

## **Sjuksköterskors upplevelser av faktorer som bidrar till närvaro i mötet med äldre personer**

*Carita Svensson, Ellinor Edfors & Anna-Karin Edberg*

# Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan

**Sjuksköterskors upplevelser av faktorer som bidrar till  
närvaro i mötet med äldre personer**

*Carita Svensson, Ellinor Edfors & Anna-Karin Edberg*

**Kristianstad University Press**

Tryckort: Kristianstad 2017

ISSN: 1652-9979 NR 1 2017

© Respektive författare

# Sjuksköterskors upplevelser av faktorer som bidrar till närvaro i mötet med äldre personer

*Carita Svensson, Ellinor Edfors & Anna-Karin Edberg*

## **Abstrakt**

Hur upplever sjuksköterskan mötet med den äldre personen inom kommunal vård och omsorg? Ett sätt för sjuksköterskan att känna närvaro i mötet är genom att helhjärtat lyssna på den äldre när hen inbjuder till samtal om sina tankar eller om livshistorian. Sjuksköterskan kan genom mötet uppleva en högre mening med sitt arbete och få en möjlighet att etablera en relation med den äldre. Att vårda äldre personer ställer höga krav på omvårdnaden där en helhetssyn med fokus på personcentrerad omvårdnad står i centrum och kunskaper i äldre personers psykologiska och sociala åldrande kan hjälpa sjuksköterskan vara närvarande i mötet. Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av faktorer som bidrar till möjligheten att vara närvarande i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg. Nio intervjuer genomfördes med sjuksköterskor inom kommunal vård och omsorg. Intervjuerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visade att sjuksköterskorna hade som sin främsta intention att prioritera mötet med vårdtagaren. Faktorer som bidrog till sjuksköterskornas möjlighet till närvaro i mötet med äldre var relaterade till; (I) mötet i form av att kunna bygga på en tidigare relation, att ha gemensamma beröringspunkter, att ha en ömsesidig öppenhet och vilja att dela varandras glädje- och sorgeämnen (II) vårdtagaren i form av att vårdtagaren har förtroende för sjuksköterskan, att vårdtagaren inbjuder till samtal och vårdtagarens tillstånd (III) sjuksköterskan i form av kunskaper om vårdtagaren och betydelsen av att vara närvarande i mötet, personlig mognad och självkännet, att vara genuint intresserad av vårdtagaren och visa respekt och att kunna hantera sina känslor, samt (IV) organisationen i form av att ha tid, att ha möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter, hur vårdarbetet fördelas och organiseras och den kontext som sjuksköterskan befinner sig i. Resultatet visade att sjuksköterskorna hade som intention att vara närvarande i mötet. Det var dock inte alltid så lätt att få tid till mötet på grund av tids- och/eller personalbrist, men även sjuksköterskans personliga mognad och erfarenhet hade betydelse för att kunna/våga vara närvarande i mötet. En positiv och stödjande arbetsledning samt ett nära samarbete med kolleger sågs som viktiga resurser i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Nyckelord: sjuksköterskors erfarenheter, patient, möte, äldre, mindfulness, intervjuer

Rapporten baseras på ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterskeprogrammet, inriktning vård av äldre som är genomfört med stöd av Forskningsplattformen för Hälsa i samverkan.



# INNEHÅLL

FÖRORD.....	7
INLEDNING.....	8
BAKGRUND.....	8
Äldre personer inom kommunal vård och omsorg .....	8
Sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg.....	9
Personcentrerad omvårdnad.....	10
Mötet .....	11
Medveten närvaro .....	12
SYFTE .....	12
METOD .....	13
Design .....	13
Urval .....	13
Datainsamling.....	14
Analys .....	14
Förförståelse .....	15
Etiska aspekter.....	16
RESULTAT .....	16
Faktorer relaterade till mötet.....	17
Att kunna bygga på en tidigare relation .....	18
Att ha gemensamma beröringspunkter .....	18
Att ha en ömsesidig öppenhet och vilja att dela både glädje och sorgeämnen .....	19
Faktorer relaterade till vårdtagaren .....	19
Att vårdtagaren har förtroende för sjuksköterskan.....	19
Att vårdtagaren bjuder in till samtal .....	20
Vårdtagarens tillstånd .....	21
Faktorer relaterade till sjuksköterskan .....	22
Kunskaper om vårdtagaren och betydelsen av att vara närvarande i mötet .....	22
Personlig mognad och självkänedom .....	23
Att vara genuint intresserad av vårdtagaren och visa respekt .....	24
Att kunna hantera sina känslor .....	24
Faktorer relaterade till organisationen .....	25
Att ha tid .....	25
Att ha möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter .....	26
Hur vårdarbetet fördelas och organiseras .....	27
Den kontext som vårdtagaren och sjuksköterskan befinner sig i .....	28
DISKUSSION .....	28
Metoddiskussion .....	28
Resultatdiskussion .....	29
Mötet .....	30
Vårdtagaren .....	30

Sjuksköterskan .....	32
Organisationen .....	33
Slutsats .....	34
Kliniska implikationer.....	34
Vidare forskning.....	35
REFERENSER .....	36

Bilaga 1 Intervjuguide

Bilaga 2 Brev till verksamhetschef

Bilaga 3 Information till sjuksköterskor

# FÖRORD

Denna rapport bygger på en magisteruppsats som har genomförts inom ramen för specialistsjuksköterskeutbildningen inom vård av äldre och Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, vid Högskolan Kristianstad. Uppsatsen tar upp en av de allra viktigaste frågorna inom vården till äldre personer; Hur ska vi få till det goda mötet? Och i en alltmer stressad tillvaro; Hur ska vi bära oss åt för att kunna vara närvarande och se just den person som vi möter?

I studien framkommer det att aspekter som underlättade möjligheten att vara närvarande, var att man hade en tidigare relation med vårdtagaren eller att man hittade gemensamma beröringspunkter. Det var också betydelsefullt att det fanns en ömsesidig öppenhet att vilja mötas. För en sådan ömsesidighet krävdes att vårdtagarna hade förtroende för sjuksköterskan. Detta resultat visar på vikten av kontinuitet inom vård och omsorg till äldre personer. Vi hör dessvärre ofta rapporter om en hög personalomsättning inom vården till äldre personer, och om roterande scheman mellan olika boenden, vilket naturligtvis inte stödjer att en nära relation kan utvecklas. Studien visar också på att sjuksköterskans förhållningssätt och kunskap har betydelse för förmågan att kunna vara närvarande i mötet. Det handlade om kunskap, personlig mognad och självkännet, att ha ett genuint intresse för den andre, att visa respekt och att kunna hantera sina känslor. Dessa förmågor beskrivs även av McCormack & McChance (2010) som viktiga förutsättningar för att kunna ge en personcentrerad vård. I deras modell beskrivs detta i termer av sjuksköterskans egenskaper, professionell och social kompetens, hängivenhet, att vara klar över sina egna värderingar och att utveckla självkännet. Detta kräver givetvis återkommande diskussioner i personalgruppen kring den värdegrund som ska genomsyra verksamheten, men också möjlighet till känslomässigt stöd för att bibehålla och utveckla dessa förmågor. Sjuksköterskorna i studien beskrev även en rad organisatoriska aspekter som var viktiga för att de skulle kunna vara närvarande. Dessa aspekter var att ha tid, att ha möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter och hur vårdarbetet fördelas och organiseras. Studien visar på en rad aspekter som är betydelsefulla för att kunna ge en vård som är baserad på ett genuint möte, där sjuksköterskan är närvarande och ser den äldre personen. Studien identifierar också en rad viktiga förbättringsområden, vilka kräver ett tydligt ledarskap och en organisering av vård och omsorg som stödjer relationen mellan sjuksköterskor och de äldre personer som de vårdar.

Kristianstad 2017-09-05

Anna-Karin Edberg, Professor

Forskningschef, Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan, Högskolan Kristianstad

Referens: McCormack, B. & McCance, T. (2010). Person-centred nursing: theory and practice. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

## INLEDNING

Hur upplever sjuksköterskan mötet med den äldre personen hen möter inom kommunens vård och omsorg? Finns det i sjuksköterskans dagliga arbete möjlighet och intresse att vara närvarande i mötet med den äldre personen? I mötet är lyssnandet viktigt. Författaren Emmanuel Ezra har i en bok om Det goda mötet (2010) skrivit: "Att lyssna är för mig något mycket mer än att höra. Vi hör mycket men det är få ljud vi lyssnar på. När vi lyssnar som bäst på en annan människa gör vi det med alla sinnen. Det kräver närvaro och uppmärksamhet. Medvetet och fokuserat öppnar vi oss då för all information som kommer till oss. Det kräver i sin tur att vi vill lyssna, och vår vilja är därför en av nycklarna till att bli en god lyssnare." Att arbeta inom äldrevården idag kan vara utmanande och stressigt för sjuksköterskan (Fagerberg, 2004; Hallin & Danielsson, 2005; Heikkinen et al., 2006; Häggström et al., 2004). Administrativt arbete, personal- och tidsbrist kan vara några faktorer som hindrar sjuksköterskan att få tid och möjlighet till att vara närvarande i mötet med äldre i deras vardag. Att vara sjuksköterska kan enligt Fagerberg (2004) innebära att ha ett holistiskt perspektiv, det vill säga ett helhetsperspektiv på äldre, och i gengäld få deras fulla förtroende i olika omvårdnadssituationer. En slags optimal omvårdnad kan uppstå när sjuksköterskor och övrig personal på äldreboenden kan vara närvarande i interaktionen med äldre personer, framförallt med demenssjuka äldre (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2010). Vi har dock begränsad kunskap om hur sjuksköterskorna själva upplever möjligheten till närvaro i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg, en verksamhet som är präglad av sjuksköterskan som en konsult och många och korta besök hos de äldre.

## BAKGRUND

### Äldre personer inom kommunal vård och omsorg

Under de senaste åren (2008-2013) har antalet äldre personer som får hemtjänst varit oförändrad (Socialstyrelsen, 2015). Däremot har antalet äldre personer boende i särskilda boenden minskat från 15,6 procent till 12,9 procent (ibid.). Äldre personer inom kommunal vård och omsorg, framförallt äldre som bor i ordinärt boende, har en hög sjukvårdskonsumtion relaterad till bland annat multimorbiditet (Andersson, Hallberg & Edberg, 2007).

Nästan hälften av alla personer som är 95 år eller äldre har en demenssjukdom och bland dessa finns dessutom en omfattande multimorbiditet (Socialstyrelsen, 2011). Äldre personer boende i särskilt boende har störst funktionsnedsättningar (ibid.).

