



**En grupp undersköterskors upplevelser av möten  
med vårdtagare i kommunal hemtjänst:**

**en intervjustudie**

**Författare: Maria Jönsson & Helena Nilsson  
Handledare: Anders Kauffeldt**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1  
Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, kurs SSK 00:V**

**Institutionen för omvårdnad  
November 2002**

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	2
<b>Omvårdnadens mellanmännsliga dimension</b>	2
<b>Förhållningssätt</b>	2
<b>Omvårdnad</b>	3
<b>Kommunikation</b>	4
<b>Sociokulturellt perspektiv</b>	5
<b>Kommunal hemtjänst</b>	6
<b>Organisation</b>	6
<b>Omvårdnad i hemmet</b>	7
<b>Personal i kommunal hemtjänst</b>	8
<b>SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR</b>	9
<b>METOD</b>	9
<b>Deskriptiv ansats</b>	10
<b>Intervju</b>	10
<b>Urval</b>	10
<b>Datainsamling</b>	11
<b>Etiska aspekter</b>	11
<b>Transkribering</b>	12
<b>Analys</b>	12
<b>RESULTAT</b>	13
<b>Bekräftelse</b>	14
<b>Relation</b>	14

<b>Närvaro</b>	14
<b>Lyhördhet</b>	15
<b>Behov</b>	15
<b>Respekt</b>	16
<b>Känslor</b>	16
<b>Positiva upplevelser</b>	17
<b>Svåra upplevelser</b>	17
<b>Kunskap</b>	18
<b>Praktisk erfarenhet</b>	18
<b>Gränssättning</b>	18
<b>Teoretisk kunskap</b>	19
<b>Sammanfattning av resultat</b>	20
<b>DISKUSSION</b>	21
<b>Metoddiskussion</b>	21
<b>Resultatdiskussion</b>	23
<b>REFERENSER</b>	26
<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1 Informationsbrev till enhetschef i kommunal hemtjänst	
Bilaga 2 Informationsbrev till undersköterskor i kommunal hemtjänst	
Bilaga 3 Intervjuguide	

**Arbetets titel:** En grupp undersköterskors upplevelser av möten med vårdtagare i kommunal hemtjänst: en intervjustudie  
A group assistant nurses experiences of encounters with clients in local homecare: an interview study

**Författare:** Maria Jönsson & Helena Nilsson

**Handledare:** Anders Kauffeldt

**Institution:** Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

**Arbetets art:** Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1

**Antal sidor:** 28

**Kurs:** Sjuksköterskeprogrammet 120 poäng, SSK 00:V

**Datum:** November 2002

---

### **Abstract**

The background describes the organisation of local homecare, theories about communication and caring. The aim of the study was to describe a group of assistant nurses lived experiences of encounters with clients in local homecare. Semi-structured, taped interviews were made with eleven assistant nurses. The interviews were typed out verbatim. The aim of the data-analysis was to identify themes and recurring commonalities, which were divided into categories. The results showed that the group of assistant nurses expressed awareness concerning the importance of encounters between assistant nurses and clients. The assistant nurses stated that their work contained both positive and difficult situations. A positive outcome depended on how well they were able to interact with clients. Lack of knowledge was described as the most common reason why some encounters were experienced as difficult. The discussion emphasises education and supervision in the context of local homecare.

**Keywords:** Attentiveness, communication, confirmation, emotions, knowledge

**Nyckelord:** Bekräftelse, kommunikation, kunskap, känslor, lyhördhet

## INLEDNING

I Hälso- och sjukvårdslag (SOSFS 1982:763) anges att målet för all hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vidare beskrivs hur vården ska vara av god kvalitet och tillgodose vårdtagarens behov av trygghet i vården. Omvårdnaden ska bygga på respekt för vårdtagarens självbestämmande och integritet. Vården genomsyras av en humanistisk människosyn, vilket bland annat innebär ett etiskt förhållningssätt gentemot vårdtagaren samt att all omvårdnad ska utformas individuellt.

Relationen vårdare – vårdtagare innebär att vårdtagaren befinner sig i en beroendeposition gentemot vårdare. För att skapa trygghet i denna relation krävs att vårdaren visar respekt för vårdtagaren. Att visa respekt innebär att utgå från att den andra är en individ med förmåga till ansvarstagande och med rätt att uttrycka sina känslor och åsikter (Holm, 1999). Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) benämner förhållandet mellan vårdare och vårdtagare för subjekt – subjektrelation, vilken här ses som handlande individer med egen vilja, egna mål, avsikter och resurser.

Sjuksköterskan har en arbetsledande funktion och arbetar i team tillsammans med andra professioner, exempelvis undersköterskor. Hälso- och sjukvårdslagen och åliggandelagen styr sjuksköterskans arbete. Med utgångspunkt i dessa lagar skall en legitimerad sjuksköterska inom sitt yrkesområde arbeta utifrån ett etiskt förhållningssätt, i överrensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskans arbetsuppgifter innefattar bland annat att handleda studenter och andra medarbetare, planera sitt arbete, arbeta i grupp, leda arbetslag samt att samarbeta med andra yrkesföreträdare (SOSFS 1995:15). Detta kräver lyhördhet och förståelse för varandras funktion och arbetssituation. Genom att hjälpa och stödja varandra i omvårdnadsarbetet skapas bättre förutsättningar för att kunna ge en god vård. Samverkan förutsätter respekt för varandras yrkeskunskaper och en tro på att medarbetarna är kompetenta (Norberg, Engström & Nilsson, 1994). Eftersom undersköterskor är den yrkesgrupp inom kommunal hemtjänst som tillbringar mest tid tillsammans med vårdtagarna vill vi belysa deras upplevelser och erfarenheter av bemötande av vårdtagarna.

## **BAKGRUND**

Begrepp som förhållningssätt och bemötande är svåra att definiera och särskilja. Förhållningssätt kan definieras som ett uttryck för en viss inställning, och bemötande kan definieras som att uppträda mot någon på ett visst sätt (Nationalencyklopedin, 1995). I den här studien kommer dessa begrepp att användas synonymt. Vi har valt att i bakgrunden konsekvent använda begreppen vårdare och vårdtagare.

### **Omvårdnadens mellanmännsliga dimension**

Vårdaren har en viktig roll då det gäller att förstå och stödja vårdtagaren i dennes situation. Travelbees (1977) omvårdnadsteori är ett exempel som illustrerar vårdarens funktion i omvårdnadens mellanmännsliga dimension. Travelbee hävdar att för att förstå vad omvårdnad är och bör vara, måste man förstå vad som sker mellan vårdtagaren och vårdare, hur de interagerar samt vilka konsekvenser detta kan få för vårdtagarens tillstånd. Enligt Travelbees omvårdnadsteori är kommunikation ett av vårdarens viktigaste redskap. Kommunikation är en förutsättning för att uppnå det som Travelbee ser som målet för omvårdnaden, nämligen att hjälpa vårdtagaren att bemästra sjukdom och lidande samt att finna en mening i sin upplevelse. Ett effektivt användande av kommunikation beskriver Travelbee som vårdarens ”terapeutiska användande av sig själv”, det vill säga att använda sin egen personlighet och kunskap för att medverka till en förändring hos vårdtagaren. Terapeutiskt användande av sig själv kräver enligt Travelbee självinsikt, förståelse av dynamiken i människors handlingar, engagemang samt förmåga att tolka egna och andras handlingar och ingripa på ett effektivt sätt. Syftet med kommunikationen är att lära känna vårdtagaren och att utforska och tillgodose dennes behov. Travelbee menar att interaktionen mellan vårdare och vårdtagare är en lika relevant och nödvändig del av omvårdnaden som att genomföra procedurer och ge fysisk omvårdnad.

