar för mindre missförstånd och fokus fanns mer på mötet där och då vilket skapade förutsättningar för att ”fånga stunden”. En sjuksköterska uttryckte detta som:

...man sätter sig ner och att dom känner att man har tid för dom.. att man är genuint intresserad.. det är viktigt att de känner att man har tid och inte visa att man är stressad.

TOLKAD HELHET OCH REFLEKTIONER

Utifrån Rudolfssons (2007) modell kan tolkning av att ”fånga stunden” vara att möjliggöra förutsättning för att ”fånga stunden” genom sjuksköterskans förmåga att ”bjuda in” den äldre till mötet, vilket utgår från hennes erfarenhet, kunskap och professionalitet. Relation skapas genom förmedling av ömsesidig inbjudan till mötet och sjuksköterskan får glimtar av den äldres ”hemliga skrift” genom ord och tankar. Även fysisk och emotionell omvårdnad är en viktig förmåga genom att sjuksköterskan visar sig tillgänglig i mötet och signalerar ”här är jag”. För att skapa de bästa förutsättningar att ”fånga stunden” och ”vara närvarande” i mötet tycks egenskaper såsom tålmod, förmåga att hantera stress samt ta sig tid vara betydelsefulla. Sjuksköterskans förmåga att förmedla ömsesidighet och gemenskap i mötet skapar förutsättningar för samhörighet och förståelse med den äldre. Genom att sjuksköterskan ger av sin tid till den äldre i ”den gemensamma världen” uppstår en känsla av närvaro. ”Inför kommande möten skapas förutsättningar här och nu genom ”att bygga broar” och sjuksköterskans egenskaper och förhållningssätt som att förmedla harmoni och inte pressa på, förmåga till fantasi och sinne för humor. Även sjuksköterskans genuina intresse för den äldre och dennes situation skapar förutsättningar för att i framtiden kunna ”fånga stunden” samt hennes förmåga att förmedla sin inre kallelse och glädje till den äldre (a.a.).

Reflektioner och diskussion

Att bjuda in

... genom att sjuksköterskan givit sin tid till patienten... den sammanhängande helheten.. växer trivseln och erfars som en gemensam värld. Tiden är skapandet av något nytt genom sjuksköterskans närvaro och hennes beskydd av patienten som hon tålmodigt tar sig nödvändig tid för (Rudolfsson, 2007, s. 57).

Sjuksköterskan bjuder in den äldre i mötet genom sin erfarenhet, kunskap och professionalitet. Genom en förmåga att förmedla ett lugn och ett förtroende skapas ett mer naturligt förtroende dem emellan vilket också Benzein et al. (2012) betonar skapar förutsättningar i mötet. Enligt Finch (2005) vill sjuksköterskan förmedla en professionell trygghet och säkerhet till patienten eftersom denne bör lita på och ha förtroende för sjuksköterskan. En god ömsesidig relation där patienten känner sig väl till mods i mötet är en förutsättning för att ”fånga stunden”. Sjuksköterskan som person är nyckeln till utvecklingen av förtroende (Belcher & Jones, 2009), vilket ses som en process mellan sjuksköterskan och patienten. Detta framkommer också i denna studie. Det är dock viktigt att sjuksköterskan kan erkänna sina begränsningar om det uppstår någon relationssvårighet mellan sjuksköterskan och den äldre.

Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt att inte vara rädd för närhet gentemot den äldre i mötet. Att ha förmåga till att både ge fysisk och emotionell omvårdnad där känslor, tankar och handlingar kan integreras i mötet med den äldre, skapar förutsättningar för upplevelsen av att ”fånga stunden” (Rehnsfeldt, 2012). Öhman och Söderberg (2004) fann att genom förmåga att dela ömhet i mötet upplevdes närheten mellan sjuksköterskan och patienten som en gåva. Närheten dem emellan i mötet växte genom småprat och beröring som upplevdes som naturligt. Detta påvisas också i denna studie där sjuksköterskan upplevde att närhet som till exempel kramar och att hålla den äldres hand många gånger gav både tröst och styrka i mötet. Även Swanson (1993) betonar vikten av sjuksköterskans närvarande både fysiskt och känslomässigt. Detta är dock inte alltid fallet, vilket framkommer i en studie av Caris-Verhallen, Kerkstra och Bensing (1999), där sjuksköterskors ”beröring” mellan dem och patienten fokuserade mer på praktiska handlingar än närhet. Den känslomässiga beröringen gentemot patienten innebar mest blickar och huvudskakningar från sjuksköterskorna. Även Finch (2005) betonar att sjuksköterskor behöver mer kunskap om samspelet mellan patient och sjuksköterska. Finch menar att omsorg handlar om ett inneboende känslomässigt svar som

uppstår och kommuniceras med specifika beteende genom sjuksköterskans samspel med patienten. Oberle och Allen (2001) anser att det inte går att lära ut omvårdnad eftersom det är något inneboende hos människan, ”något som bara finns” vilket också författaren upplever.

Finch (2005) och Finfgeld-Connet (2008) anser i sina studier att sjuksköterskornas förmågor, som att vara vänlig i sitt bemötande, ärlig och uppriktig samt deras genuina intresse av patienten, var en förutsättning för att etablera en god relation och närvaro dem emellan. Även i resultatet i denna studie framkommer att sjuksköterskans förmåga att känna respekt för den äldre och vara lyhörd och tillgänglig i mötet vara av betydelse för att uppleva känslan av att ”fånga stunden”. Att lyssna på vad den äldre säger men även det som inte sägs upplevdes av sjuksköterskan vara av yttersta vikt men även att bekräfta den äldre i dennes känsla vilket också Swanson (1993) betonar betydelsen av. Swanson menar att den äldre måste få ha sin egen upplevelse av sin situation och att sjuksköterskan bör finnas där ”*being with*” som stöd och bekräfta den äldres upplevelse utan egen värdering hos sjuksköterskan. Enligt Gustin (2012) har sjuksköterskan som visar medkänsla en grundläggande kännedom om sin egen sårbarhet, en förmåga att vara närvarande i mötet med den äldre vilket också författaren anser vara en god egenskap. Eriksson (1987) skriver att vårdandets kärna innebär förmåga hos sjuksköterskan att förmedla kärlek i en vilja att hjälpa, beskydda och lindra lidande till den äldre. Den äldre blir inbjuden till vården som en gäst där det erbjuds vila och skydd av sjuksköterskan om hon behärskar konsten att tillämpa sitt kunnande vilket förutsätter ett genuint intresse, en inre kallelse och glädje i mötet med den äldre.

Det är av vikt att sjuksköterskan visar respekt för den äldres självbestämmande, integritet och rutiner i mötet när hon kommer hem till den äldre, vilket även sjuksköterskan i föreliggande studie upplevde. Om sjuksköterskan var artig, visade respekt för den äldre och var tillmötesgående skapades förutsättningar för att ”fånga stunden” i mötet vilket är i linje med Benzein et al. (2012). Vården uppfattades mer jämlik mellan sjuksköterskan och den äldre genom att sjuksköterskan visade respekt för den äldres rutiner och hem. Känslan av att ”fånga stunden” blev tydlig för sjuksköterskan som upplevde sig bli inbjuden till mötet. Rudolfsson (2007) menar att sjuksköterskan som bjuder in blir inbjuden till mötet, men ibland kan inbjudan från den äldre vara svår att identifiera. Genom sjuksköterskans förmåga att se den unika patienten och dennes livsvärld möjliggörs dennes inbjudan tydligare.