De etiska principerna (ICN 2009) innehåller riktlinjer för behandling av äldre personer med respekt för autonomi och integritet, att göra gott, inte skada samt att utöva rätt-



visa. Värdegrunden omfattar äldres rätt till ett värdigt liv, som bland annat innebär att ha ett gott bemötande gentemot äldre och närstående (SOU 2008:51). Till ett värdigt liv hör också rätt till integritet, självbestämmande, individanpassning och ett gott bemötande av äldre (ibid.). Att vårda äldre personer inom kommunal vård och omsorg ställer sålunda höga krav på omvårdnaden och verksamheten, där helhetssynen på de äldre är extra viktig, framför allt att se till de äldres totala behov av omvårdnad samt att "rätt sak görs vid rätt tillfälle och på rätt sätt" inom verksamheten (Socialstyrelsen, 2012).

## **Sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg**

I sjuksköterskans arbete inom kommunens äldrevård och äldreomsorg är det av vikt att i mötet med den äldre personen skapa en relation (Eide & Eide, 2009). Relationen mellan sjuksköterska och vårdtagare kan handla om att vara fysiskt och psykiskt närvarande i mötet med vårdtagaren (Norberg & Ternestedt, 2009). Kunskaperna inom äldres vård och omsorg samt de praktiska omvårdnadsåtgärder som utförs av sjuksköterskan, är tillsammans med relationen grundläggande för det optimala omvårdnadsarbetet (ibid.). Inom kommunal vård och omsorg styr Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 1982:763) och Socialtjänstlagen (SFS 2001:453) sjuksköterskors arbete. I HSL 782:263 uppmanas till goda kontakter mellan personal och vårdtagare. För att mötet mellan sjuksköterska och den äldre personen ska bli optimalt för båda parter, behöver den äldre känna sig trygg, respekterad och tagen på allvar (Balaz Schale & Nordin, 2001; Socialstyrelsen 2012a). En plattform för sjuksköterskan inom kommunal vård och omsorg är att ha kunskaper om äldre personers biologiska, funktionella, psykologiska och sociala åldrande (Fristedt, 2011; Dahl; 2011; Malmberg & Ågren, 2011). Alla dessa former av åldrande "samarbetar" och bildar en helhet av äldre personers behov av vård och omsorg (ibid.).

Det ställs krav inom äldreomsorgen på att vårdpersonal har goda kunskaper om äldre personers hälsa och sjukdomar för att kunna erbjuda en säker vård (Socialstyrelsen, 2012b). Antalet sjuksköterskor med specialistutbildning inom geriatrik i kommuner och landsting ökade åren 2007–2012, från 372 till 552 personer. Under 2012 arbetade 331 av dem inom den kommunala vården och omsorgen (Socialstyrelsen, 2015). Av samtliga sjuksköterskor verksamma inom äldreomsorgen i Sverige är dock andelen med specialistutbildning inom vård av äldre mindre än två procent (Socialstyrelsen, 2012b). Antalet personer i samhället som är 80 år och äldre förväntas, enligt Statistiska Centralbyrån (SCB, 2015), att år 2045 vara över en miljon personer. Behovet av att fler sjuksköterskor samt övrig vårdpersonal utbildas inom vård till äldre personer ökar således.

Färre sjuksköterskor än någonsin har ansvar för fler svårt sjuka vårdtagare, oavsett var vårdtagarna vistas (Hallin & Danielson, 2007; SKL, 2013). Sjuksköterskan inom kom-

munal hälso- och sjukvård fungerar ofta som en medicinsk konsult och samordnar hälso- och sjukvårdsinsatser samt omvårdnaden av äldre personer (Socialstyrelsen, 2012b). Sjuksköterskan fungerar också som en arbetsledare för undersköterskorna som oftast står närmast den äldre patienten, vilket ställer krav på både sjuksköterskans och undersköterskornas kompetens inom äldrevård (Beck, Törnquist, Broström & Edberg, 2011). Häggström et al. (2008) beskriver sjuksköterskors roll inom geriatrisk omvårdnad som ett ensamarbete där de dagligen tvingas ta många olika svåra beslut. Sjuksköterskor upplever också att de inte kan sköta sitt arbete utan kollegers vänskap och utbyte av erfarenheter (ibid.). Det ökande antalet äldre som är multistjuka, tillsammans med krav på ökad kompetens inom äldreomsorgen och ökad arbetsbelastning, gör att sjuksköterskor har behov av en kontinuerligt stödjande arbetsledning samt behov av vidareutbildning inom sin profession för att klara de högre krav som ställs på dem (Hallin & Danielson, 2007; Socialstyrelsen, 2012b).

## Personcentrerad omvårdnad

Att utgå från en helhetssyn och från ett personcentrerat förhållningssätt innebär att omvårdnanden baseras på personens verklighet, livsmönster och värderingar samt att det är av vikt att som sjuksköterska vara närvarande i mötet med den som vårdas (Ekman & Norberg, 2013; Ericsson, 2011; McCormack, 2003, 2004, 2010; Socialstyrelsen, 2010).

Det är viktigt att äldre personer själva är med och utformar en plan för vård och omsorg, tillsammans med samhället (Edvardsson, Sandman & Rasmussen, 2010; Ekman, Swedberg, Taft et al., 2011). Enligt Ekman & Norberg (2013) är människan fri, men också beroende av att bli sedd och förstådd av sina medmänniskor. Det förutsätter att sjuksköterskan känner väl till den äldre personen i sitt sociala sammanhang för att kunna ge adekvat vård (McCormack, 2004). Sjuksköterskan bör i sitt vardagliga arbete sträva efter att medvetet arbeta personcentrerat och "vara där vårdtagaren är", det vill säga att utgå från vårdtagarens önskemål och behov vad gäller vård och omsorg (McCormack, 2003). Vi har dock begränsad kunskap om vad som krävs för att sjuksköterskan ska lyckas med detta i en arbetssituation som ofta beskrivs som pressad.

Socialstyrelsen förespråkar personcentrerad vård inom all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom och rekommenderar att hälso- och sjukvården och socialtjänsten ger denna rekommendation högsta prioritet (Socialstyrelsen, 2010). Enligt kompetensbeskrivning för sjuksköterskor med specialistsjuksköterskeexamen, beskriven av Svensk sjuksköterskeförening (2012), ska specialistsjuksköterskor ha ett personcentrerat förhållningssätt gentemot sina vårdtagare. I specialistsjuksköterskans ansvarsområde ingår också att övrig vårdpersonal får möjlighet till utbildning inom personcentrerad omvårdnad (Ekman & Norberg, 2013). I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (2005) framgår även att sjuksköterskan förväntas arbeta

hälsofrämjande. Att arbeta hälsofrämjande kan vara ett sätt att arbeta personcentrerat med den äldres bästa framför sig.

Personcentrerad omvårdnad handlar om att arbeta personcentrerat inte bara gentemot äldre personer utan också gentemot kollegor och ledning, vilket kräver ett nytt sätt av ledningen att tänka kring äldre, sjuka personer vad gäller till exempel utbildning i, och tillämpning av, personcentrerad omvårdnad (ibid.). Livsberättelsen eller livshistorian är själva utgångspunkten för personcentrerad omvårdnad gentemot äldre personer (Ekman & Norberg, 2013; Ericsson, 2011). Genom att sjuksköterskan tar sig tid att lyssna till den äldre personens livsberättelse främjas och bekräftas den äldre personens känsla av sammanhang och identitet (Ericsson, 2011; Österlind, 2009). Sjuksköterskan förstår då lättare den äldre samt har möjlighet att få ihop de "pusselbitar" som ibland behövs för att få en helhetsbild av den äldre personen (Birkler, 2007; Eide & Eide, 2009; Ekman & Norberg, 2013; Ericsson, 2011; Rennemark, 2004).

Personcentrerad vård och omsorg till äldre är en viktig grund för det fortlöpande förbättrings- och kvalitetsarbete som bedrivs inom hälso- och sjukvården, genom att vården görs mer tillgänglig och säker för de äldre (Hommel, Idvall & Andersson 2013; Socialstyrelsen, 2012).

## Mötet

"Sjuksköterskan ska i sin professionella identitet vara närvarande" (Öhlén & Segersten, 1998). Genom att vara öppen och nyfiken på den äldre i mötet kan goda förutsättningar för värdefulla relationer skapas mellan sjuksköterskor och äldre (Enqvist, 2007; Ericsson, Kjellström & Hellström, 2011). Både verbal och icke-verbal kommunikation som uttrycks genom kroppsspråk, ansiktsuttryck, ögonkontakt, beröring, nickar och leenden är viktiga i mötet och kan leda till att äldre känner en ökad tillit (ibid.). Äldre som har existentiella frågor, kan trots sjukdomar och hög ålder, uppleva ett meningsfullt möte med sjuksköterskor (Arlebrink, 2012). I en studie av Berg, Skott & Danielson (2006) visade resultatet att en sjuksköterska som är känslomässigt närvarande, i sin tur kan ge äldre personer en känsla av mening, närvaro och empati.

Mötet kan vara ett sätt för sjuksköterskan att lära känna äldre personer samt få en relation till dem genom att se det unika hos den person sjuksköterskan står inför (Eide & Eide, 2009; Ericsson, Kjellström & Hellström, 2011). För att kunna vara närvarande ska sjuksköterskan ha självkänedom, det vill säga först lära känna eller utveckla sig själv, för att sedan kunna hjälpa andra (Ekman & Norberg, 2013). Genom att lyssna, beröra och vara "med-varande" kan en närvaro skapas mellan sjuksköterskan och den äldre personen (Fredriksson, 2003). Mötet kan då ske utan inlärd repliker och den äldre personen har möjlighet att "dela sin värld" med sjuksköterskan (ibid.). I Socialstyrelsens nationella kvalitetsindikatorer (Socialstyrelsen, 2009) konstateras dock att det är

svårt att mäta och beskriva social samvaro mellan den äldre personen och sjuksköterskan på ett bra sätt.

## Medveten närvaro

“We are all mindful to one degree or another, moment by moment” (Kabat-Zinn, 2003). Enligt Kabat-Zinn (2015) är medveten närvaro uppmärksamhet riktad mot nuet. Vi blir mer medvetna om omvärlden (Nilsson, 2004). McBee (2008) har myntat att “det grundläggande i medveten närvaro är att vara närvarande i varje ögonblick”. Begreppet medveten närvaro har sitt ursprung i västerländsk psykoterapi och stresshantering “som en metod för behandling av olika tillstånd” (ibid.).