### **Förhållningssätt**

Feigenberg (i Holm 1999) beskriver förhållningssätt utifrån tre bärande begrepp, kunskap, självkänedom och empati. Kunskap omfattar i detta sammanhang kunskap om psykologiska och sociala förhållanden. Självkänedom är grundläggande i det

professionella förhållningssättet. Medvetenhet om de egna känslorna och behoven är en förutsättning för att kunna skilja vårdtagarens behov från vårdarens.

Om vi omedvetet är alltför rädda för våra närhets behov, kan detta medföra att vi håller de hjälpsökande alltför långt ifrån oss känslomässigt, att vi ter oss kyliga och omöjliga att få kontakt med (a.a. sid. 37).

Empati kommer från det grekiska ordet ”empathia” och betyder fritt översatt inkännande. Empati innebär förmågan att sätta sig in i och förstå en annan individs känslor och psykiska situation (a.a.).

## **Omvårdnad**

Omvårdnad innebär både att ha ett förhållningssätt och utföra praktiska handlingar. För att god omvårdnad skall kunna ges krävs flera saker. Vårdaren måste se vårdtagaren som en unik och sårbar individ, känna med vårdtagaren, vilja hjälpa, kunna hjälpa samt att ha möjlighet att hjälpa. Omvårdnad förutsätter förmåga att visa omsorg. Ofta är det svårt att skilja mellan omsorg och omvårdnad. Omvårdnad innebär en speciell attityd. Det är inte bara vad som görs som är viktigt utan också hur det görs. Omvårdnad som förhållningssätt kvalitetsmärker omvårdnad som handling. Omvårdnad förknippas ofta med välbefinnande, medkänsla, omsorg, engagemang och närvaro (Norberg, Engström & Nilsson, 1994).

Omsorg kan ses som själva grunden för all omvårdnad. Att känna omsorg om en individ kan definieras som att bry sig om vad som händer den andra. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1996) beskriver olika typer av omsorg. En vårdare kan känna antingen en yrkesbunden eller privat omsorg, där den privata kännetecknar relationen till anhöriga och vänner. Denna privata omsorg kan vara naturlig och har vuxit fram spontant gentemot sin familj och vänner m.m.

Ibland kan vårdaren känna en viss plikt att hjälpa någon eller göra något gott för någon av dem och då kan den privata omsorgen även räknas som etisk. Den yrkesbundna omsorgen kan även den vara naturlig eller etisk. Den naturliga omsorgen växer fram spontant i interaktionen mellan vårdare och vårdtagare. En vårdare behöver inte tycka

om alla sina vårdtagare, men om vårdaren inser att det är en plikt att hjälpa samtliga vårdare så kan vårdaren på en etisk grund utveckla omsorg om dem.

## **Kommunikation**

Ordet ”kommunikation” kommer ifrån latinets ”communicare”, vilket betyder att något blir gemensamt. Det innebär att vi både meddelar oss och delar med oss av något, exempelvis upplevelser, tankar, känslor och värderingar. Kommunikation innebär att prata och agera i förhållande till varandra. Kommunikation handlar även om information, påverkan, tanke, känsla och en möjlighet att bekräfta den egna identiteten. Kommunikation kan beskrivas som en process där två eller flera individer skickar budskap till varandra och visar hur de uppfattar varandra, uppfattar sig själva och situationen samt vilket innehåll de lägger i sitt budskap. Den mest använda kommunikationsmodellen är den linjära, vilken består av följande sex delar; sändare, budskap, kod, kanal, tolkare och mottagare. All kommunikation skapar en reaktion hos mottagaren. Mottagaren ger i sin tur tillbaka signaler till sändaren, så kallad feedback (Nilsson & Waldermarsson,1994).

I kommunikationen med andra människor är det viktigt att vara öppen, lyhörd, genuint berörd och intresserad av den andra. Halldorsdottir (1996) beskriver detta genom att använda begreppet caring. Caring innebär även att vara moraliskt ansvarig för vårdtagaren, vilket innebär att man värnar om vårdtagarens värdighet och integritet. I en caring-relation ska vårdgivaren vara tillgänglig och närvarande, såväl fysiskt som psykiskt. I de relationer där caring föreligger kan det utvecklas till något som Halldorsdottir benämner the bridge. Det vill säga ett tillstånd där vårdtagaren och vårdaren knyter an och möter varandra samt utvecklar en professionell intimitet. Det är dock viktigt att behålla en viss distans till varandra för att relationen skall förbli professionell.

Två tredjedelar av all kommunikation består av icke-verbal kommunikation. Icke-verbal kommunikation är ett samlingsbegrepp för alla budskap som inte ryms i ordens lexikala betydelse. Budskapen kan både vara avsiktliga och oavsiktliga, medvetna och omedvetna. Den icke-verbala kommunikationen kan också vara mer svårtolkad än den

verbala, det är därför viktigt att skaffa sig kunskap om icke-verbala uttryck och vad de kan ge för konsekvenser i samspelet med andra individer (Nilsson & Waldemarsson, 1994).

Kroppen förmedlar många av de icke-verbala budskapen. Argyle (i Fiske 1994) tar upp ett antal ”koder” vilka benämns som budskap. Kroppskontakt beskriver relationer mellan individer och hur de kan variera mellan olika kulturer. Närhet ger information om hur en relation till en annan individ är. Olika avstånd mellan individer avgör om det är ett intimt, personligt eller halvoffentligt förhållande, vilket också kan variera mellan olika kulturer. Orientering är ett annat begrepp som Argyle betonar. Med det menar han hur individer placerar sig (till exempel att vända ryggen till). Utseendet talar om vilken personlighet eller vilken social ställning en individ har. Med hjälp av ansiktets mimik kan en individ visa upp en mängd ansiktsuttryck. Gester kompletterar den verbala kommunikationen och kan till exempel förstärka ett emotionellt tillstånd.

Kroppsställning kan ge information om sinnesstämning men kan också visa en individs underlägsenhet och fientlighet. Ögonrörelser och ögonkontakt sänder viktiga budskap om hur en relation är och hur dominant respektive undfallande vi vill att ett förhållande ska vara. Talet kan också räknas som icke-verbalt, beroende på tonläget, styrkan och hastigheten (a.a).

### **Sociokulturellt perspektiv**

Individen utvecklar och förverkligar sig själv genom att ta del i ett socialt och kulturellt sammanhang. Flertalet av de mänskliga behoven är sådana att de enbart kan tillgodoses genom interaktion med andra. Som social varelse lever människor i interpersonella relationer inom bland annat familj, arbete och samhälle. Det är genom sina relationer till andra individer i samhället som en människa själv blir individ (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996).

En värld utan struktur är en värld utan mening. Med hjälp av kommunikation med andra individer skapas ordning i världsbilden, till exempel genom att kategorisera och ge namn åt saker, personer och händelser. Samspelet bidrar till en förståelse av världen,

vilken därmed blir gripbar och föränderlig. En värld utan denna meningsfullhet upplevs som obegriplig och meningslös (Nilsson & Waldemarson, 1994).

Att se på mänskligt lärande och utveckling ur ett sociokulturellt perspektiv innebär enligt Säljö (2001) att ge de kommunikativa processerna en central roll. Genom kommunikation blir individen delaktig i kunskaper och färdigheter. Säljö skiljer mellan tänkande och språklig kommunikation och menar att dessa inte kan jämföras med varandra. Det som sägs speglar inte alltid det som tänks och det som tänks återspeglar inte nödvändigtvis det som sägs. Individens omvärdsuppfattning, referensramar och medvetande formas genom kommunikation. Genom att delta i interaktiva processer blir individen, enligt Säljö, en tänkande och kommunicerande varelse (Säljö, 2001).