Öhman och Söderberg (2004) samt Benzein et al. (2012) framhåller att för att uppnå en nära relation, krävs att sjuksköterskan har tid och är engagerad samt har en förmåga att förmedla

en känsla av tillgänglighet. Detta menar även Rudolfsson (2007) och skriver att sjuksköterskan kan se den äldre som ”en hemlig skrift” genom att hon ställer sig själv till förfogandet med en varsamhet där en relation skapas genom en ömsesidig inbjudan till mötet. Sjuksköterskan lyssnar på den äldre, tränger sig inte på utan försöker att upptäcka något djupare, få en visshet om den äldre genom att skapa en gemensam värld. Den äldre kan i den gemensamma världen fritt uttrycka sina tankar och känslor och sjuksköterskan blir bättre på att tyda den äldres ”hemliga skrift” och genom glimtar av dennes värld kan hon uppleva en djupare förståelse i mötet dem emellan.

Att vara närvarande

... I den gemensamma världen existerar en beröring och närhet som patienten varseblir som att sjuksköterskan bryr sig om honom. Ethos, ansiktets ansvar – ”här är jag” ger i den gemensamma världen betydelsen av sjuksköterskans aktiva närvaro (Rudolfsson, 2007, s.79).

Sjuksköterskan upplevde betydelsen av att inte förmedla sin egen känsla av stress i mötet med den äldre, samt betonade vikten av självkänedom och sin förmåga till stresshantering. Gustavsson et al. (2010) betonar betydelsen av att förebygga stress och anser att sjuksköterskan livssyn, som innebär att hon är öppen för andras inneboende resurser, begränsningar och möjligheter, ökar möjligheten för vad som är påverkbart och därmed kan upplevd stress minskas hos henne. Tålmod är en livssyn som kan förebygga upplevd stress och sjuksköterskan i föreliggande studie upplevde att den äldres bemötande begränsades om hon var stressad och förmedlade en otålighet vilket försvårade upplevelsen av att ”fånga stunden” eftersom den äldre inte ville vara ”till besvär” (a.a.). Detta menar också Nurminen (2012) att den äldre ibland inte vågar ge uttryck för sitt behov i mötet eftersom sjuksköterskans tid upplevs som pressad. En tidigare studie påtalar vikten av att kvaliteten på omvårdnaden kring den äldre kan påverkas negativt om inte sjuksköterskan har förmåga att bekräfta sig själv som ”att hon duger” och att hon ”gör så gott hon kan” utifrån de förutsättningar som finns i gällande omvårdnadssituation (Ericson-Lidman & Strandberg, 2013). Även Swanson (1993) belyser vikten av att sjuksköterskan är närvarande för en annan människa, men ”being with” bör ske på ett sätt som skyddar sjuksköterskan från utbrändhet genom att inte ta den äldres bekymmer ”personligt” och göra det till sina egna.

Att vara sant närvarande är enligt Öhman och Söderberg (2004) förmåga att som sjuksköterska förstå och dela patientens upplevelse av sin situation samt våga visa sin egen

sårbarhet. I resultatet upplevde sjuksköterskan att en ömsesidighet och gemenskap i mötet mellan henne och den äldre uppstod och denna gemensamma upplevelse förenade dem i mötet vilket är i överensstämmelse med Rehnsfeldt (2012) och Rudolfsson (2007). De menar även att ömsesidigt förtroende är nödvändigt och det förutsätter att en relation etablerats och att ansvaret delas gemensamt. När sjuksköterskan ställer sig till förfogande i mötet med den äldre och de möts ”ansikte mot ansikte” känner den äldre att hon ger av sin tid och något av sig själv. Hon signalerar då ”här är jag” och jag är tillgänglig (Rudolfsson, 2007). I föreliggande studie upplevde sjuksköterskan att nivån dem emellan blev mer jämlik och respektfull genom att det skapades en känsla av samhörighet och förståelse i mötet mellan henne och den äldre. Sjuksköterskans önskade även kunna förmedla en tillgänglighet till den äldre i mötet. Benzein et al. (2012) menar att sjuksköterskan bör vara medveten om att när hon går in i ett möte är hon medskapare i det som sker, både sjuksköterskan och den äldre har med sig både styrkor och svagheter in i relationen. Roxberg, Eriksson, Rehnsfeldt och Fridlund (2008) menar att det är viktigt att sjuksköterskan inte ”tar över” patientens upplevelse och gör den till sin egen. Det finns då en risk att det uppstår ett ”tomrum” i relationen mellan sjuksköterskan och den äldre vilket kan skapa svårigheter i mötet dem emellan för att uppnå känslan av att ”fånga stunden” vilket även Swanson (1993) menar.