Närvaro enligt Finfgeld-Connett (2006) är en process som omfattas av känslighet, helhet/holism, intimitet, sårbarhet och att anpassa sig till unika omständigheter. Processen förutsätter att vårdtagaren har ett behov av att sjuksköterskan ska vara närvarande (ibid.). Nilsson (2004) har beskrivit medveten närvaro i nuet som att “kunna vara i nuet precis som det är”, att inte vänta med att vara närvarande i nuet tills man får möjlighet, är ledig eller befinner sig i en lugn miljö.

Mindfulnessbaserad äldrevård fokuserar på att öka de allra äldstas inflytande och delaktighet över sina liv, till exempel genom att lära ut praktiska övningar i mindfulness till de äldre på deras villkor, så att de får kontroll över till exempel sina kroniska smärtor och psykosociala besvär (McBee, 2008). Mindfulness eller medveten närvaro kan vara ett sätt för sjuksköterskor att få hjälp “att varsebli”, det vill säga att genom enkla övningar i sitt dagliga arbete nyttja strategier för att få kontroll över olika stressmoment som kan uppstå i arbetet inom vård och omsorg (ibid.). Att som vårdtagare bli sedd, bekräftad och bemött med värdighet och respekt är en process i det hälsofrämjande arbete som sjuksköterskan bedriver. Den hälsofrämjande omvårdnaden strävar efter att förstå personens livsvärld i relation till hälsa och sjukdom istället för att fokusera på problem och diagnoser. Det finns ett behov av kontinuerliga möten där sjuksköterskan är närvarande med äldre inom kommunal vård och omsorg, annars finns risk för att till exempel äldres följsamhet eller ett lidande hos äldre förbigås. Det finns dock begränsad kunskap om hur sjuksköterskor som arbetar med äldre personer inom kommunal vård och omsorg upplever mötet med äldre och vilka faktorer som underlättar möjligheten eller är hinder för att vara närvarande i mötet.

## SYFTE

Syftet var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av faktorer som bidrar till möjligheten att vara närvarande i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg.

# METOD

## Design

Studien har en kvalitativ design för att få en förståelse för sjuksköterskors upplevelser av närvaro.

Kvalitativ design har som målsättning att vara holistisk och strävar efter att förstå personers erfarenheter av ett fenomen som engagerar sjuksköterskor, till exempel ett problem eller en situation inom omvårdnaden (Polit & Beck, 2008). Syftet med kvalitativa forskningsintervjuer är att få beskrivningar av de intervjuades livsvärld i avsikt att tolka de beskrivna fenomenens mening, ett så kallat "inifrånperspektiv" (Polit & Beck, 2008; Danielson, 2012). Kvalitativa intervjuer användes för att få tillgång till sjuksköterskornas egna reflektioner, tolkningar, upplevelser och tankar. I kvalitativa studier är det oftast en intention att söka största möjliga variation vad gäller till exempel olika bakgrund och erfarenhet bland deltagare i en studie (Danielson, 2012).

## Urval

En medelstor kommun i Skåne med cirka 13 000 invånare valdes till studien. Totalt nio sjuksköterskor intervjuades. Samtliga sjuksköterskor arbetade inom kommunal vård och omsorg, både på särskilda boenden och i ordinära boenden, dag- och kvällstid. Sjuksköterskornas bakgrund och erfarenhet inom vård och omsorg beskrivs i tabell 1.

**Tabell 1.** Sjuksköterskornas bakgrund och erfarenhet inom vård och omsorg (n=9) år 2013  
Karakteristika

Ålder, år, min-max (median)	32-58 (47)
Kön, n	
Kvinnor	6
Män	3
Arbetslivserfarenhet inom vård av äldre, år, min-max	3-37
Specialistsjuksköterskeutbildning, n	
Distriktsköterska	2
Vård av äldre	1
Ingen	6

## **Datainsamling**

En pilotintervju med syfte att testa metoden och intervjuguiden gjordes med en sjuksköterska som arbetade på sjukhus och som hade lång erfarenhet av arbete inom kommunal vård och omsorg. Enligt Polit & Beck (2008) är en pilotintervju en småskalig version av kommande intervjuer till en studie. Syftet med en pilotintervju är att undersöka om metoden som valts är relevant, att frågorna fungerar i intervjusyfte och att ta reda på ungefärlig intervjulängd (Polit & Beck, 2008; Danielson, 2012). Författaren tog personlig kontakt med sjuksköterskan och bestämde tid och plats för intervjun. Pilotintervjun tog 45 minuter att genomföra och uppfyllde den kvalitet som eftersträvades genom att frågorna i intervjuguiden kunde användas i kommande intervjuer. Pilotintervjun ingår inte i studiens resultat.

Inför arbetet med studien tog författaren telefonkontakt med enhetschefssamordnare för sjuksköterskor i den aktuella kommunen. Samordnaren informerades via telefon om studien, och fick dessutom via epost en kort information om studien.

Samordnaren informerade i sin tur sjuksköterskorna om den aktuella studien på ett APT möte och frågade dem om intresse av att delta. De sjuksköterskor som var intresserade anmälde detta till samordnaren. Via telefon lämnade därefter samordnaren namn, epostadress och telefonnummer till de tio sjuksköterskor var intresserade av att delta i studien.

Författaren kontaktade samtliga tio sjuksköterskor både via epost och per telefon några dagar senare. Samtliga accepterade muntligt per telefon att medverka i studien och tid för intervjuer bokades in. Då en sjuksköterska blev sjuk, intervjuades sammanlagt nio sjuksköterskor efter att de hade gett sitt skriftliga medgivande till att delta i studien.

En intervjuguide med intervjufrågor användes som underlag för intervjun (bilaga 1), och svaren följdes upp med fördjupande frågor. För att intervjuerna skulle kunna genomföras relativt ostört, ägde de rum på sjuksköterskeexpeditioner eller i personalrum, och bandinspelades. Intervjuerna varade i cirka 20 – 60 minuter och transkriberades i sin helhet.

## **Analys**

Intervjuerna har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys med inspiration från Graneheim & Lundman (2004). Innehållsanalys med en kvalitativ ansats används ofta inom omvårdnadsforskning och är lämplig i studier med en mindre datamängd (Danielson, 2012; Graneheim & Lundman, 2004).

I en innehållsanalys kan innehållet i till exempel intervjuerna beskrivas (manifest beskrivning) eller tolkas (latent tolkning) djupgående (ibid.). I denna studie har en kombination av manifest och latent innehållsanalys använts.

Intervjuerna genomlästes åtskilliga gånger för att få en djupare förståelse för vad de handlade om. I varje intervju identifierades meningsbärande enheter som kunde bestå av ord, meningar eller stycken i texten. Fokus låg på att identifiera faktorer som bidrar till sjuksköterskornas möjlighet till närvaro i mötet med äldre personer. Text som inte svarade mot syftet uteläts. De meningsbärande enheterna kondenserades och kodades på en beskrivande och manifest nivå (se exempel tabell 2). Genom att jämföra likheter och skillnader hos de meningsbärande enheterna bildades kategorier och subkategorier som speglade innehållet på en mer latent nivå.

Tabell 2. Exempel på meningsbärande enheter, kondensering och kodning

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod
Ja, jag känner ju.. Jag har funderat en del på det här och tänker ju då särskilt på just möten när man känner närvaro.. Att det blir en närhet.. att man får en kontakt liksom..	Tänker särskilt på möten när man känner närvaro. Att det blir en närhet och att man får en kontakt.	Kontakt
Och det handlar mycket om när man känner att den som man möter också känner det som ett meningsfullt möte.	Handlar om känslan att den man möter också känner det som ett meningsfullt möte.	Meningsfullt möte

## Förförståelse

Förförståelse är den erfarenhet eller föreställning forskaren har inom det område forskningen handlar om (Polit & Beck, 2008). Att ha ett förutsättningslöst förhållande innebär att möta olika situationer som om de vore nya (ibid.). Inom kvalitativ forskning ska forskaren inta ett förutsättningslöst förhållningssätt och hålla tillbaka sin förförståelse för fenomenet vid genomförande av studien (ibid.).

Förförståelsen som författaren hade för fenomenet var att sjuksköterskor som arbetar inom kommunal vård och omsorg hade mer tid till samtal och möten med äldre än sjuksköterskor inom sjukhus. En annan tanke hos författaren var att äldre personer inom kommunal vård och omsorg inte har samma behov av att ha möten med sjuksköterskor som äldre personer i eget boende har. Det i sin tur kan bero på föreställningen

att många äldre inte har ork och energi av att engagera sig i något längre på grund av hög ålder, multisyjukdom och orkeslöshet. Ytterligare en förförståelse var att fler sjuksköterskor med specialistkompetens är anställda inom kommunal vård och omsorg och har längre erfarenhet och utbildning i hur det är att vara närvarande i mötet med äldre, än till exempel på sjukhusen. Författarens egna erfarenheter av att arbeta som sjuksköterska inom kommunal vård och omsorg begränsade sig vid tidpunkten för studiens genomförande till cirka ett år.

## Etiska aspekter

Vid forskning ställs fyra allmänna huvudkrav för att skydda individen. Det är informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (Vetenskapsrådet, 2003). Ett informationsbrev där studiens generella syfte framgick samt övrig information för att kunna erhålla informerat samtycke (Kvale & Brinkmann, 2009) mailades till verksamhetschef (bilaga 2) och till sjuksköterskor (bilaga 3) innan studien påbörjades. Samtyckeskravet tillgodosågs genom att verksamhetschefen godkände att sjuksköterskorna intervjuades samt att sjuksköterskorna som intervjuades fick lämna skriftligt samtycke om deltagande i studien, med löftet om att när som helst under studiens gång, utan att ange något skäl, avbryta sin medverkan.

Konfidentialitetskravet tillgodosågs genom att intervjuerna kodades för att inte kunna härledas till enskilda deltagare och genom att arbetsmaterialet till studien förvaras på säkert ställe. Materialet i denna studie kommer inte att användas i någon annan studie, det vill säga att nyttjandekravet som säkerställer att det insamlade materialet till studien nyttjas endast för studiens syfte och ändamål, är uppfyllt. Det är även av vikt att bedöma eventuell risk och nytta med studien. Risker med studien kan vara att de sjuksköterskor som blev intervjuade kunde känna obehag eller få dåligt samvete i samband med intervjun. För att minska den risken beslutades att intervjun skulle avbrytas så fort den intervjuade så önskade. Under en intervju stängdes bandinspelningen av tillfälligt under intervjun för att sedan återupptas.

Studiens förväntade nytta är att kunna uppmärksamma och identifiera faktorer som kan bidra till sjuksköterskors möjlighet till närvaro i mötet med äldre, som i sin tur kan ligga till grund för förbättringsarbete inom vård och omsorg. Det etiska rådet för specialistsjuksköterskeprogrammet inom vård av äldre har godkänt studien (Dnr. SPÅ 2013:10).