## **Kommunal hemtjänst**

### **Organisation**

Sedan Ädelreformen trädde i kraft 1992 är omsorgen om äldre och handikappade i det egna hemmet i huvudsak organiserad via kommunens socialförvaltning och tillhör vad vi kallar den offentliga sektorn. Denna verksamhet går under namnet kommunal hemtjänst. Hemtjänsten är en del av den totala sjukvården och socialtjänsten, samtidigt som den har utvecklats till en egen verksamhet. Hemtjänstens insatser omfattar både social hemvård och hemsjukvård. Den kommunala hemtjänstens uppgift blir att ta vid där sjukhusinsatserna upphör. Det betyder att omsorgerna ska inriktas på rehabilitering, det vill säga, att bibehålla och bevara befintliga medicinska, psykiska och fysiska funktioner. Den kommunala hemtjänsten kan inte vägra att ta emot någon som landstingets personal anser är medicinskt färdigbehandlad (Berg, 1995). Hemtjänsten har under åren genomgått många socialpolitiska förändringar och den hjälp och stöd äldre och handikappade erhåller har utformats olika under skilda tidsperioder. I dag är bistånd i form av hemtjänst individuellt prövat och en social rättighet som alltså regleras genom lag (Nordström, 2000).

De allra flesta som får hjälp bor i kvar i det egna hemmet, och mer än hälften av alla med hemtjänst är över 80 år. Andelen yngre, det vill säga personer under 65 år, utgör ca 10 %. Hemtjänsten har även en funktion att fylla inom missbrukarvården och som

familjestöd (SOU 1994:139). Tre grundläggande principer för samhällets sociala vård är att den enskilde har rätt att själv bestämma hur han eller hon vill leva sitt fortsatta liv, rätt att få känna trygghet och rätt till valfrihet. Den enskilde ska så långt det är möjligt kunna bo kvar i sin bostad (Berg, 1995).

Verksamheten styrs av socialtjänstlagen (SOU 1994:139) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), vilka är ramlagar som anger mål och riktlinjer för kommunens verksamhet. Den övergripande målsättningen är att ge god vård och service till den enskilde omsorgsbehövande. Under det decennium som gått sedan socialtjänstlagen trädde i kraft har hemtjänstens roll och uppgifter förändrats. Allt fler äldre och yngre individer med funktionshinder har möjlighet att vårdas i det egna hemmet. Efterhand som primärvården byggs ut och kvalificerade sjukvårdsinsatser kan erbjudas i det egna hemmet har hemtjänsten fått ett ökat ansvar för individer med stora omvårdnadsbehov (SOU 1994:139). Hälso- och sjukvårdslagen anger att det ska finnas kvalitetssystem som fortlöpande säkrar och utvecklar kvaliteten inom verksamheten. All personal skall medverka i den systematiska och fortlöpande kvalitetsutvecklingen. Den skall innehålla klara rutiner, ansvar för samarbete och samverkan när det gäller omhändertagande av vårdtagare, mellan personal, mellan olika funktioner samt gentemot andra enheter, nivåer och ansvarsområden (SOSFS 1996:24). Verksamheten bygger på mellanmännsliga möten där individer inte är utbytbara, utan där samtal och personlig relation är den viktigaste arbetsmetoden (Nordström, 1998).

## **Omvårdnad i hemmet**

Ädelreformens införande resulterade i att allt fler människor vårdas i det egna hemmet. Öppenvård och omvårdnad i hemmet ersätter i dag i allt högre utsträckning slutenvård. När arbetet utförs i det egna hemmet flyttar den offentliga sfären in där. Det egna hemmet förvandlas till en arbetsplats, samtidigt som det är den enskildes privata sfär. Hemmet skulle därför kunna beskrivas som en alternativ form av institution, beroende av insatsernas karaktär. Detta ställer speciella krav på personal (Gustafson, 1997). Att arbeta med vård i någon annans hem medför alldeles specifika, praktiska och etiska problem. Ständiga anpassningar och kompromisser är nödvändiga för att klara av den aktuella vårdssituationen. Risken finns alltid att vårdtagarens självbestämmande och

integritet kränks. Hemmet är en speciell plats nära förknippad med varje individs historia och identitet (Gaunt & Lantz, 1996).

### **Personal i kommunal hemtjänst**

I början av 1900-talet erbjöds sjuka eller handikappade individer hjälp av kommunens fattigstugor där det endast i undantagsfall fanns anställd och utbildad personal. Idag är målet att äldre och handikappade skall erbjudas hemtjänst av utbildad personal (SOU 1994:139). De personalkategorier som ingår i den kommunala hemtjänsten är följande; hemtjänstassistenter, sjuksköterskor, vårdbiträden och undersköterskor (Nordström, 2000). De olika personalkategorierna har skilda uppgifter. Hemtjänstassistenternas har till uppgift att organisera omsorgen, sjuksköterskornas fokusering ligger på att återvinna hälsa och minska lidande och undersköterskornas intresse är att få vårdtagarens vardag att fungera (Nordström, 1998). Personalen ska också fungera som en kontakt och ett sällskap för den omsorgsbehövande (SOU 1994:139). Enligt litteraturen kännetecknas undersköterskornas arbete av informalitet och de har ofta en personlig relation till vårdtagaren. Ytterligare ett utmärkande drag i hemtjänsten är att arbetet med andra människor i deras vardag innebär osäkerhet genom att man till stora delar arbetar ensamma i vårdtagarnas hem. Denna osäkerhet är svår att påverka med regler och förordningar (Nordström, 1998). Att arbeta som undersköterska i hemtjänsten ställer krav på lyhördhet och fantasi, improvisation och känslomässig begåvning (Josefsson, 1994).

Undersköterskeutbildningen sker inom gymnasieskolans omvårdnadsprogram och ger kompetens att arbeta inom somatisk och psykiatrisk vård, samt inom omsorg av äldre och handikappade. Omvårdnadsprogrammet karaktäriseras av kunskaper om människan ur biologiskt, psykologiskt, socialt och existentiellt perspektiv och omfattar människans hela livslopp. Utbildningens syfte syftar till att ge insikter i hur undersköterskan bör möta och kommunicera med människor i olika vård- och omsorgssituationer och på vilka sätt människors olika erfarenheter har betydelse i sådana möten. Etiska aspekter spelar en särskilt viktig roll och genomsyrar utbildningen som helhet (Fredriksson, 2000).

## **SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR**

Syftet med studien var att belysa en grupp undersköterskors upplevelser av förhållningssättets betydelse i möten med vårdtagare inom kommunal hemtjänst.

Med utgångspunkt från syftet var följande problemformuleringar centrala i studien:

- Hur beskriver undersköterskor i kommunal hemtjänst situationer i omvårdnadsarbetet där man upplevt att det egna förhållningssättet haft positiv betydelse i mötet med vårdtagaren?
- Hur beskriver undersköterskan i kommunal hemtjänst situationer i omvårdnadsarbetet där man upplevt svårigheter i förhållningssättet i mötet med vårdtagaren?

## **METOD**

### **Deskriptiv ansats**

En deskriptiv ansats med intervjuer som metod valdes då syftet var att belysa undersköterskors upplevelse av bemötande, i mötet med vårdtagaren. Dahlberg, 1997 och Kvale (1997) menar att syftet med kvalitativa intervjuer är att förstå fenomenet ur respondentens perspektiv. Genom att skapa en dialog i intervjun, ger det respondenten möjlighet att uttrycka sina erfarenheter av det aktuella fenomenet med egna ord.

### **Intervju**

Forskningsintervjun kännetecknas av en kännedom om frågeformer och en kritisk uppmärksamhet på det som framkommer i intervjun. Intervjusituationen påminner om ett samtal mellan två parter som båda är intresserade av samma sak. Skillnaden är att i forskningsintervjun är det forskaren som styr samtalet. Tiden bör vara väl tilltagen för att respondenten skall få tid att reflektera (Kvale, 1997).