Att bygga broar

... en gemensam värld är sjuksköterskans gåva till patientens tid. En tid som de sedan delar tillsammans och tillsammans ger ett gemensamt innehåll. Sjuksköterskan visar patienten på det meningsfulla i det förflutna, nuet och i framtiden (Rudolfsson, 2007, s. 61).

I föreliggande studie beskriver sjuksköterskan vikten av att känna harmoni med sig själv och sitt arbete. Sjuksköterskan betonar modet av att våga ha roligt, och skratta ihop med den äldre samt visa glädje över att få vara delaktig i mötet. I studier framkommer att sjuksköterskans humoristiska förhållningssätt hjälpt patienter att behålla sin värdighet och ha möjlighet att hantera obehagliga omvårdnadsåtgärder trots sin svåra livssituation. Om patienten upplevde att sjuksköterskan hade sinne för humor hjälpte detta förhållningssätt patienten att uttrycka sina behov och önskningar på ett bekvämt och effektivt sätt. Humor baserad på ömsesidig respekt hjälpte sjuksköterskan att klara av sitt arbete och den professionella relationen när det upplevdes tungt och stressigt (Åstedt-Kurki, Isola, Tammentie & Kervinen, 2001; Dean & Major, 2008; Åstedt-Kurki & Isola, 2001).

I sjuksköterskans omvårdnadsarbete kan det goda mötet upplevas i samspelet mellan sjuksköterska och den äldre genom att hon har en förmåga till följsamhet, lyhördhet och en förmåga till ömsesidighet i mötet med den äldre. I föreliggande studie beskrivs vikten av sjuksköterskans lyhördhet för den äldres signaler i mötet, samt att inte pressa på utan lyssna på vad som sägs genom att visa en tillgänglighet och intresse. Swanson (1993) menar att oavsett hur den äldre upplever sin situation bör sjuksköterskan finnas där och försöka att hjälpa till genom att förmedla en känsla av meningsfullhet oavsett vad som händer och sker och förmedla en tro på den äldres egen kapacitet "*maintaining belief*". Om sjuksköterskan kan dela patientens upplevelse genom att se patienten som en människa i sitt eget sammanhang menar Öhman och Söderberg (2004) att närvarandet och total uppmärksamhet skapar en känsla av förtroende hos patienten. En sådan relation förmedlar en ömsesidig förståelse och sker i en ömsesidig närvaro och gemenskap. Det genuina intresset för den äldre upplevdes i föreliggande studie som en förutsättning för sjuksköterskan att "fånga stunden" i mötet. Sjuksköterskan upplevde att det var viktigt för den äldre att "ha kontroll" på ett begripligt sätt över sin situation vilket krävde uppriktighet hos henne när hon informerade den äldre. Swanson (1993) menar att sjuksköterskans vårdande förhållningssätt är att upprätta en tro på den äldres resurser i allmänhet och en strävan att förstå händelser som är av betydelse för den äldre i synnerhet "*knowing*". I föreliggande studie framkommer att om sjuksköterskan skapade förutsättningar i mötet med den äldre och det uppstod färre missförstånd kunde fokus läggas mer på mötet där och då.

Sjuksköterskans förmåga att etablera en närvaro kräver omsorg, tillförsikt, kreativitet och upplevd respekt till den äldre för att känslan av att "fånga stunden" skall bli tydlig vilket även sjuksköterskorna i föreliggande studie beskrev. De upplevde det som en utmaning när fantasi banade vägen för mötet samt kommande möten. Den positiva, harmoniska och avslappnade känslan upplevdes i mötet och även i kommande möten genom att de kunde fokusera samtalet på något som den äldre var intresserad av eller att de var "detektiver" och fann samtalsämnen. Finch (2005) menar att sjuksköterskan har önskan om genuin kommunikation och interaktion med patienten som möjliggör förutsättningar för det goda mötet vilket kan upprätthållas genom förmedling av värme och vänlighet. Om sjuksköterskan kan förmedla harmonisk känsla och intresse för den äldre kan en god relation skapas i mötet. I föreliggande studie framkommer även vikten av att sjuksköterskorna hade förmåga att ha tid till att stanna kvar en stund extra och småprata vilket även Millard et al. (2006) menar att den äldre kände sig