## RESULTAT

I resultatet framkom att sjuksköterskan hade som främsta intention att vara närvarande i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg oavsett om mötet skedde med okänd eller känd vårdtagare, oavsett situation, hur kort eller långt mötet



med vårdtagare var, oavsett vårdtagares status/sjukdom(-ar) och samtalsämne mellan vårdtagare och sjuksköterska. De faktorer som hade betydelse för sjuksköterskornas närvaro i mötet med äldre var relaterade till mötet, vårdtagaren, sjuksköterskan och organisationen (tabell 3). Citaten i den löpande texten belyser sjuksköterskornas intervjusvar.

Tabell 3. Faktorer som bidrar till sjuksköterskans möjlighet till närvaro i mötet med äldre vårdtagare.

Kategorier	Subkategorier
Faktorer relaterade till mötet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att kunna bygga på en tidigare relation</li> <li>• Att ha gemensamma beröringspunkter</li> <li>• Att ha en ömsesidig öppenhet och vilja att dela varandras glädje- och sorgeämnen</li> </ul>
Faktorer relaterade till vårdtagaren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att vårdtagaren har förtroende för sjuksköterskan</li> <li>• Att vårdtagaren inbjuder till samtal</li> <li>• Vårdtagarens tillstånd</li> </ul>
Faktorer relaterade till sjuksköterskan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunskaper om vårdtagaren och betydelsen av att vara närvarande i mötet</li> <li>• Personlig mognad och självkänedom</li> <li>• Att vara genuint intresserad av vårdtagaren och visa respekt</li> <li>• Att kunna hantera sina känslor</li> </ul>
Faktorer relaterade till organisationen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Att ha tid</li> <li>• Att ha möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter</li> <li>• Hur vårdarbetet fördelas och organiseras</li> <li>• Den kontext som vårdtagaren och sjuksköterskan befinner sig i</li> </ul>

## Faktorer relaterade till mötet

Mötet upplevdes av sjuksköterskan som det centrala i relationen med den äldre personen. Sjuksköterskan hade ett intresse och en lyhördhet för vårdtagaren, framförallt av att vara närvarande med alla sina sinnen i mötet.

Med hjälp av kontinuerliga möten mellan sjuksköterska och vårdtagare kunde värdefulla relationer etableras. Det kändes positivt och meningsfullt att ha en dialog och att etablera relationer. De faktorer som sjuksköterskorna upplevde bidrog till möjligheten att vara närvarande i mötet och som var relaterade till själva mötet som sådant var: att

kunna bygga på en tidigare relation, att ha gemensamma beröringspunkter, att ha en ömsesidig öppenhet samt en vilja att dela varandras glädje- och sorgeämnen; presenterade nedan som subkategorier.

### **Att kunna bygga på en tidigare relation**

Att försöka känna närvaro hos alla vårdtagare kunde vara svårare i jämförelse med att känna närvaro hos vårdtagare som sjuksköterskan hade byggt upp bra relationer med. Det var ändå viktigt för sjuksköterskan att lägga energi på alla, för vårdtagarens välmåendes skull. Att ha en gemensam historia och gemensamma intressen med vårdtagaren kunde innebära att sjuksköterskan kände en närhet och en medvetenhet i mötet samt upplevde sig ha förståelse för vad vårdtagaren förväntade sig, vilket var lättare ju oftare de träffades. Det upplevdes som enklare att göra snabba tillsynsbesök hos kända vårdtagare och få en uppfattning om hur de mådde. Ibland kunde det räcka med ett telefonsamtal till vårdtagaren, och sjuksköterskan kunde höra på vårdtagarens röst om inte allt var som det skulle.

Med "kända" vårdtagare (några tyckte dock det inte spelade någon roll om vårdtagaren var känd sedan tidigare) kunde sjuksköterskan ha en kommunikation även när andra uppgifter genomfördes, till exempel i samband med såromläggning eller blodprovstagning. Det var också viktigt att tänka på sitt kroppsspråk, där ögonkontakten inte alltid var det primära.

### **Att ha gemensamma beröringspunkter**

Att få kontakt genom gemensamma beröringspunkter, som att vara på samma våglängd och att personkemin stämde mellan vårdtagare och sjuksköterska, kunde vara en förutsättning för ett utbyte och en förståelse dem emellan. Utan en ömsesidig kontakt med vårdtagaren upplevde sjuksköterskorna att de inte kunde jobba vidare som sjuksköterskor. Sjuksköterskorna upplevde det lättare att välja sina ord och bete sig "rätt" i mötet när de hade lärt känna vårdtagaren och fått en personlig kontakt.

I situationer när sjuksköterskan upplevde att personkemin med vårdtagaren inte stämde, var det viktigt att ändå fullfölja sin professionella relation. Genom att upptäcka gemensamma intressen med vårdtagaren, kunde kontakt skapas trots att vårdtagaren till en början gav ingen eller begränsad respons och upplevdes som nedstämd eller deprimerad.

*".. han hade ett enda foto, ett svartvitt foto och det var på en häst. Och så frågade jag honom om hästen. Det satte igång honom, för det var att "ja, jag har också hästar" och då pratade han ännu mer om hästar och vi kom in på olika raser och jag förstod att han hade en trevlig stund och då är det så tillfredsställande att gå därifrån". (Intervju 2)*

## **Att ha en ömsesidig öppenhet och vilja att dela både glädje och sorgämnen**

En ömsesidig öppenhet och en vilja att dela kunde upplevas när vårdtagaren ”öppnade sig”; berättade något av personlig karaktär i en omvårdnadssituation. Det upplevdes positivt av båda parter att kunna dela en stund tillsammans, kunna prata om annat än det medicinska. En sjuksköterska uttryckte att hen hade en opretentiös position som sjuksköterska och var inte som en myndighetsperson utan hade kunnat prata om angelägna saker med vårdtagaren.

Att känna spontan sympati och närhet för vissa äldre kända vårdtagare kunde handla om att vårdtagaren påminde sjuksköterskan om någon hen kände. Utbytet av varandras glädje- och sorgämnen upplevde sjuksköterskorna som en av de största fördelarna i sina arbeten.

Närvaro i mötet kunde vara att skratta ihop, eller finnas till hands och lyssna när vårdtagaren hade smärta. Eller bara vara, kanske inte alltid agera, utan finnas där för vårdtagaren. En händelse som visade att ett utbyte av varandra, handlade om att se varandra som vanliga människor, utspelade sig när en sjuksköterska skulle prata med en svårt sjuk vårdtagare. Dagen efter samtalet upptäckte sjuksköterskan att samma vårdtagare talade obehindrat om än mer djupgående med städerskan. Sjuksköterskan tolkade det som att städerskan på något sätt med sitt kravlösa och förutsättningslösa förhållningssätt ingav någon slags trygghet, att kunna lätta sig hjärta för. Sjuksköterskan drog slutsatsen att de konstiga och felaktiga krav som hen ställt på sig själv som en slags ”övermänniska” inte alls var vad vårdtagaren förväntade sig.

## **Faktorer relaterade till vårdtagaren**

För vårdtagaren handlade det om att få ett förtroende för sjuksköterskan och då att bjuda in till samtal för att dela med sig av sitt liv, sin livsberättelse och andra personliga tankar. Vårdtagare som upplevdes ensamma var vårdtagare med depression och vårdtagare med psykisk diagnos kunde ha svårt för att ge sjuksköterskan respons i mötet. Till sin hjälp i mötet hade sjuksköterskan vårdtagarens personliga saker, fotografier som relaterade till vårdtagarens liv, ibland också till gemensamma intressen med sjuksköterskan. Faktorer som upplevdes bidra till närvaro i mötet och som var relaterade till vårdtagaren var; att vårdtagaren hade förtroende för sjuksköterskan, att vårdtagaren bjöd in till samtal samt vårdtagarens tillstånd; presenterade nedan som subkategorier.

## **Att vårdtagaren har förtroende för sjuksköterskan**

Genom att sjuksköterskorna blivit anförtrödda angelägna, ibland personliga, angelägenheter från vårdtagaren kände de ett förtroende och tolkade det som att vårdta-

garen upplevde mötet som meningsfullt. Kontakten och förtroendet som vårdtagaren uppvisade kunde rentav upplevas som en förutsättning för att parterna skulle få ut något av mötet.

*”Jag har funderat en del på det här och tänker ju då särskilt på just möten när man känner närvaro... Att det blir en närhet... att man får en kontakt liksom... Och det handlar mycket om när man känner att den som man möter också känner det som ett meningsfullt möte. Inte bara jag. För deras egen uppfattning är kanske att de inte har fått ut nån’ting, utav mötet... och då är det ju väldigt svårt att känna att man fått nå’n form utav närhet i mötet. De kanske hade velat något helt annat. Kanske velat prata om nå’t annat.” (Intervju 1)*

Det kunde också hända att vårdtagaren blev arg och/eller sade att sjuksköterskan inte fick komma tillbaka. För sjuksköterskan var det då svårt att fortsätta kontakten. Sjuksköterskorna upplevde att vårdtagaren inte ville dela med sig av sina frågor, eventuellt på grund av bristande förtroende. En sjuksköterska upplevde dock att möjligheten till meningsfulla möten mellan vårdtagare och sjuksköterska krävde en medvetenhet om vad man gjorde och varför man gjorde det, något som var fullt möjligt. Att få ett förtroende handlade också om att ”vara ärlig” och informera vårdtagaren om sin tidsbrist. Om en sjuksköterska hade tidsbrist hos kända vårdtagare, visste de oftast att sjuksköterskan skulle ha mer tid en annan gång eftersom ”ett kapital av närvaro” fanns förvaltat hos vårdtagaren.

*”Det känns ju inte bra, men det känns ju att jag många gånger också kan få ett kvitto på att jag på nå’t sätt byggt upp ett kapital av närvaro vid andra möten. Och så säger de att han brukar inte vara så, men han kan vara så ibland.” (Intervju 4)*

### **Att vårdtagaren bjuder in till samtal**

De flesta vårdtagarna upplevdes ha ett mer eller mindre stort behov av samtal, ibland för att bryta sin ensamhet, dela med sig av sina tankar, sitt levda liv och annat. Många kände sig ensamma på grund av att släkt, vänner och övriga i det personliga nätverket hade dött före dem. Ensamheten och osäkerheten hos vårdtagare med palliativ vård hade ökat och de upplevdes vara i behov av mer stöd i form av samtal med sjuksköterskan. I samtalet som vårdtagaren bjöd in till var syftet främst för att bli lyssnad på, men också för att bli sedd och bekräftad.