Vid genomförandet av intervjuer är det viktigt att visa ett äkta intresse, engagemang och respekt för den intervjuade. Som intervjuare är det viktigt att lyssna aktivt. Kvale (1997) betonar att det aktiva lyssnandet är mer betydelsefullt än att behärska en specifik frågeteknik. Det aktiva lyssnandet sker på tre plan. Den som intervjuar måste lyssna koncentrerat till vad respondenten verkligen säger. För det andra måste intervjuaren lyssna till respondentens ”inre röst”, det vill säga, den inre känsla eller tanke som framkommer under intervjun. För det tredje är det viktigt att den som intervjuar inte avbryter och kommer med inlägg utan låter respondenten få tid att reflektera. Intervjuaren får heller inte vara rädd för tystnaden, då den ger respondenten ytterligare möjlighet att fundera över sina svar.

Kvale beskriver vidare intervjun som halvstrukturerad, det vill säga den är varken ett öppet samtal eller ett strängt strukturerat frågeformulär. Vid användandet av halvstrukturerade intervjuer har det i förväg bestämts vilka frågeområden som ska behandlas. En intervjuguide, innehållande teman eller större frågeområden och med förslag på frågor, kan fungera som ett stöd för intervjun (Kvale, 1997).

Intervjufrågorna är viktiga för studiens trovärdighet. Frågorna ska vara relevanta för studiens syfte och ledande frågor bör undvikas (Kvale, 1997). Studiens trovärdighet kan ytterligare styrkas genom objektivitetskravet, vilket innebär att forskaren så noggrant som möjligt försöker förstå det som sägs i intervjun men samtidigt förhåller sig kritisk till det som framförs. Det är viktigt att inte ta det som sägs för givet utan att ställa förtydligande följdfrågor (Dahlberg, 1993).

## **Urval**

Vi valde att inrikta oss på personal inom kommunal hemtjänst i tre västsvenska kommuner. Syftet med studien var att belysa respondenternas upplevelser och erfarenheter om bemötandets betydelse i mötet med vårdtagaren. Kriteriet för att kunna delta i studien var att samtliga respondenter skulle ha en nära kontakt med vårdtagarna. Vår förhoppning var att kunna intervjuar minst tio personer. Förfrågan om tillåtelse att genomföra intervjun skickades till respektive vårdenhetschef (bilaga 1). Samtliga gav sitt tillstånd och därefter skickades ett informationsblad till respektive hemtjänstgrupp

med en förfrågan om intresse av att delta i intervjuerna (bilaga 2). I nästa steg kontaktades hemtjänstgrupperna per telefon för att följa upp det tidigare utskickade informationsbladet. Totalt tackade 11 personer ja till att medverka. De deltagande var kvinnor mellan 29-58 år, medelåldern var 46 år och de hade arbetat i hemtjänsten från 1-20 år, medeltalet var nio år. Tre av respondenterna valdes ut av enhetschefen på grund av schematekniska skäl. Övriga deltog på eget initiativ. Två av de tillfrågade hade inte undersköterskeutbildning, utan arbetade som vårdbiträden. Då arbetsuppgifterna kommunal hemtjänst inte skiljer sig åt mellan undersköterskor och vårdbiträden har vi i studien valt att benämna samtliga i undersökningsgruppen som undersköterskor. Tid och plats för intervjun avtalades per telefon.

## **Datainsamling**

Intervjuerna ägde rum under april och maj 2002. Undersköterskorna fick själva välja tid och plats för intervjun. Intervjuerna ägde rum på respektive arbetsplats och spelades in med hjälp av bandspelare och varade ca 15-25 minuter. Båda författarna deltog under intervjun, en aktivt och en som deltagande observatör. Intervjuerna genomfördes som ett samtal, med stöd av intervjuguide (bilaga 3). Frågorna som ställdes var öppna och undersköterskorna ombads berätta om sina upplevelser och erfarenheter om bemötandets betydelse i mötet med vårdtagaren. Den aktiva intervjuaren ledde intervjun genom att ställa öppna frågor med utgångspunkt i de tidigare angivna frågeställningarna. Den observerande intervjuaren förde kompletterande anteckningar om mimik och kroppsspråk samt ställde följdfrågor. Då informanterna använde ord som ”jobbigt” och ”besvärligt” ställdes följdfrågor som ”hur menar du då” eller ”kan du beskriva lite närmare” för att få ett mer nyanserat material.

## **Etiska aspekter**

Vår undersökning har inte granskats av någon forskningsetisk kommitté. Orsaken till detta är att inga vårdtagare intervjuades utan endast undersköterskor i kommunal hemtjänst. Risken för att studien kunde medföra ofördelaktiga effekter för deltagarna bedömdes som utesluten.

Respondenterna informerades skriftligt om hur intervjun skulle gå till innan de tackade ja till att medverka. I brevet betonades att intervjumaterialet skulle behandlas konfidentiellt. Det betonades även att deltagandet i studien var frivilligt. På så sätt gavs undersköterskorna möjlighet att överväga sitt deltagande i intervjun. Information gavs också till respondenterna att författarna avidentifierade citat som användes i arbetet. Varje respondents citat angavs med siffror, 1 till och med 11, och citaten behandlades så att respondenterna inte identifierades. Information gavs också om att ljudbanden och intervjuutskriften förvarades på ett säkert sätt och att ljudbanden skulle raderas efter undersökningens slut.

## **Transkribering**

Intervjun spelades in på band som sedan transkriberades ordagrant. Allt som var relevant skrevs ned, det vill säga harklingar, hostningar och dylikt togs inte med. I marginalen antecknades mimik och andra kroppsuttryck som observerades under intervjuerna. Kvale (1997) menar att utskriften ska försöka återge samspelet i intervjun. Tolkningen blir djupare genom att forskaren i marginalen antecknar ner mimik och andra kroppsuttryck. Forskaren kan också stryka under ord som betonar extra mycket. Dessa tekniker användes vid transkriberingen.

## **Analys**

Att analysera innebär att skilja något i delar. Analysen påbörjas redan under intervjun genom att intervjuaren kan få idéer till nya frågor under intervjusituationen (Dahlberg, 1993). Kvale (1997) menar att syftet med intervjun är att beskriva och tolka det som förekommer i personens livsvärld och att det hela tiden är ett oavbrutet sammanhang mellan beskrivning och tolkning.

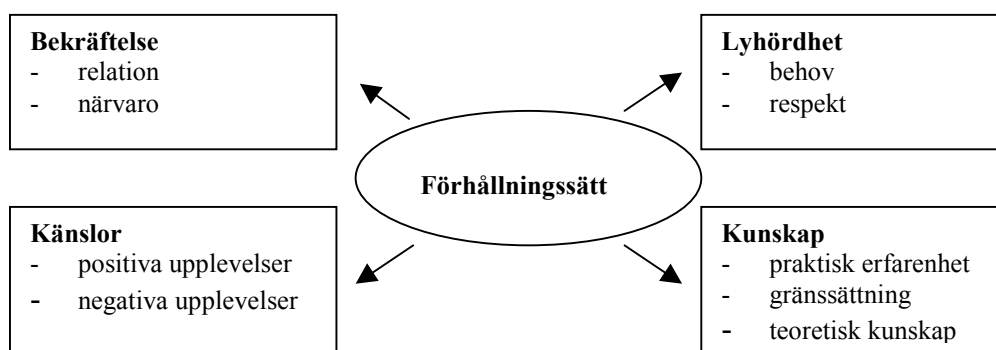
Dahlberg (1993) och Kvale (1997) beskriver analysen utifrån olika steg. Texten läses först igenom för att få en första förståelse, så kallad naiv läsning. Därefter läses texten upprepade gånger för att upptäcka mönster och meningsbärande enheter. I nästa steg tolkas texten och en kreativ tolkning fördjupar förståelsen. I det sista steget beskrivs resultatet, det som framkommit i intervjun. Resultatet ska sammanställas så att det blir

hanterbart och presenterbart, det vill säga det beskrivs med en ny förståelse. Resultatet kan redovisas på olika sätt bland annat genom kategorisering, det vill säga de innebörder som framkommit i tolkningen av materialet delas in i olika kategorier (Kvale, 1997).