delaktig i mötet och i omvårdnaden genom att sjuksköterskan hade förmågan att bekräfta den äldre som jämbördig genom att ”småprata” vilket upplevdes skingra gränserna dem emellan.

Reflektioner över genomförande och begränsningar

Syftet med studien var att tolka och förstå sjuksköterskans upplevelse av att ”fånga stunden” i mötet med den äldre i hemsjukvården. Genom att använda kvalitativ ansats utifrån Gadamer teori med avsikten att fånga upplevelser och tolka dessa anses valet av metod svara mot syftet. I all livsvärldsforskning är strävan att upptäcka, analysera, klargöra och beskriva olika innebörder och empirisk-hermeneutisk ansats är en lämplig undersökningsmetod när fokus och syftet är att tolka och förstå människors upplevelser (Polit & Beck, 2008). Författaren önskade även att den egna förförståelse skulle få vara med eftersom den upplevdes som en tillgång när intervjuerna och analysen gjordes. Enligt Gadamer (1960/1990) skall förförståelsen uppfattas som något positivt och menar att det aldrig kan utvecklas någon förståelse utan förförståelse. Förförståelsen är nödvändig för att ny djupare kunskap skall framträda och skall inte elimineras. Dock är det viktigt att vara medveten om att förförståelsen kan begränsa öppenheten eftersom intervjufrågan är riktad mot ett specifikt syfte vilket också Gadamer menar att de öppna frågorna har en begränsning.

Sju sjuksköterskor visade sitt intresse av att delta i studien och att delge sina upplevelser av att ”fånga stunden” i mötet med den äldre. Informanternas berättelser delgavs utifrån deras olika upplevelse och situationer av skiftande möten som berikat dem i förhållande till att ”fånga stunden” med den äldre. Urvalet av sjuksköterskor med erfarenhet av hemsjukvård ansågs relevant till syftet. Det är dock möjligt att urvalet ”hämmades” utifrån författarens önskan om att sjuksköterskan skulle ”uppleva” sig vara duktig på att ”fånga stunden” i mötet med den äldre samt ha några års erfarenhet av arbete med hemsjukvård. Samtliga informanter var kvinnor vilket kan påverkat resultatet och dess validitet, men urvalet var något som författaren själv inte styrde över.

En möjlig begränsning gällande intervjuerna kan vara ovanan att intervjua. Intervjuerna upplevdes dock bli ”bättre” allteftersom fler genomfördes. Informanten ombads berätta om ett bra möte med den äldre patienten och författaren hade under den kvalitativa intervjun följdfrågor som kunde ställas om det behövdes guidning mot syftet under intervjun. Enligt Dahlberg et al. (2008) är det viktigt att intervjuaren inte tar något för givet utan försöker att få informanten att berätta mer, förtydliga sig och ge exempel. Risken finns att en rutinerad intervjuare förlorar koncentrationen när frågeställningarna inte kommer naturligt och

öppenheten hos informanten kan gå förlorad. En medvetenhet finns att både informanten och intervjuaren sätter sin prägel på varje enskild intervju genom sitt kroppsspråk, bemötande, tystnad och yttranden. Författaren har dock eftersträvat att försöka vara ”sig själv” vid intervjuerna samt eftersträvat en öppenhet och följsamhet gentemot informanterna. Sju informanter intervjuades vilket upplevdes vara hanterbart när materialet skulle bearbetas och analyseras.