*”Vill gärna prata och... speciellt om man går in på gammalt och så vad de har sysslat med i deras liv och... så blir det mer betydelsefullt när de får berätta...” (Intervju 3)*

*”Jag tror det är väldigt viktigt för deras välbefinnande att uppleva sig sedda...det är många gånger viktigare än både omläggningarna och såret och alla de andra åtgärderna som vi kommer dit för. Så det blir ju en viktig del av det mötet som vi har.” (Intervju 4)*

## **Vårdtagarens tillstånd**

Vårdtagarens tillstånd var ofta avgörande för hur mötet blev. Om vårdtagaren hade en demenssjukdom, var deprimerad, eller hade en pågående konfusion eller en psykisk diagnos kunde det resultera i svårigheter för vårdtagaren att ge respons. Det var vanligt att sjuksköterskorna mötte vårdtagare med en demenssjukdom som upplevdes vara ”någon annanstans” mentalt. Vårdtagaren var upptagen med något helt annat och det var därför svårt att nå dem. Sjuksköterskorna kunde då med vissa vårdtagare relatera till ett specifikt minne hos vårdtagaren och tillsammans kunde de ibland därmed få kontakt och ibland uppleva en kort stunds närvaro tillsammans med vårdtagaren.

*”Alltså på nå't sätt, så känns det lättare att känna närvaro i mötet med den som är här och nu. Men det känns värdefullare när man har den demenssjuka, framförallt de som man känner och som man inte når så väldigt ofta. Men att man då lyckas fånga dem här och nu. Det känns mer värdefullt när man har lyckats fånga dem här och nu och känner att de är med en. Än den som är klar i huvudet.” (Intervju 9)*

Vårdtagare som till exempel tappat sitt språk kunde ge respons genom att möta sjuksköterskans blick och bli lugna. Sjuksköterskorna upplevde att vårdtagare som kunde uttrycka sig genom sitt kroppsspråk också kunde bekräfta att de hade förstått sjuksköterskorna. I ett fall hade depression, oro och ångest hos en vårdtagare resulterat i att hen försökte ta sitt liv. Vårdtagaren hade flera gånger tidigare sagt att hen inte ville leva längre. En annan vårdtagare som kände sig ensam och var deprimerad var svår att nå. Sjuksköterskan upptäckte att det var lättare att få respons från vårdtagaren om sjuksköterskan lyssnade extra noga och inte pratade så mycket själv.

Personliga fotografier och annat hemma hos denna vårdtagaren kunde också hjälpa sjuksköterskan få igång ett samtal.

*”Det räcker med att hitta ett fotografi eller en bonad eller nå't och börja prata om den. Har du sytt den här? Har du själv gjort det här? Då får man igång ett samtal. Åh, det är det som är så himla roligt tycker jag!” (Intervju 2)*

## Faktorer relaterade till sjuksköterskan

Att fokusera på att vara här och nu i mötet med vårdtagaren förutsatte att sjuksköterskorna hade en god självkännet, arbetslivserfarenhet och mådde bra. Att ha kunskaper om, och vara intresserad av vårdtagaren var ett sätt att visa respekt i mötet. I sitt arbete stötte sjuksköterskorna ibland på utmanande känslomässiga hinder som rädsla och osäkerhet för vissa vårdtagare. De faktorer som bidrog till möjligheten till närvaro i mötet och var relaterade till sjuksköterskorna själv var; kunskaper om vårdtagaren, betydelsen av att vara närvarande i mötet, personlig mognad och självkännet, att vara genuint intresserad av vårdtagaren och visa respekt, samt kunna hantera sina känslor; presenterade nedan som subkategorier.

## Kunskaper om vårdtagaren och betydelsen av att vara närvarande i mötet

I mötet med vårdtagaren var det betydelsefullt att ta sig tid införskaffa kunskaper om den enskildes sjukdomshistoria och livshistoria. Framförallt kunskap om vårdtagarens livshistoria lyfte sjuksköterskornas medvetenhet till "en högre nivå" om vad närvaro i mötet med vårdtagaren kunde innebära. Ett sätt att fördjupa sig i vårdtagarens sjukdomshistoria var att öka sina fackkunskaper och vid behov diskutera vårdtagarens situation med kollegor.

Att få möjlighet att vara närvarande "här och nu" upplevdes som kvalitet i arbetet och gav sjuksköterskan en känsla av meningsfullhet. Att lyssna till alla vårdtagare, tillåta sig att "vara i mötet" utan att varje gång behöva utföra något konkret ärende hos vårdtagaren, upplevdes betydelsefullt. På så vis kunde sjuksköterskorna fokusera på vårdtagaren, dennes värld och upplevelser och släppa allting annat omkring sig. En sjuksköterska beskrev hur träning på att vara fokuserad kunde hjälpa när hen var jättestressad, "nu fokuserar jag på detta." Att kunna vara närvarande i mötet hade lika stor betydelse i det svåra mötet som när vädret kom på tal.

Att vara närvarande i mötet uttrycktes som att "det ger ju det där lilla extra som ger guldkant på sköterskejobbet, det som gör jobbet värt att göra."

*"Det ger mer negativt hos den som är döende om jag stressar när jag är där, och inte tar mig tid att lyssna på dem och vara där med dem. "Då öppnar de sig i regel inte för en heller och ställer inte de svåra frågorna och pratar inte om det de känner, om jag inte är där." (Intervju 9)*

Hemma hos okända vårdtagare kunde sjuksköterskan skaffa sig kunskaper om vårdtagaren som person med hjälp av personliga saker och fotografier. När vårdtagaren var okänd för sjuksköterskan upplevdes "närvaron i mötet" inte riktigt på samma sätt,

men sjuksköterskorna upplevde sig ändå involverade och lade ner samma känsla och energi som hos kända vårdtagare. Det kändes dock inte nödvändigt att bygga upp relationer om man bara träffade vårdtagaren en gång. Några sjuksköterskor lyfte fram att alla inte har förmågan att vara närvarande i mötet och att känslan för närvaro är olika för olika människor. Brist på närvaro i mötet upplevdes kunna mynna ut i frustration, en känsla av otillräcklighet och i förlängningen möjligtvis i utbrändhet. Begreppet "mindfulness" upplevdes som ett begrepp i tiden. Att ha kunskaper i mindfulness eller medveten närvaro uttrycktes av en sjuksköterska som att mår mina vårdtagare bra så gör jag det också. Kunskaper i mindfulness upplevdes vara ett bra stöd i mötet med äldre personer och hjälpte sjuksköterskan att skapa lugn och harmoni hos både vårdtagaren och sig själv.

*"Jag tror det har stor betydelse om man kan lära sig att ha närvaro, precis som man lär sig mindfulness. För jag tror att många mår dåligt av den biten. Att man inte hinner ge tillräckligt. Men man kanske har gett tillräckligt utan att man vet om det, eller så kan man lära sig att vara närvarande i fem minuter istället. Alltså, jag tänker ju att jag är lugn när jag är närvarande.. då går hjärtfrekvensen ner och andetagerna och axlarna sjunker och.. En sund stund när man är.. så smittar det ju av sig. Att patienten blir lugnare. Om den är stressad eller arg eller upprörd eller orolig så dämpas ju det." (Intervju 5)*

## **Personlig mognad och självkänedom**

En viss personlig mognad och erfarenhet av yrket var förutsättningar för att kunna vara närvarande. Det ingick enligt en sjuksköterska "rentav i professionen". Det var viktigt att utvecklas och kontinuerligt lära sig "nytt", det till och med krävdes enligt sjuksköterskorna. Ju mer erfarenhet de fick, desto mer tid kunde ägnas åt vårdtagarna. Som erfaren sjuksköterska med personlig mognad och god självkänedom kunde ett lugn upplevas, vilket till exempel hjälpte vid svåra samtal. En ökad självkänedom och en känsla av att vara trygg i sitt yrke kunde i sin tur medföra att arbetsuppgifterna inte utfördes slentrianmässigt och med nonchalans, utan att sjuksköterskorna istället gjorde det bästa de kunde utifrån sina förutsättningar. En annan aspekt av personlig mognad och självkänedom var att använda sina sinnen och sin intuition i mötet.

Vid kroppsnära kontakt behövde sjuksköterskan "känna in känslan" hos vårdtagaren och observera om hen gav någon respons. Sjuksköterskorna beskrev att deras ögonkontakt, kroppsspråk och engagemang också uppmärksammades av vårdtagaren som observerade kroppsspråk, göromål och hur de gjordes samt om de utstrålade rutin och trygghet. Inför arbetsdagen var det även grundläggande behov som att vara mätt och utvilad, som starkt bidrog till att kunna vara närvarande i arbetet som sjuksköterska.

*”Nej, men när jag inte längre har förmågan att vara mätt och utvilad och inte kan fokusera på ett samtal, eller på en såromläggning eller på en dosettindelning, då är det ju .. och då är ju stressen ett .. så är man jättestressad så kan man inte fokusera egentligen.” (Intervju 5)*

### **Att vara genuint intresserad av vårdtagaren och visa respekt**

Ett sätt för sjuksköterskorna att visa respekt och genuint intresse för vårdtagaren var att visa att de fanns där för vårdtagaren och inte slutade att fråga när de var rädda höra svaren. Att ha respekt för, och försöka lära känna, tidigare okända vårdtagare kunde innebära att visa intresse för privata saker och fotografier för att kunna knyta an till livshistorian.

*”Det har ju en läkande effekt att få träffa nån som lyssnar på en och visar respekt.” (Intervju 8)*

Ett sätt för sjuksköterskorna att signalera för vårdtagarna att de hade tid, var att inför mötet ta av jackan och skorna, stanna upp och gå långsamt. De beskrev att de försökte att undvika att springa, hur bråttom de än hade. De försökte också hälsa på alla de mötte och kanske också försöka byta några ord. Prioriteten och intentionen var att visa närvaro även om tiden inte alltid fanns och/eller sjuksköterskan inte kände sig speciell närvarande just den dagen. Många sjuksköterskor upplevde att vårdtagarnas behov av kontakt och närvaro hade ökat de senaste åren.

*”Att man visar att den här personen är intressant för det första... att få stå i centrum de minuterna, som det tar och... det kanske är det enda mötet (för vårdtagaren) på hela dagen, det vet vi inte. Och då är det ju värt mycket.” (Intervju 2)*

Att inte svara i telefonen inne hos vårdtagaren var ett annat sätt att visa respekt på. När de inte svarade kunde det leda till att fokus på vårdtagaren intensifierades och mötet begränsades i positiv bemärkelse. Det kunde dock vara en utmaning att avgränsa själva mötet och att låta vårdtagaren förstå att andra arbetsuppgifter och andra vårdtagare väntade, utan att vårdtagaren missuppfattade det. Men det gällde också att vara flexibel och lyssna när vårdtagaren hade något viktigt att förmedla och låta det få ta lite extra tid.