Efter transkriberingen läste båda författarna samtliga intervjuer var för sig upprepade gånger för att få en djupare förståelse för det som sagts. På så sätt framträdde en helhetsbild av respondenternas utsagor. Tillsammans markerade författarna betydelsefulla ord och uttryck i texten. Dessa ord och uttryck formade en tankekarta där varje intervju utgjorde en huvudgren. Helheten bröts genom detta ner i delar för att sedan genom kategorisering av materialet återskapa en helhet av datamaterialet. Flera olika strategier för att analysera materialet förkastades innan det slutgiltiga resultatet i form av fyra huvudkategorier med tillhörande underkategorier tonade fram ur intervjuerna.

## RESULTAT

Efter att ha analyserat materialet fann vi att följande fyra huvudkategorier; bekräftelse, lyhördhet, känslor och kunskap sammanfattade undersköterskors upplevelser av förhållningssätt i mötet med vårdtagaren. I dessa kategorier fann vi även ett antal underkategorier som på olika sätt nyanserar huvudkategorierna. I resultatet användes citat från intervjuerna för att tydligare kunna belysa kategorierna. Följande modell visar en översikt av resultatet med utgångspunkt från begreppet förhållningssätt som var centralt i frågeställningarna.



Figur 1. Översikt av resultat kategorier.

## **Bekräftelse**

Flertalet av undersköterskorna beskrev bekräftelse som en betydelsefull del i mötet med vårdtagarna. Bekräftelse beskrevs dels som en relation där båda parter har en aktiv roll för att mötet ska bli tillfredsställande, och dels genom att visa sin närvaro inte bara fysiskt utan även mentalt. Flera undersköterskor uttryckte även vikten av att själv bli bekräftad för att ett möte skulle upplevas som positivt.

## **Relation**

För att få en fungerande professionell relation betonades personkemi, att passa ihop, som en viktig del i mötet med vårdtagaren. Flera av undersköterskorna upplevde relationen till vårdtagarna som påfrestande, särskilt betonades svårigheten att vara en professionell vårdare och samtidigt fungera som en vän.

”Det beror på hur man är själv som människa och hur mycket man kan ta emot... och om man har tålamod... Vi är ju olika alla människor... alla människor passar ju inte ihop.” (5)

”Vårdtagarna har ju inte så mycket kontakt förutom med oss. Man får vara lite allt i allo liksom. Både vårdare och kompis nästan. Det blir ju en slags relation.” (7)

”...man är inte ensam i mötet. Man ger och tar....” (11)

## **Närvaro**

Att vara närvarande beskrevs av undersköterskorna som att finnas till hands för vårdtagaren både i tanke och i handling. Undersköterskorna menade att de visade detta genom att sitta med vårdtagaren, att finnas till för dem, lyssna och ha en förståelse för varje individs behov och känslor.

”Jag tror inte att det är så viktigt vad det är man pratar om egentligen. Jag tror det viktiga är att bara finnas där.” (7)

”Man får inte vara så trött att man blir arg på vårdtagarna...man får ta det lugnt och stilla. Om man har varit på ett ställe och när man åker därifrån så tänker man att nej, nu måste jag skärpa mig till nästa ställe.” (10)

”...att man ser den människan man är hos, att man inte bara går förbi, att du bara är en person som jag ska utföra någonting för, utan du är den här speciella människan.” (9)

Närvaro uttrycktes även i fysisk handling. Genom att använda sin kropp som redskap förmedlades stöd och trygghet till vårdtagaren.

”...jag klappar om henne, sätter mig ner och pratar med henne, håller henne i handen.” (6)

”...om det är någon som känner sig krasslig och eländig och behöver få höra det, att det är synd om dem, då får man göra det och inte liksom...”nej nu får du ta dig i kragen”...att man känner av.” (9)

## **Lyhördhet**

I mötet med vårdtagarna försökte undersköterskorna att sätta sig in i vårdtagarnas situation och förstå varför de handlade eller kände som de gjorde. Särskilt betydelsefullt ansågs det att möta vårdtagaren i den sinnesstämning som de befann sig i, men även att respektera deras egenvärde och medbestämmanderätt.

## **Behov**

Alla människor har olika behov som behöver tillfredsställas. Flertalet av undersköterskorna påtalade betydelsen av att anpassa sitt bemötande efter vårdtagarens behov, känslouttryckningar och aktuella situation. Att vara lyhörd och kunna prioritera de behov som är viktigast för stunden ansågs avgörande för ett positivt möte.

” Sen är det viktigt det här med att man kan anpassa sig...sitt bemötande. Att man är lyhörd. Är personen ledsen får man vara på ett sätt eller om den är arg...” (7)

”man har en förståelse för den andra, hur den har det. Man får tänka ett steg längre...om någon är arg eller så...ofta beror det på något.” (11)

”...man måste lära sig att läsa av vad som behövs...det största behovet just då. Jag tycker det är viktigt att man anpassar sig till personen...det är ju därför jag är där...” (7)

## **Respekt**

Undersköterskorna var väl medvetna om hur viktigt det var för vårdtagarens del att känna att deras hem är deras revir där undersköterskorna endast var gäster, vilket medförde anpassning till vårdtagarens livsstil och vanor.

”Jag försöker tänka väldigt mycket på det när jag går in i ett hem, hur jag gör. Jag knackar på dörren så att de verkligen hör att jag kommer...att jag inte bara klampar in.” (3)

”För det gäller hos alla när man kommer hem till dem...då får man respektera att det är deras hem och anpassa sig efter hur de är och hur de har det.” (9)

## **Känslor**

Att arbeta med människor kan vara svårt i många situationer, men också stimulerande i många fall, då mötet är ett givande och tagande. Flera undersköterskor uttryckte obehag och rädsla inför vissa möten. De uttryckte även oro inför att inte veta vad som väntar hemma hos vårdtagaren. Det som upplevdes som mest svårt är att hitta strategier för att kunna bemöta individer med särskilda behov.

## Positiva upplevelser

Möten som upplevts som positiva kännetecknades av att undersköterskorna kände uppskattning, och att de fyllde ett behov hos vårdtagaren.

”Jag känner mig behövd. Som om jag gjort något bra. Glad och nöjd.” (7)

”För mig har det gått jättebra båda gångerna... då känns det skönt tycker jag, när man lyckas med en sådan människa.” (1)

”Man ser att hon är på bättre humör när man åker därifrån. Så då känns det ju förstås bra... känner att man har gjort någon slags insats i alla fall.” (8)

”Hon (vårdtagaren) sa när jag gick sen att: ”Det här var precis vad jag behövde, nu känns det mycket bättre.” (7)

## Svåra upplevelser

En del svåra situationer som uppstod i mötet med vårdtagaren berörde och påverkade undersköterskorna negativt. Samtliga undersköterskor uppgav att de varit med om situationer då de upplevt det som svårt att inta ett professionellt förhållningssätt gentemot vårdtagaren. Möten med aggressiva, dementa och/eller psykiskt sjuka vårdtagare upplevdes som särskilt prövande.

”Vi vill att han ska ta sin medicin innan vi kommer, så får han sällskap när han äter. ...men han tar den när vi kommer... då går tiden så vi måste gå, då blir han arg för att vi inte är hos honom när han äter.” (3)

”...jag hade ångest att gå dit... fastän man är vuxen och liksom inte ska bry sig så tyckte jag det var hemskt att gå dit, för hon gick på mig som person... Jag tyckte det var så fruktansvärt psykiskt jobbigt.” (1)

”...man kan vara på ett jobbigt ställe men man går därifrån, man stänger dörren, man går ut i bilen och åker till nästa ställe. Man har en lite stund för sig själv. Samla tankarna, sätta på radion...” (2)

## **Kunskap**

Kunskap uttrycktes på olika sätt. En del betonade den praktiska kunskapen medan andra även uttryckte kunskap om hur det egna agerandet kunde påverka vårdtagaren. Flera undersköterskor gav uttryck för att det kunde upplevas problematiskt att bemöta vårdtagare med psykisk ohälsa och demensproblematik.