Under analysarbetets början upplevdes en känsla av att ”inte finna någonting” men allteftersom texten lästes om och om igen, infann sig ett stadium då texten började ”tala” med författaren och olika tolkningar började komma fram. Gadamer (1960/1990) betonar vikten av att texten samtalar med forskaren samt att det utvecklas ett växelspel mellan texten, den egna erfarenheten och förförståelsen till en gemensam upplevelse vilket han kallar för horisontsammansmältning. Författaren upplevde utifrån den gemensamma dialogen under analysarbetet att det uppstod en gemensam horisont samt ny tolkning och förståelse av texten.

Ur intervjuerna växte det fram en ny helhet genom tolkningar som svarade mot syftet och huvudteman och underteman skapades. Det nya resultatet sammanställdes utifrån en ny förståelse och validiteten stärktes ytterligare genom att relevanta citat användes. Författaren upplevde att den nya förståelsen som framkom även med lätthet kunde förstås av andra.

Reliabilitet och validitet

Genom att beskriva förförståelsen, urval, genomförandet av datainsamlingen, samt analysprocessen, hur den gjordes och vilka tolkningar som framkom ökar validiteten enligt Nyström (2007). Författaren är medveten om att förförståelsen både kan vara en tillgång och ett hinder, men upplever att det tolkade resultatet svarar mot syftet. Validiteten har ökat genom att informanterna fått prata fritt, utifrån syftet, och berättat om upplevelser och erfarenheter utan att känna att forskarens upplevdes styrande.

Reliabiliteten ökar enligt Nyström (2007) genom beskrivning av kvaliteten på teknisk utrustning som användes i intervjuerna. Även författarens förförståelse samt dennes förmåga och brister att göra bra intervjuer beskrivs. Upplevelsen av att de första intervjuerna gick lite ”sämre” beskrivs men även att följsamheten hos författaren ökade allteftersom intervjuerna fortskred. Intervjuerna förändrades över tid allteftersom rollen som intervjuare blev tryggare, vilket kanske påverkat resultatet. Dock upplevs inte detta som något negativt och i intervjuerna framkom sjuksköterskornas upplevelser av att ”fånga stunden” i mötet med den äldre i hemsjukvården, vilket tolkades av författaren och framställs i resultatet.

Resultatet presenteras med tre huvudteman och underteman. För att styrka resultatets validitet ytterligare har citat används som författaren utifrån sin tolkning ansett som rimlig. Dock finns det en medvetenhet om att resultatet kunde framställas av andra på annorlunda sätt beroende på att alla har vi olika förförståelse och tolkningar av upplevelser. Studien har fortlöpande diskuterats med handledaren samt kurskamrater och övriga lärare som ingår i kursen för examensarbetet. Informanternas integritet och konfidentialitet har säkerställts genom att resultatet presenteras i löpande text under respektive teman där det inte framkommer vad någon enskild sjuksköterska sagt.

Klinisk- och praktisk relevans

Grunden för den fortsatta omvårdnadsrelationen mellan sjuksköterska och den äldre skapas genom dialog och handling i mötet. Föreliggande studie kan användas som utgångspunkt och hjälpa sjuksköterskor att reflektera över betydelsen av att ”fånga stunden” i mötet samt sina egenskaper och förmågor som kan bidra till det goda mötet. Betydelsen av att ”stanna upp” och reflektera över varför jag handlar som jag gör i mötet med den äldre kanske kan förändra upplevelsen av mötet och mitt förhållningssätt? Vågar jag vara mer närvarande i mötet genom att visa ömhet och närhet samt förmedla en ökad tillgänglighet för den äldre? Enligt tidigare studier är sinne för humor ett förhållningssätt hos sjuksköterskan som ofta uppskattas hos den äldre och är även ett sätt för sjuksköterskan att hantera svåra situationer och upplevd stress för sin egen del vilket kan förebygga utbrändhet.

Föreliggande studie kan vara till hjälp för nyutexaminerade sjuksköterskor som inte har så stor erfarenhet av hemsjukvård i allmänhet och av den äldre erfarna i hemsjukvården i synnerhet. Å andra sidan kanske studien kan vara en ”väckarklocka” för erfarna sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor som arbetar i hemsjukvården om att förhållningssätt och inställning till omvårdnaden och den äldre är föränderlig. Att uppnå en djupare dimension gällande mötet, dess betydelse både här och nu och inför kommande möten kan vara av betydelse för att ”fånga stunden”.