### **Att kunna hantera sina känslor**

Att kunna hantera känslor som rädsla och/eller osäkerhet i situationer som sjuksköterskorna inte hade ”verktyg” inför, kunde hindra dem från att visa närvaro och närhet i mötet med vårdtagare som exempelvis hade en psykisk sjukdom. Sjuksköterskan hade



då inte de rätta redskapen och kunde inte ställa relevanta frågor för att få veta mer om vårdtagarens tillstånd.

*”Jag är dåligt närvarande när människorna har psykiska sjukdomar, då blir jag rädd... jag försöker göra ett bra möte men jag har nog svårt med närvaron. Jag kanske inte är så nära dem heller... men jag försöker spela lugn och sansad och harmonisk.” (Intervju 5)*

Sjuksköterskorna beskrev att de istället för säkerhet kunde förmedla maktlöshet när en svårt sjuk vårdtagare plötsligt avled. Även relationen till vårdtagare som sjuksköterskan hade en känslomässig anknytning till kunde vara svårt att begränsa eftersom vårdtagaren kände sig trygg att anförtro sig åt sjuksköterskan, som i sin tur förväntades hålla en kontinuerlig kontakt. I mötet med okända vårdtagare kunde sjuksköterskorna känna en osäkerhet över hur deras ordval uppfattades och de menade att ”det var lättare att prata med en känd vårdtagare”. Sjuksköterskorna upplevde att de riskerade att hamna i en ond spiral när de utelämnade sig både psykiskt och fysiskt och bara ”gav och gav” och inte fick så mycket tillbaka. Det var exempelvis svårt för sjuksköterskorna att möta ensamma och ”bittra” vårdtagare, som ansågs vara otillfredsställda med hur deras liv hade blivit.

## **Faktorer relaterade till organisationen**

Sjuksköterskorna beskrev att de hade behov av stöd från arbetsledningen/ organisationen. Tidsbrist, ett högt arbetstempo, svårigheten att ibland behöva prioritera bland arbetsuppgifterna var några faktorer som sjuksköterskorna dagligen ”brottades med” och som krävde en tydlig struktur från organisationens sida. Sjuksköterskorna beskrev framförallt organisatoriska hinder för att vara närvarande i mötet, men dessa kunde även bidra positivt om de undanröjdes. De faktorer som sjuksköterskorna upplevde vara viktiga för deras möjligheter att vara närvarande i mötet och som var relaterade till organisationen var: att ha tid, att ha möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter, hur vårdarbetet fördelas och organiseras samt den kontext som vårdtagaren och sjuksköterskan befann sig i, presenterade nedan som subkategorier.

### **Att ha tid**

Att vara hindrad, eller bli avbruten i, att vara närvarande i mötet var relaterat till olika former av ”distractioner”. Sjuksköterskorna kände att de numera alltid måste vara tillgängliga framförallt via telefonen, som kunde ringa konstant. Det fanns möjlighet att ta emot meddelanden på telefonsvararen, men det var inte alla som ringde som lämnade meddelanden. Sjuksköterskorna beskrev att det var skönt att slippa behöva svara i telefon i omvårdnadssituationer ”med handskarna på” och vid speciella möten hände det att de inte tog med sig telefonen. En annan distraction kunde vara när vårdpersonal, framför allt på boendena, ”pockade på uppmärksamhet” genom att ofta kontakta sjuksköterskan.

*”Det kan vara när jag blir avbruten av någon anledning. Att... om jag är hos någon och personal kanske kallar på mig eller telefonen håller på och ringer och inte slutar och ringa. Då tappar jag koncentrationen. Jag blir frustrerad... det är ju personalen som ringer oss. Många samtal beror på personalens egen osäkerhet. Jag skulle vilja säga att det är svårare och svårare att vara närvarande därför att det är så mycket annat som distraherar.” (Intervju 2)*

Ett högt arbetstempo och en ökad administration skapade i sin tur tidsbrist och ledde till en stressad tillvaro när mycket skulle hinnas med på kort tid. Sjuksköterskorna beskrev att tidsbristen och arbetspressen kunde variera mycket. Att ofta hindras i att vara närvarande i mötet kunde i förlängningen leda till en känsla av otillräcklighet, till exempel att ”jobbet följde med hem i tankarna”. Sjuksköterskorna beskrev även att långvarig stress på arbetet kunde leda till att de inte återhämtade sig mellan arbetspassen.

*”Och kommer jag upp i en viss stressnivå, då känner jag... då vet jag inte var jag själv är och då kan jag inte heller visa närvaro.” (Intervju 4)*

Tid för pappersarbete som uppföljningar och liknande upplevdes också som ett hinder för att kunna vara närvarande i mötet. En sjuksköterska upplevde att hen kom allt längre från vårdtagaren och bedömde att fördelningen mellan administration och kontakt med vårdtagare var 70/30 procent.

*”Ja, just det att man försöker även om man är under tidspress försöker genomföra mötet. Alltså, det ena är ju tidsfrågan. Liksom, att man tänker redan på nästa möte... Ja, lite så att man tittar på klockan och känner att man inte har tid helt enkelt.” (Intervju 8)*

Ibland fick tillsynsbesök hos kända vårdtagare stå tillbaka för besök hos svårt sjuka vårdtagare med palliativ vård. Patientgruppen beskrevs som att de krävde speciella och extra mycket insatser. En sjuksköterska resonerade att ”har man inte tid så har man inte”, medan andra sjuksköterskor upplevde ett ständigt dåligt samvete. Under speciella ”arbetstoppar” med extra mycket att göra kunde ännu mindre tid avsättas till mötet med vårdtagare som de inte kände sedan tidigare.

### **Att ha möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter**

Sjuksköterskorna beskrev att det var en utmaning att hitta en balans mellan organisationens krav och möjligheter och deras förmåga till närvaro i mötet genom att prioritera mellan olika arbetsuppgifter. Det kunde handla om att behöva prioritera mellan omvårdnadsarbete, möten och andra uppgifter, mellan olika vårdtagare, mellan akuta/ icke-akuta ärenden, mellan olika verksamheter och mellan uppgiften och relationen i själva mötet.

Det var ganska självklart att prioritera akut sjuka vårdtagare och det upplevdes lättare att prioritera en känd vårdtagare framför en okänd. En sjuksköterska beskrev att det var enklare att göra prioriteringar via telefon när vårdtagaren var känd. Att ha möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter upplevdes som ett självständigt arbete, men det var inte alltid friktionsfritt. Sjuksköterskorna upplevde ändå att det fanns utrymme för att kunna prioritera själva mötet. Även om det var självklart att prioritera mötet framför administration eller andra uppgifter, var det inte alltid möjligt. Vårdtagare som bodde i särskilda boenden prioriterades framför vårdtagare på korttidsboenden. Men ibland förekom det att de prioriterade fel. En sjuksköterska kommenterade att det var viktigt att inte "gräva ned sig för det". När det gällde, för dem, tidigare okända vårdtagare prioriterades ofta uppgiften framför relationen. En annan form av prioritering kunde gälla att avsätta tid för att vara närvarande vårdtagare framför att städa undan på sitt skrivbord.

*"Så jag turas om vilka personer jag kan vara närvarande hos, men jag prioriterar ändå att jag kan vara det i möjligaste mån. Men sen får dagens program avgöra var jag lägger mina insatser." (Intervju 4)*

Att prioritera kunde också handla om att prioritera bort. Sjuksköterskorna konstaterade att det ibland varken fanns behov eller tid för att just nu tala med vårdtagaren, och de kunde därför skjuta fram mötet tills sjuksköterskan hade möjlighet. Oftast kunde det handla om frågor och funderingar som låg längre fram i tiden från vårdtagarens sida. Sjuksköterskorna lyfte fram vikten av att skapa bra relationer med sina äldre vårdtagare, och ibland kunde sjuksköterskorna erbjuda vårdtagaren att kontakta dem på arbetet om det fanns behov av att prata.

På kvällarna, nätterna och helgerna upplevdes prioriteringarna som ännu svårare eftersom de då hade ett större ansvarsområde som omfattade såväl kända som okända vårdtagare.

## **Hur vårdarbetet fördelas och organiseras**

På grund av omorganisationer hade sjuksköterskorna inte längre kontakt med tidigare vårdtagare och allt fler sjuksköterskeuppgifter utfördes per telefon eller delegerades till andra yrkesgrupper. Men sjuksköterskorna upplevde ändå att det var deras ansvar att alla arbetsuppgifterna fullgjordes i tid.

*"Så jag har det jobbet jag ska göra och om jag tar mig tid och sitter med en vårdtagare som behöver mig, så är det jag själv som får "jobba hårdare" på eftermiddagen eller när det nu blir..." (Intervju 9)*

Genom samarbetet med kollegorna kunde sjuksköterskorna få tid till vårdtagare som var i extra behov av samtal, men organisationen upplevdes ibland som "fragmentarisk och sönderhackad", eftersom "alla ska kunna gå ut och in i organisationen".

## **Den kontext som vårdtagaren och sjuksköterskan befinner sig i**

Var vårdtagaren befann sig under mötet hade betydelse för möjligheten till närvaro. Vårdtagare som var i sitt habitualtillstånd, i eget boende alternativt på särskilt boende med sina personliga saker och möbler omkring sig upplevdes som tryggare och lättare att tala med. Vårdtagare som bodde i särskilda boenden ”måde oftast bra, var mätta och personal pratade med dem”, men i ett eget boende var det kanske bara sjuksköterskan som besökte dem.

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Syftet med denna studie var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av faktorer som påverkar närvaron i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg. Intervjuer användes som datainsamlingsmetod. Kvalitativa forskningsintervjuer används när man vill förstå världen ur intervjupersonernas perspektiv (Kvale & Brinkmann, 2009). Eftersom studien var kvalitativ, diskuteras metodaspekter utifrån begreppen tillförlitlighet, trovärdighet, pålitlighet och överbarhet enligt Graneheim & Lundman (2004).

För att stärka tillförlitligheten och trovärdigheten i studien användes en intervjuguide med öppna frågor och följdfrågor. En pilotintervju med en sjuksköterska på sjukhus genomfördes för att pröva själva intervjuguiden. Intervjuguiden visade sig vara ett bra stöd i pilotintervjun, liksom för de efterföljande intervjuerna i studien. Pålitligheten i en studie stärks, enligt Graneheim & Lundman (2004), om samma frågor ställs till deltagarna, vilket gjordes i de genomförda intervjuerna. Intervjuguiden användes i samtliga intervjuer tillsammans med olika följdfrågor.