## **Praktisk erfarenhet**

Kunskap uttrycktes även utifrån egen erfarenhet och intuition. Undersköterskorna frågade sig själva hur de skulle vilja bli bemötta i olika situationer för att hitta en strategi för att åstadkomma ett positivt möte med vårdtagaren. Ett annat sätt var att reflektera över tidigare upplevda möten och använda sig av dessa erfarenheter.

”...många har känt sig rädda att gå till X, för att han har varit aggressiv. Då gäller det att inte visa den rädslan, utan möta med öppna ögon...klart tala om vem man är och vad man gör där, prata lugnt och känna av...sen avlägsna sig när man utfört det man ska.” (9)

”Jag gör som jag själv skulle vilja att andra gjorde om de kom in i mitt hem. Sen om det inte passar alla, det kan jag ju inte veta med en gång...man kan inte vara för försiktig heller, då skulle man inte kunna göra någonting.” (3)

## **Gränssättning**

Flera undersköterskor talade om svårigheter att sätta gränser i mötet med vårdtagaren. Att säga ifrån, kunde både upplevas som olustigt och frustrerade för personalen. Även om det fanns tillfällen då personalen hade tid och möjlighet att tillmötesgå vårdtagarnas önskemål, begränsades de av det biståndsbeslut som beskriver varje vårdtagares behov av hjälp. Samtidigt beskrevs situationer då man upplevde det som nödvändigt att tala om vad som är acceptabelt.

”...man måste ju säga sin mening fast man kan göra det på ett bra sätt. Inte aggressivt utan tala om för dem att så är det inte...då blir det oftast bättre.” (6)

”Det känns lite fel att vi ska bestämma...vi är där för dem. Man vill inte vara elak mot någon men samtidigt finns det ju gränser.” (11)

”Jag sa till henne att det är inte lätt när vi kommer och försöker hjälpa dig så kastar du ut folk, kastar maten på golvet och inte tar medicinen...då är det inte lätt att vara vänlig och hjälpa, vi är bara människor vi också.” (1)

### **Teoretisk kunskap**

Som en följd av att allt fler äldre och sjuka väljer att bo kvar i det egna hemmet har hemtjänstpersonalen på senare tid allt mer kommit att ansvara för rena sjukvårduppgifter. Hos flera av undersköterskorna uttrycktes en osäkerhet inför det ökade ansvaret. I datamaterialet återfanns få rent teoretiska resonemang. I de fall det förekom skedde det på ett allmänt plan utan ingående förklaringar av begrepp som exempelvis sjukvårdskunskap, taktil beröring, kroppsspråk samt psykisk ohälsa.

”Många är lite rädda för just sjukvård. Det har ju lagts på mer med sjukvårdsdelen i hemtjänsten och det är negativt för många av dem. För personalen då. För de är osäkra på det.” (4)

”...man kan ta på fötter och händer. Det är också närhet. Det är avstressande. Jag vet en man som somnade så gott, (skratt) han var verkligen avslappnad.” (6)

Några undersköterskor resonerade medvetet om kroppsspråkets betydelse i mötet med vårdtagaren samt att det i många fall sker på ett omedvetet plan. En av dem berättade om svårigheten att dölja sin stress för vårdtagaren.

”...kroppsspråket är man inte så medveten om alla gånger. Även om man inget säger så visar man det kanske tydligt ändå, eller man gör det rättare sagt.” (1)

”De (vårdtagarna) kan säkert märka ibland att man är stressad...det kan väl vara att man snärjer runt lite grann (skratt) ...det kan vara svårt ibland när man har mycket att göra att ändå försöka se lugn ut.” (8)

Flera undersköterskor framhöll att man saknade kunskaper inom vissa områden, vilket bidrog till att det ibland kändes svårt att bemöta vårdtagaren på ett tillfredsställande sätt.

”Något som vi känner att vi inte har kunskap om...det finns en psykgrupp här också som har hela X kommun...dels har de kunskap på ett annat sätt som inte vi har, för psykiatri är det noll undervisning om tyvärr.” (1)

”Speciellt dementa tycker jag är svårt. Det är kanske där man saknar mest utbildning...det blir ju mer och mer eftersom de är hemma...att inte med ord kunna övertyga dem att jag gör det för deras bästa, för att de ska må bra.” (1)

”Vi haft vårdtagare som har velat dö hemma...när jag suttit hos någon har de prata om döden, att de vill dö. Jag vet inte vad man ska säga i en sån situation. Man vill inte säga fel saker. Man kan inte ju inte säga att det blir bättre i morgon till någon som snart ska gå bort, eller hur?.” (7)

## **Sammanfattning av resultat**

- Undersköterskorna uttryckte bekräftelse som en väsentlig del i mötet med vårdtagarna. Bekräftelse ägde rum i den relation som uppstod mellan undersköterskorna och vårdtagarna. Närvaron uttrycktes i form av fysisk och mental handling. Genom att bekräfta vårdtagarna blev undersköterskorna själva bekräftade vilket upplevdes som mycket positivt.
- Att vara lyhörd var en viktig egenskap hos undersköterskorna för att kunna identifiera vårdtagarens behov och tillmötesgå dem på ett professionellt sätt i olika situationer. Att vara lyhörd innebar också att visa respekt. Undersköterskorna betonade speciellt det faktum att de var gäster i vårdtagarnas hem vilket medförde anpassning till deras vanor och rutiner.

- Att arbeta med människor medförde känslor av både positiv och negativ karaktär. Undersköterskornas positiva upplevelser var nära förknippade med hur väl de lyckades tillfredsställa vårdtagarens behov och önskemål. Situationer som upplevdes som svårast var möten med aggressiva, dementa och/eller psykiskt sjuka vårdtagare, eftersom undersköterskorna upplevde att de saknade kunskaper och strategier för hur de skulle förhålla sig gentemot dessa vårdtagare.
- Kunskap uttrycktes ur tre olika perspektiv; praktisk erfarenhet, gränssättning och teoretisk kunskap. Praktisk erfarenhet innebar att handla utifrån tidigare upplevelser och intuition. Flera undersköterskor beskrev hur de reflekterade över hur de själva skulle vilja bli bemötta i en viss situation. Att sätta gränser för vårdtagaren upplevdes olustigt men ansågs vara nödvändigt för att få en fungerande arbetssituation. Det gavs få exempel på teoretiska resonemang. I de fall det förekom, skedde det på ett allmänt plan utan ingående förklaringar av begrepp.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Valet av intervju som forskningsmetod kändes relevant och naturlig relaterat till vad som avsågs att undersökas. Genom att spela in intervjuerna på band ökade tillförlitligheten vid bearbetning av svaren. Flera respondenter upplevde dock bandinspelningen som något hämmande. Detta kan i sin tur ha haft inverkan på det insamlade materialets omfång.