Förslag till framtida forskning

Utifrån resultatet i föreliggande studie är fortsatt fördjupning och förståelse kring mötet och sjuksköterskans upplevelse av mötet med den äldre i hemsjukvården viktig. Fördjupad forskning och ökad medvetenhet om betydelsen av känslomässig beröring i omvårdnaden av den äldre samt humors betydelse kan vara av relevans att studera. Även hur den äldre

upplever mötet, omvårdnadshandlingar och relation i förhållande till sjuksköterskan vore av intresse att fördjupa sig i vilket kan leda till vidare utveckling och fördjupning.

Många gånger ställs sjuksköterskan i hemsjukvården inför komplexa omvårdnadssituationer vilket framkommer i föreliggande studie, där självständiga bedömningar måste göras vilket kännetecknas som omvårdnad på avancerad nivå. Kanske bör sjuksköterskorna i hemsjukvården ha mer specifik kompetens gällande äldre för att ha möjlighet att möta dessa patienter och deras specifika behov i sina egna hem och ge omvårdnad på avancerad nivå? Kan specifik kompetens hos sjuksköterskan minska upplevelsen av stress gällande patientansvaret och deras omvårdnadsbehov? Fortsatt forskning kring betydelsen av avancerad omvårdnad i hemmet för patienten men även för sjuksköterskan, kanske kan fördjupa mötets betydelse, upplevelsen av stress samt omvårdnaden och dess komplexitet ytterligare?

REFERENSER

- Asp, M., & Fagerberg, I. (2012). Begreppsutveckling på livsvärldsfenomenologisk grund. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 65-77). Lund: Studentlitteratur.
- Belcher, M., & Jones, L. K. (2009). Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse*, 31, 142-152.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012). Relationen mellan familj och sjuksköterska – ett systemiskt förhållningssätt. I M. Benzein, M. Hagbert, & B-I. Saveman (Red.), *Att möta familjer inom vård och omsorg* (ss 47-58). Lund: Studentlitteratur.
- Bökberg, C., & Drevenhorn, E. (2010). Omvårdnad av vuxna och äldre. I E. Drevenhorn (Red.), *Hemsjukvård* (ss. 91-107). Lund: Studentlitteratur.
- Caris-Verhallen, W., Kerkstra, A., & Bensing, M. J. (1999). Non-verbal behavior in nurse-patient communication. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 808-818.
- Codex, regler och riktlinjer för forskning. *Sykepleiernes samarbeid i Norden northern nurses federation*. <http://codex.vr.se/forskningmanniska.shtml>
- Cronenwett, L., Sherwood, G., Pohl, J., Barnsteiner, J., Moore, S., Sullivan, D. T., ... Warren, J. (2009). Quality and safety education for advanced nursing practice. *Nursing Outlook*, 57, 338-348.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dean, R. A. K., & Major, J. E. (2008). From critical care to comfort care: the sustaining value of humour. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1088-1095.
- Dwyer, A. (2008). *Dignity in the end of life care – what does it mean to older people and staff in nursing homes?* Örebro: Akademisk avhandling, Örebro Universitet.
- Ericsson, I. (2011). Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre. I M. Ernst Bravell (Red.), *Äldre och åldrande* (ss 308-321). Stockholm: Gothia.
- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Almqvist & Wiksell, Stockholm.