Sjuksköterskorna uppmuntrades att tala fritt, men intervjuaren styrde samtalet så att de ändå höll sig till ämnet. Efterhand som intervjuaren kände sig trygg i att intervjua ställdes också följdfrågor som var relaterade till sjuksköterskornas svar. Det har förmodligen medfört att de sista intervjuerna var av bättre kvalitet än de första. Intervjuerna var cirka 20-60 minuter långa och bedömdes ha tillräcklig variation för att kunna besvara syftet.

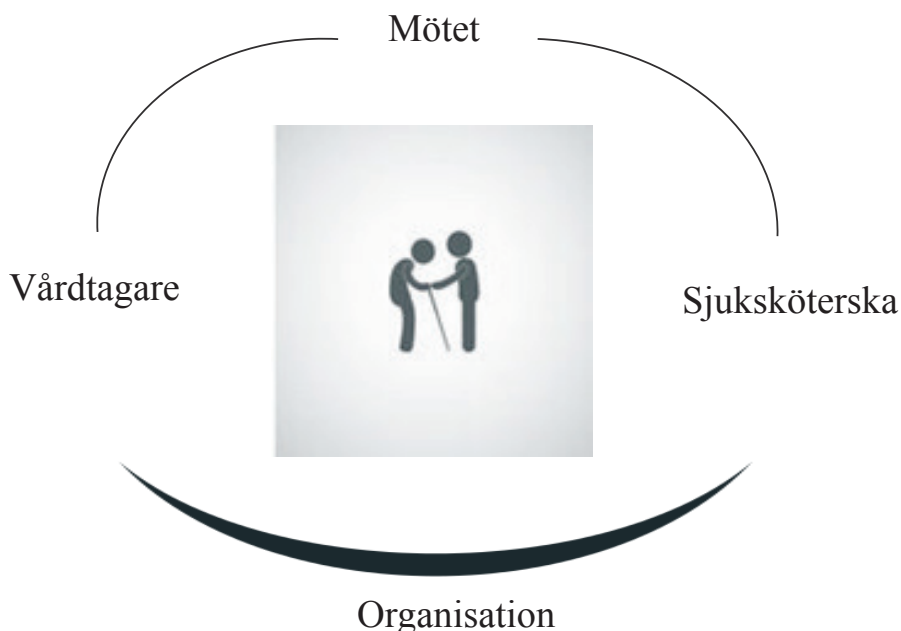
Sjuksköterskorna i studien hade olika erfarenheter av närvaro i mötet med äldre vilket kan anses som en styrka (Graneheim & Lundman 2004). Författaren har strävat efter att försöka fånga olika berättelser om närvaro och också att få en variation med tanke på sjuksköterskornas ålder, kön och arbetslivserfarenhet inom äldrevården. En representativ könsfördelning ökar också trovärdigheten (Polit & Beck 2012).

Tillförlitligheten i analysen har stärkts genom att handledarna har varit involverade i analysprocessens olika steg. Graneheim & Lundman (2004) poängterar att det är en viktig tillförlitlighetsaspekt att flera personer med olika förståelse är delaktiga i analysen. Det finns en uppenbar risk vid kvalitativa studier att en individuell forskarens förståelse påverkar analysarbetet och därmed resultatet. När det gäller denna studie så hade författaren i förväg intresse för och vissa teoretiska kunskaper om begreppet medveten närvaro, men mindre kunskap om den praktiska tillämpningen. Det är dock viktigt att formulera sin förståelse och beskriva den för läsaren (se metodavsnitt i denna uppsats) eftersom det ökar studiens trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). En bedömning av överförbarheten av studiens resultat kräver att den kontext som studien är genomförd i är noggrant beskriven.

Den aktuella studiens resultat kan med all sannolikhet överföras till sjuksköterskor inom vård och omsorg i andra svenska kommuner, men överförbarheten kan i slutändan endast bedömas av läsaren (Graneheim & Lundman, 2004).

## Resultatdiskussion

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av faktorer som påverkar möjligheten till närvaro i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg. Resultatet utgörs av faktorer relaterade till mötet, vårdtagaren, sjuksköterskan och organisationen, vilket illustreras i figur 1. Resultatdiskussionen utgår från dessa fyra kategorier.



Figur 1 Modell över faktorer som bidrar till sjuksköterskors upplevelse av närvaro i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg, inspirerad av Modell för omvårdnad (Norberg & Ternstedt, 2009).

## Mötet

Resultatet visade att sjuksköterskornas främsta intention var att vara närvarande i mötet med vårdtagaren även om ingen av sjuksköterskorna tidigare hade tänkt på själva begreppet närvaro. Bemötande var däremot ett välkänt begrepp. I en metasyntes om närvaro inom omvårdnad av Fingeld-Connett (2006) lyfts faktorer som känslighet, helhet, intimitet och sårbarhet fram som betydelsefulla i processen närvaro i mötet med vårdtagare.

År 2008 visar Fingeld-Connett i en studie att sjuksköterskans närvaro i omvårdnadsarbetet gynnar både vårdtagare och sjuksköterska, när vårdtagaren känner sig sedd och hörd och sjuksköterskan får en direkt bekräftelse på det. I mötet är det främst viktigt att lyssna på vårdtagaren, men också att ibland bara kunna vara i stunden (Billeter-Koponen & Fredén, 2005). Nilsson (2014) betonar i en studie om närvaro vikten av att i mötet kunna ta del av varandras erfarenheter, uppmuntra varandra och lyssna på varandra. En god relation mellan vårdtagare och sjuksköterska kan leda till att äldres följsamhet vad gäller medicinering och/eller behandling vid behov förbättras. Således är det av vikt att som sjuksköterska vara närvarande i mötet, inte alltid utträta något konkret, utan också kunna tillåta sig bara lyssna och bara vara i stunden tillsammans med vårdtagaren. Som sjuksköterskor är vi vana att informera våra vårdtagare, men lika värdefullt är det att ha en dialog med vårdtagaren och få ta del av hens livshistoria och/eller upptäcka att man har gemensamma erfarenheter.

## Vårdtagaren

Resultatet visade att sjuksköterskornas närvaro i mötet med vårdtagaren innebar att försöka få ett förtroende från vårdtagaren och bygga upp en relation. Detta ligger i linje med tidigare studier som visar att omvårdnad i nära samarbete med vårdtagaren är en viktig förutsättning för att sjuksköterskan ska få ett förtroende och kunna få en relation till vårdtagaren (Cline, Rosenberg, Kovner & Brewer, 2011). I en studie om bland annat mötet mellan vårdtagare och sjuksköterskor betonas vikten av att se varje vårdtagare som unik och kräver sjuksköterskans närvaro, engagemang och förståelse (Nilsson, Skär & Söderberg, 2015).

Denna studies resultat visade att vårdtagaren inbjöd till samtal med sjuksköterskan, om eller när vårdtagaren kände ett förtroende för sjuksköterskan. För att känna ett förtroende för sjuksköterskan och kunna tala fritt om till exempel sin livshistoria krävdes att de tillsammans hade en relation som var baserad på ömsesidig respekt. I resultatet framkom även att sjuksköterskorna upplevde att ensamheten bland äldre personer hade ökat de senaste åren, vilket ökade äldre vårdtagares behov av mötet och relationen med sjuksköterskan. Människan har ett behov av att vara "sammankopplad" genom relationer med antingen någon annan person eller något annat och har ett behov av att bli sedd, omtyckt och bekräftad eftersom ensamhet ibland kan leda till bitterhet (Dahlberg, 2007).

Äldre personer tappar med stigande ålder ofta sitt nätverk av närstående, släkt och vänner vilket kan leda till ensamhet (Graneheim & Lundman 2010). Ensamhet hos äldre personer är vanligt och påverkar det dagliga välmåendet och kan handla om allt från okomplicerade dagliga trivialiteter till komplicerade existentiella frågeställningar (Dahlberg, 2007). I den tidigare nämnda studien av Nilsson, Skär & Söderberg (2015) beskrevs att vårdtagarens välmående, värdighet och känsla av säkerhet samt erfarenhet av delaktighet, var beroende av sjuksköterskornas attityder i mötet med vårdtagaren. Ett nära samarbete mellan vårdtagaren och sjuksköterskan, där sjuksköterskan lyssnar på vårdtagaren och bjuder in vårdtagaren i mötet verkar alltså vara avgörande för hur relationen dem emellan utvecklas. Sjuksköterskan bör å sin sida vara engagerad och intresserad av vårdtagaren för att vårdtagaren ska visa ett förtroende för sjuksköterskan. Ensamma vårdtagare utan ett fungerande nätverk tycks tyvärr ha ökat och har ett extra stort behov av att bli sedda och hörda av en sjuksköterska för att kunna leva ett så fullödigt liv som möjligt.

Resultatet visade att vårdtagarens tillstånd spelade roll för möjligheten till närvaro i mötet. En vårdtagare med demenssjukdom var ofta svår att nå. Vårdtagare med psykisk sjukdom kunde skrämja sjuksköterskan, eftersom hen saknade verktyg för att hantera situationen eller var rädd. Livshistorien beskrivs ofta som en utgångspunkt för att kunna förstå en vårdtagares situation och beteende (Skovdahl, 2004). Detta ligger också inom ramen för så kallad personcentrerad vård, som har sin grund i att lyssna på vårdtagarens livshistoria och utgå från den i olika omvårdnadssituationer, vilket styrks i resultatet av en studie om personcentrerad vård och vikten av att bli sedd och hörd (Alharbi et al. 2014). Genom att sjuksköterskan använder en helhetssyn och arbetar personcentrerat kan även arbetsbördan minska (Edvardsson, 2010; Ekman, Swedberg, Taft et al., 2011).

Personcentrerad omvårdnad har under de senaste åren fått stort genomslag inom vård och omsorg, främst när det gäller personer med demenssjukdom. Tyvärr har utvecklingen inte nått lika långt inom vård och omsorg inom särskilda boenden. Socialstyrelsen (2015) lyfter till exempel fram att psykiska och sociala behov hos de äldre inte uppmärksammas och att de äldres delaktighet inte dokumenteras. Vårdpersonal kan ibland känna sig bakbundna av den stora arbetsbelastningen när de inte kan göra så mycket som de önskar för vårdtagarna (Edberg et al., 2008). De äldres livshistoria och sjukdomshistoria är viktiga utgångspunkter för den personcentrerade vården.