Ur en forskningsetisk synpunkt förelåg en frivillighet att medverka i studien. Informationen gavs skriftligt och muntligt. Totalt genomfördes 11 intervjuer. I slutet av intervjuerien kunde en viss mättnad i datamaterialet skönjas då respondenternas utsagor inte tillförde nya kvaliteter relaterat till studiens frågeställningar utan mer verifierade vad andra respondenter tagit upp i intervjuerna

Studien bygger på att respondenterna berättar om sina upplevelser, delger oss sin livsvärld. Bortsett från två intervjuer utfördes intervjuerna i en ostörd miljö med endast några få frågeställningar som hållpunkt. Vi försökte att aktivt lyssna, iaktta mimik och

kropps rörelser för att få fram de dolda känslorna och upplevelserna i den intersubjektiva interaktionen. Tid gavs till varje respondent för att de skulle förstå frågorna och kunna ställa motfrågor för att förtydliga någon aktuell fråga. Genom att som intervjuare försöka tillvarata tystnaden och inte avbryta med inlägg i de pauser som kan uppstå i en intervju, gavs respondenterna tid att reflektera över ämnet (Kvale, 1997). För samtliga respondenter användes samma intervjuguide. Utskrifterna bearbetades noggrant för att säkra förståelsen av vad respondenterna menade eller hur de uppfattade ett ord eller företeelse.

Forskaren är själv instrumentet och försöker att inte sätta tidigare kunskaper åt sidan eller bortse från dem men försöker närma sig forskningsfältet så förutsättningslöst som möjligt. Tolkningen av data skedde utifrån författarnas tidigare erfarenheter och kunskaper, det vill säga författarnas förförståelse. För att forskaren ska kunna vara teoretiskt känslig och öppen bör forskaren starta sin undersökning med så få förutfattade meningar som möjligt och med så öppna ögon som möjligt för det fält som studeras (Backman, 1998)

Inför intervjuerna bestämdes att en alternering mellan att vara intervjuare och observatör skulle ske. Detta gjordes för att tillvarata det lärotillfälle som en intervju innebär. Kunskaper i intervjuteknik anser vi är värdefullt i det kommande arbetet som sjuksköterska.

Ett vetenskapligt mål är att tillföra ny kunskap. Ett utomvetenskapligt mål är att teorin ska kunna användas av lekmän och ge den ökad förståelse för det studerade fältet (Backman, 1998). Sammanfattningsvis har denna metod varit användbar för att uppnå studiens syfte. Studien gör dock inte anspråk på att vara generaliserbar, då underlaget är alltför litet för att man ska kunna dra några bestämda slutsatser. Förhoppningsvis kan denna studie ändå leda till ökad förståelse för interaktionen mellan människor. Kriterierna för validitet i forskning finns beskriven i en mängd litteratur. Validitet kan beskrivas som hur trovärdigt studien representerar det undersökta problemområdet (Larsson, 1994). Validitet innebär att man undersöker det man avsett att undersöka. Det ska finnas en överensstämmelse mellan det vi säger att vi ska undersöka och det vi

faktiskt undersöker. Validiteten kan också stärkas genom att tydligt beskriva hur studiens datainsamling, analys och slutsatser utförts (Dahlberg, 1993; Kvale, 1997). I enlighet med detta har en strävan i detta arbete varit att beskriva vårt tillvägagångssätt ingående och att genom användandet av citat ur datamaterialet ge läsaren en möjlighet att bedöma författarnas analys av utsagorna.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med studien var att belysa en grupp undersköterskors upplevelser av förhållningssättets betydelse i mötet med vårdtagaren, inom kommunal hemtjänst. Undersköterskorna ombads beskriva vad som upplevdes positivt och vad som upplevdes som svårt. I resultatet framkom att de intervjuade undersköterskorna beskrev förhållningssättets betydelse i mötet med vårdtagaren implicit i sina utsagor. Det vill säga att man oftast inte beskrev medvetna strategier som man använde i sina möten med vårdtagarna. Denna typ av förtroenhetskunskap kräver enligt Josefsson (1994) kompetens som innefattar lyhördhet, fantasi, improvisation och känslomässig begåvning, vilket framkom i studien av undersköterskors beskrivningar av förhållningssättets betydelse.

Utifrån de förutsättningar som undersköterskorna i hemtjänsten arbetar under, växer det ur undersköterskornas berättelser fram en bild av en yrkesroll, som bygger på närhet till vårdtagaren. I vår studie framkommer det att undersköterskorna ser det som viktigt att skapa en fungerande relation med vårdtagaren. I en fungerande relation har bekräftelse och närvaro en central betydelse. Undersköterskorna betonar vikten av såväl fysisk som mental närvaro. Bekräftelse innefattar även att visa lyhördhet för vårdtagarnas behov samt att visa vårdtagarna en tillbörlig respekt.

Topor (1995) menar att varje möte med vårdtagaren är ett led i en relation som får konsekvenser för bägge parter uppfattning om sig själv. Möten mellan människor innehåller en mängd budskap om vem man är och vem man tycker att den andra är. Möten kan också enligt Gustafson (1997) innebära att de som möts bekräftar eller underkänner varandra, ser varandra eller förnekar varandra, accepterar varandra eller

kräver att den andra skall förändras. En av undersköterskorna beskriver hur ett möte resulterar i att hon kände sig kränkt, inte bara i sin yrkesroll utan också som människa. Skillnaden mellan att vara privat och professionell kan vara svår att definiera med tanke på den nära relation som vårdare och vårdtagare kan utveckla i hemtjänsten.

I lyhördhet ingår att lyssna till sin intuition samt att ha empatisk förmåga. För att lyhördhet skall resultera i en önskvärd handling krävs mod, motivation och etisk hållning (Frisdal, 2001). Lyhördhet beskrivs av undersköterskorna som att vara öppen och kunna känna av behov hos vårdtagaren, att lyssna, vilket även innefattar det som kanske inte alltid uttrycks med ord, samt att värna om vårdtagarens integritet. I intervjuerna uppfattar vi att undersköterskorna besitter en medvetenhet och lyhördhet för det speciella förhållande det innebär att arbeta i någon annans hem. I intervjuerna gavs också konkreta exempel på hur undersköterskorna anpassade sig efter de olika förhållandena i vårdtagarnas hem.

Undersköterskorna betonade att det i mötet med en annan människa var lika viktigt att lyssna på vårdtagaren, som att utföra praktiska handlingar. Detta stämmer överens med Travelbees (1977) omvårdnadsteori där hon betonar att praktiska handlingar och procedurer inte alltid är det mest väsentliga utan att interaktionen mellan vårdare och vårdtagare skall betraktas som minst lika viktig.

Trots att flertalet av undersköterskorna beskrev att det kändes positivt att arbeta med människor upplever vi att situationer som beskrivs som svåra tar mycket fysisk och mental energi i anspråk. Osäkerheten inför att inte på förhand veta vad som kommer att hända i ett möte med vårdtagaren upplevs som ett orosmoment. Just upplevelsen av osäkerhet i arbetet ensamma i vårdtagarnas hem fann också Nordström (1998) i studie av kommunal hemtjänst.

Enligt de kompetenskrav som Socialstyrelsen (SOSFS 1995:15) anger skall personalens kompetens hållas aktuell i takt med den utveckling som sker inom verksamheten. I intervjuerna framträder kunskap både som att besitta teoretisk kunskap men också kunskap inhämtad genom erfarenhet. Personal inom hemtjänsten förväntas kunna

hantera de många olika situationer som kan uppstå i möten med människor med skiftande behov. Ett flertal undersköterskor påtalar att de upplever att de saknar kunskap inom specifika områden som exempelvis bemötande av människor med psykisk ohälsa. Här anser vi att sjuksköterskan som arbetsledare har en viktig funktion att fylla då det gäller att handleda och undervisa sina medarbetare.

Yrkesmässig utveckling beskrivs ofta som central i handledningslitteratur och kan innebära att förbättra förmågan att arbeta med och lösa problem i vårdarbetet men också att öka medvetenheten om vårdarens eget förhållningssätt och möjlighet att integrera teori och praktik (Tveiten, 2000).