- Ericson-Lidman, E., & Strandberg, G. (2013). Dealing with troubled conscience in municipal care of older people. *Nursing Ethics*, 20(3), 300-311.
- Finch, L. P. (2005). Nurses' communication with patients: examining relational communication dimensions and relationship satisfaction. *International Journal for Human Caring*, 9(4), 14-19.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative convergence of three nursing concepts: art of nursing, presence and caring. *Journal of Advanced Nursing*, 63(5), 527-534.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 321-332). Lund: Studentlitteratur.
- Gadamer, H-G. (1960/1990). *Sanning och metod i urval*. Göteborg: Daidalos AB.
- Gunnarsson, R. (2009). <http://www.infovoice.se/fou/>
- Gustafsson, G., Eriksson, S., Strandberg, G., & Norberg, A. (2010). Burnout and perceptions of conscience among health care personnel: A pilot study. *Nursing Ethics*. 17(1), 23-38.
- Gustin, W. L. (2012). Medlidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 307-318). Lund: Studentlitteratur.
- Hudacek, S. S. (2008). Dimensions of caring: A qualitative analysis of nurses' stories. *Journal of Nursing Education*, 47(3), 124-129.
- Josefsson, K. (2009). *Sjuksköterskan i kommunens äldreomsorg och äldreomsorg*. Stockholm: Gothia.
- Lykkeslet, E., & Gjengedal, E. (2006). How can everyday practical knowledge be understood with inspiration from philosophy? *Nursing Philosophy*, 7, 79-89.
- Millard, L., Hallett, C., & Luker, K. (2006). Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 142-150.
- Nurminen, M. (2012). Tid – vårdande tid. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss 279-290.). Lund: Studentlitteratur.
- Nyström, M. (2007). <http://www.infovoice.se/fou/>

- Näsman, Y., Lindholm, L., Eriksson, K. (2008). Caritativ vårdetik – vårdandets ethos uttryckt i vårdarens tänkande och handlande. *Vård i Norden*, 28(2), 50-52.
- Oberle, K., & Allen, M. (2001). The Nature of Advanced Practice Nursing. *Nursing Outlook*, 49, 148-53.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8. Ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Rehnsfeldt, A. (2012). Ömsesidighet och gemenskap i vårdandet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 407-418). Lund: Studentlitteratur.
- Rehnsfeldt, A., & Arman, M. (2006). *Vårdande som lindrar lidande*. Stockholm: Studentlitteratur.
- Roxberg, Å., Eriksson, K., Rehnsfeldt, A., & Fridlund, B. (2008). The meaning of consolation as experienced by nurses in a home-care setting. *Clinical Nursing*, 17, 1079-1087.
- Rudolfsson, G. (2007). *Den perioperativa dialogen – en gemensam värld*. Akademisk avhandling. Department of Caring Science, Åbo Akademi University.
- SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling.
http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- SSF (2010a). *Kompetensbeskrivning: Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Riksförening för sjuksköterskan inom äldreomsorg & Svensk sjuksköterskeförening.
<http://www.swenurse.se/Publikationer--Remisser/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Kompetensbeskrivning-legsjukskoterska-med-specialistsjukskoterskeexamen/>
- SSF, Svensk sjuksköterskeförening. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

- SSF, Svensk sjuksköterskeförening. (2010b). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Summer, M. M. (2010). *Era delar är min helhet. En studie om att vara äldre och multisjuk*. Akademisk avhandling från Institutionen för hälsa- och vårdvetenskap Linneuniversitetet. Kalmar/Växjö: Linnaeus University Press, 50-103.
- Swanson, K. M. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *IMAGE; Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 352-357.
- Söderlund, M. (2012). Vårdande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (ss. 115-126). Lund: Studentlitteratur.
- Ulrich, C. M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., & Grady, C. (2010). Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66(11), 2510-2519.
- West, E., Barron, D. N., & Reeves, R. (2005). Overcoming the barriers to patient-centred care: time, tools and training. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 435-443.
- WMA (2008). World medical association declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. Åtkomst 27 juni 2013, från <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf>
- Åstedt-Kurki, P., Isola, A. (2001). Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 452-458.
- Åstedt-Kurki, P., Isola, A., Tammentie, T., Kervinen, U. (2001). Importance of humor to client-nurse relationships and clients' well-being. *International Journal of Nursing Practice*, 7, 119-125.

Öhman, M., & Söderberg, S. (2004). District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 858-866.



Institutionen för omvårdnad, hälsa och kultur
SE-461 86 Trollhättan