Topor (1995) anser att det finns en tendens att ringakta undersköterskornas arbete på grund av att hemtjänsten som organisation saknar ett eget revir eller en profession. Vidare beskriver Topor att det finns en utbredd brist på kunskap om det arbete som undersköterskor utför, om de problem som de möter och hanterar varje dag. Gustafson (1997) beskriver att vårdpersonal ofta framhåller att det är svårt att få utomstående att förstå vad de gör och alla variationer av mänskliga uttryck som vårdpersonal möter i sitt arbete. Undersköterskor har som yrkesgrupp en lågt värderad position, dels jämfört med andra vårdprofessioner, och dels i samhället i stort. Under intervjuerna upplevde vi även att undersköterskorna hade en tendens att underskatta sig själva och värdet av sitt arbete, vilket kan ses som en återspeglning av samhällets syn. I intervjuerna märkte vi att undersköterskorna lättare fokuserade på det de inte kunde än att ta fram det de faktiskt var bra på. Gustafson (1997) betonar att för att kunna utvecklas mot en högre grad av professionslitet och värderas likvärdigt med andra yrken, krävs det att vårdpersonal kan uttrycka vad det är för kunskap de har och vad de gör.

Då allt fler personer med svåra sjukdomstillstånd i framtiden kommer att vårdas i det egna hemmet ställs ökade krav på personalen. Forskning med syfte att undersöka vilka kunskapsbehov (medicinska och omvårdnadsmissiga) dessa nya krav medför tycker vi vore värdefull för att åstadkomma en bra miljö för både vårdtagare och personal.

## REFERENSER

- Backman, J. (1998). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Berg, E. (1995). *Hemvården. Utveckling, förändring och samverkan*. Falköping: Liber.
- Dahlberg, K. (1993). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Fiske, J. (1997). *Kommunikationsteorier: en introduktion*. Stockholm: Wahlström & Widstrand.
- Frisdal, B. (2001). *Lyhördhet. Studenters uppfattning av lyhördhet i omvårdnad och utbildning*. (avhandling för doktorsexamen. Lunds universitet).
- Fredriksson, B. (2000). *Undersköterskekompetenser och arbetsuppgifter*. Stockholm: Kommentus förlag.
- Gaunt, D., & Lantz, G. (red). (1996). *Hemmet i vården, vården i hemmet*. Falköping: Liber AB.
- Gustafson, L-Å. (1997). *Möte, samtal, relation. Om människor i hemtjänstens vardag*. Stockholm: Kommentus förlag.
- Halldorsdottir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and healthcare- Developing a theory*. (avhandling för doktorsexamen, Linköpings Universitet).
- Holm, U. (1999). *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Malmö: Natur och Kultur.
- Josefsson, I. (1994). *Det reflekterande yrkeskunnandet*. Stockholm: Carlssons.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Larsson, S. (1994). Om kvalitetskriterier i kvalitativa studier. I: B. Starrin & P-G. Svensson (red). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s. 163-190). Lund: Studentlitteratur.

Nationalencyklopedin. (1995). Höganäs: Bra böcker.

Nilsson, B., & Waldemarson, A-K. (1994). *Kommunikation/samspel mellan människor*. Lund: Studentlitteratur.

Norberg, A., Engström, B., & Nilsson, L. *God omvårdnad. Grundvärderingar*. Stockholm. Bonnier.

Nordström, M. (1998). *Yttre villkor och inre möten. Hemtjänsten som organisation*. (avhandling för doktorsexamen. Göteborgs universitet.)

Nordström, M. (2000). *Hemtjänsten. Organisering, myndighetsutövning, möten och arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.

*SOSFS 1982:763*. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialstyrelsen.

*SOU 1994:139*. Ny socialtjänstlag. Stockholm: Socialstyrelsen.

*SOSFS 1995:15*. Socialstyrelsens allmänna råd om kompetenskrav för tjänstgöring som sjuksköterska och barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen.

*SOSFS 1996:24*. SoS föreskrifter och allmänna råd om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen.

Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken. Ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.

Topor, A. (1995). *Hemtjänsten – kunskap och erfarenheter*. Stockholm: Bonnier.

Travelbee, J. (1977). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis.

Tvieten, S. (2000). *Yrkesmässig handledning-mer än ord*. Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1

Hej!

Vi är två sjuksköterskestuderande som läser på högskolan i Trollhättan/Uddevalla, institutionen för Omvårdnadsvetenskap. Under våren 2002 skriver vi en C-uppsats i kursen Omvårdnad 41-60 poäng. Ämnet vi har valt att skriva om är bemötande. Eftersom undersköterskor är den yrkesgrupp som tillbringar mest tid tillsammans med vårdtagarna, vill vi med vårt arbete belysa undersköterskors erfarenheter och upplevelser av bemötande av vårdtagarna.

Undersökningen sker genom en kvalitativ intervju med hjälp av bandspelare. Vi kommer båda två att närvara vid intervjun som beräknas ta mellan 30 min till en timma. För att få ett så bra underlag som möjligt, önskar vi intervjua sju undersköterskor. Vi uppskattar om det finns möjlighet att ordna en avskild plats för intervjuerna. Tid och plats kan bestämmas efter överenskommelse.

Vi vore tacksamma om vi kan få Ert godkännande till att få kontakta kommunens undersköterskor inom hemtjänsten angående deltagande i undersökningen.

Vi kontaktar Er om några dagar för att få bekräftelse på vår förfrågan. Brevet som vi bifogar har vi för avsikt att skicka till berörda undersköterskor då vi erhållit Er bekräftelse om att få genomföra intervjun.

Med vänliga hälsningar,

Maria Jönsson

Stridsbergsgatan 4A

461 32 Trollhättan

0520- 17631

Helena Nilsson

Kyrkogatan 26

462 30 Vänersborg

0521-65177

## Bilaga 2

Hej!

Vi är två sjuksköterskestuderande som skriver en C-uppsats i Omvårdnad. Vi har valt att fördjupa oss i undersköterskors syn på bemötandets betydelse i det dagliga omvårdnadsarbetet i kommunal hemtjänst. Eftersom undersköterskor är den yrkesgrupp som tillbringar mest tid tillsammans med vårdtagarna, vill vi med vårt arbete belysa undersköterskors erfarenheter och upplevelser av bemötande av vårdtagarna.

Intervjun sker med hjälp av bandspelare och tar ca ½-1 timma. Vi kommer båda två att närvara vid intervjun och vi är tacksamma om det finns möjlighet att sitta på en avskild plats.

För att kunna göra denna undersökning är det viktigt att så många som möjligt deltar. Allt deltagande är naturligtvis frivilligt, men vi hoppas på Ert deltagande. Vi har tystnadsplikt och allt som sägs i intervjun kommer att behandlas konfidentiellt och ingen person kommer att kunna igenkännas i undersökningsresultatet. Kontakt har tagits med X som givit sitt medgivande att göra denna undersökning i X kommun.

Om ni vill ställa frågor angående intervjun är ni välkomna att kontakta oss per telefon eller brev. Vi kommer att kontakta Er per telefon för att eventuellt bestämma tid och plats för intervjun.

Hjärtligt tack för Er medverkan!

Maria Jönsson

Helena Nilsson

Stridsbergsgatan 4A

Kyrkogatan 26

461 32 Trollhättan

462 30 Vänersborg

0520-17631

0521-65177

## Bilaga 3

### Intervjuguide

- Kön
- Ålder?
- Vad har du för yrkeserfarenhet?
- Vad har du för utbildning?
- Vad tänker du på när du hör ordet bemötande?
- Beskriv en situation/händelse/möte då du upplevt att ditt bemötande haft positiv betydelse i mötet med vårdtagaren.
- Beskriv en situation/händelse/möte då du upplevt det svårt att bemöta en vårdtagare.
- Vad är det som avgör att ett möte bli bra mellan vårdtagare och vårdgivare?
- Är det något annat som du anser att vi inte har tagit upp?

Högskolan i Trollhättan/Uddevalla  
Institutionen för omvårdnad  
Box 1236  
462 28 Vänersborg  
Tel 0521-26 42 00 Fax 0521-26 42 99  
[www.htu.se](http://www.htu.se)