Framförallt när det gäller vård och omsorg om äldre personer med till exempel demenssjukdom, eftersom omvårdnaden då lättare kan utformas till en personcentrerad vård. Mötet med vårdtagare som drabbats av psykisk sjukdom kan kräva att sjuksköterskan besitter extraordinära kunskaper och verktyg för olika situationer, vilket hen inte oftast har p.g.a. tids- och resursbrist. Arbetsbelastningen kan då kännas extra svår.

## Sjuksköterskan

Resultatet visade att sjuksköterskornas egenskaper som självkänedom, ålder och erfarenhet hade betydelse för deras förmåga att kunna och våga vara, närvarande i mötet. Flera studier lyfter fram att en professionell relation och närvaro mellan vårdtagare och sjuksköterska utvecklas genom sjuksköterskans självkänedom, erfarenhet, personlig mognad och förmåga att våga vara närvarande i mötet snarare än genom inlärda tekniker (Billeter-Koponen & Fredén, 2005; Finfgeld-Connett, 2006). Det finns ett behov av att sjuksköterskor inom äldreomsorg har en gedigen vidareutbildning inom omvårdnad och pedagogisk kompetens liksom arbetslivserfarenhet för det avancerade omvårdnadsarbetet som bedrivs (Tunedal & Fagerberg, 2001). Enligt Zimmermann et al. (2005) kan sjuksköterskans ålder och arbetserfarenhet vara av betydelse för vilken arbetsbelastning hen känner. Ju äldre och mer arbetserfaren, desto större arbetsbelastning (ibid.). Sjuksköterskans utveckling enligt Benner (2001) beskriver hur kunskaper och praktisk erfarenhet tillsammans utvecklar sjuksköterskan i hens yrke. Som grundutbildad är sjuksköterskan novis. Därefter följer i tur och ordning avancerad nybörjare, kompetent, skicklig och slutligen expert. Utvecklingen bygger på både sjuksköterskans personliga mognad, självkänedom och erfarenhet inom yrket (ibid.). Antas kan att sjuksköterskans förmåga och mognadsgrad att utvecklas är personbundet, och att erfarenheten inom yrket kommer i takt med åren hen arbetar som sjuksköterska.

Resultatet visade att sjuksköterskans kunskap om betydelsen av att vara närvarande i mötet kunde bidra till ökad närvaro. En sjuksköterska i studien tillämpade aktivt mindfulness i sitt arbete som sjuksköterska, och menade att det kunde vara ett verktyg för alla alla sjuksköterskor att tillämpa i olika stressiga situationer i arbetet. Brown, Ryan & Creswell (2007) har tolkat begreppet mindfulness som "en kvalitet av medvetande förknippad med att kunna styra uppmärksamheten och medvetenheten på ett positivt sätt". I en studie om mindfulness och stress har det visat sig att ett mindfulnessbaserat program kunde reducera stress och därmed förbättra hälsan (Mackenzie, Poulin & Seidman-Carlson, 2006). Nilsson (2014) har i en studie sammanfattat mindfulness i tre olika dimensioner sett ur ett helhetsperspektiv; kropp, själv och organisation där man kan lära sig att nyttja mindfulness i olika sammanhang och faser i livet och försöka förstå meningen med det. Resultatet i studien visade även att några sjuksköterskor befarade att det faktum att de aldrig eller sällan kunde få uppleva närvaro i mötet med vårdtagaren, kunde leda till en utbrändhet. I en studie av Billeter-Koponen & Fredén (2005) upplevde sjuksköterskorna att relationen med vårdtagaren var det centrala i deras arbete, och när mötet och relationen inte kunde upprätthållas på grund av bland annat stress kunde utbrändhet vara ett faktum.

Resultatet visade att sjuksköterskorna upplevde att en personlig mognad och erfarenhet i yrket hjälpte vid svåra situationer. Sjuksköterskorna hade en hög ambitionsnivå



och försökte alltid göra sitt bästa för att tillgodose vårdtagarnas vård och omsorg. För att klara att arbeta inom äldreomsorgen, räcker oftast inte en grundutbildning utan arbetslivserfarenhet. Dagligen var sjuksköterskan tvungen att fatta svåra beslut som krävde både kunskaper om äldre och deras sjukdomar och att sjuksköterskan hade livserfarenhet. Utbildning och erfarenhet som sjuksköterska har betydelse när det gäller avancerad omvårdnad inom äldreomsorgen där vårdtagarna ofta är multisjuka, sköra med multimorbiditet. Verktyg för sjuksköterskan att klara de dagliga ökande kraven på kunskaper, kan till exempel vara att vidareutbilda sig inom sitt arbete. Verktyg som kan hjälpa sjuksköterskan att fokusera kan vara mindfulness, som innebär att lära sig enkla övningar att ta till dagligen i sitt arbete och som i längden möjligen kan vara positivt även för vårdtagaren.

## **Organisationen**

Resultatet visade att en pressad arbetssituation, höga omvårdnadskrav, tidsbrist, stress var några faktorer som påverkade sjuksköterskans möjlighet till närvaro i mötet. Att organisationen/ledningen uppmuntrade och samtyckte till att sjuksköterskorna prioriterade mötet var en förutsättning för kontinuerliga möten kunde ske med vårdtagarna. Sjuksköterskor har ett behov av en kontinuerligt stödjande arbetsledning samt behov av vidareutbildning inom sin profession för att klara de allt fler och högre krav som ställs på dem (Hallin & Danielson, 2007; Socialstyrelsen, 2012b). Ledningens stöttning och engagemang, kunskaper, tid och mer resurser är komponenter som kan vara till hjälp för sjuksköterskan att arbeta mer effektivt och utan stress (Rodwell, Noblet, Demir & Steane, 2009; Åhlin, 2015. En studie av McCormack et al. (2010) visade att just hög arbetsbelastning kan vara en huvudorsak till stress hos många sjuksköterskor.

Resultatet visade även att sjuksköterskorna upplevde ett tidvis hårt arbetstempo som inskränkte möjligheten till mötet, eller åtminstone begränsade tillfällena till kortare möten alternativt något de fick "ta" när de hade tid och möjlighet. Furåker (2009) fann i sin studie att sjuksköterskor som arbetade på sjukhus hade svårt för att planera sin arbetsdag eftersom avbrotten kunde vara många. Enligt en studie av Webster, et al. (2009) var det viktigt för sjuksköterskans tillfredsställelse med sitt arbete att samarbeta kolleger emellan. McCormack et al. (2010) har i sin studie klargjort vikten av bland annat ett effektivt teamarbete för att kunna arbeta personcentrerat. En organisation som ser till personaltätheten, en personcentrerad vård och har en positiv arbetsledning med en närvarande chef påverkar sjuksköterskans fysiska och psykiska välmående (Aiken, Clark & Sloan, 2002; Grönlund, 2014; Orrung Wallin, 2013). Birkler (2007) filosoferar kring frågor som "Var befinner jag mig i mitt yrke som sjuksköterska? Vilka värden baserar jag min verksamhet på? Vilken är omvårdnadens viktigaste referenspunkt?". Att dagligen reflektera, tänka efter kan vara ett sätt att för sjuksköterskan att strukturera upp sitt dagliga arbete. Kanske till och med kunna se omvårdnaden "ur ett fågelperspektiv" vilket betyder att genom ett filosofiskt tänk få ökad personlig förstå-

else för sitt yrkesområde (ibid.). En stöttande och positiv arbetsledning kan således vara en viktig resurs för sjuksköterskan i det dagliga omvårdnadsarbetet när tid, resurser, prioritering och planering inte räcker till i det dagliga omvårdnadsarbetet. Det verkar alltså vara viktigt med ett gott samarbete sjuksköterskor emellan, som i bästa fall tillsammans kan bilda ett effektivt team.

## Slutsats

Syftet med denna studien var att fånga upp sjuksköterskors upplevelse av faktorer som bidrog till närvaro i mötet med äldre personer. Resultatet visade att sjuksköterskorna hade som intention att vara närvarande i mötet. De flesta sjuksköterskorna hade dock inte hört begreppet närvaro i mötet och upplevde att det var ett nytt begrepp ”i tiden”. Olika faktorer bidrog till närvaron i mötet mellan äldre personer och sjuksköterskan som till exempel att vårdtagaren hade förtroende för sjuksköterskan eller att sjuksköterskan hade en personlig mognad och självkänedom, att sjuksköterskan hade möjlighet att prioritera mellan olika arbetsuppgifter, eller hur vårdarbetet fördelades och organiserades. Vårdtagaren hade ett stort behov av att bli sedd och hörd av sjuksköterskan. Det var dock inte alltid så lätt att få tid till mötet på grund av tids- och/eller personalbrist. En kontinuerlig dialog mellan vårdtagaren och sjuksköterskan i ett nära samarbete kunde bana vägen för en relation, ett förtroende mellan vårdtagare och sjuksköterska.

Ensamma, sköra och multisjuka äldre vårdtagare hade ett extra stort behov av att bli sedda och hörda i sin utsatthet. Äldre personers livshistoria och sjukdomshistoria kan vara vägledande för en personcentrerad vård och omsorg. Dagligen var sjuksköterskan tvungen att fatta svåra beslut. Utbildning och erfarenhet som sjuksköterska hade betydelse när det gäller avancerad omvårdnad inom äldreomsorgen eftersom vårdtagarna ofta är multisjuka och sköra med. Till viss del spelade sjuksköterskans mognad och erfarenheten i yrket in för att kunna/våga vara närvarande i mötet. Mindfulness är ett relativt nytt begrepp som översätts med helhet/holism, att anpassa sig till unika omständigheter (Fingeld-Connett, 2006). Metoden, som består av enkla övningar att ta till när sjuksköterskan vill fokusera, ”samla sig” och till exempel ägna sig helt och hållet åt en vårdtagare. Verktuget är tänkt att ta till när stress, tidsbrist och arbetsbelastning är påtaglig. Tidningsrubriker vittnar idag om avhopp från sjuksköterskeyrket relaterat till bland annat avsaknad av återhämtning mellan arbetspassen. En stöttande och positiv arbetsledning samt samarbete med kolleger kan således vara en viktig resurs för sjuksköterskan i det dagliga omvårdnadsarbetet vid behov.

## Kliniska implikationer

Resultaten från studien indikerar ett behov hos vårdtagaren att bli inbjuden eller att själv bjuda in sjuksköterskan till mötet. Sjuksköterskans arbetsbelastning har ökat och många erfarna sjuksköterskor söker sig bort från yrket. Att få vara närvarande i mötet,

lyssna och bekräfta vårdtagaren eller bara få "landa en stund" som ett led i personcentrerad omvårdnad är ett sätt för både sjuksköterskan och vårdtagaren att skapa betydelsefulla relationer. Mindfulness, som innebär att fokusera på och befinna sig här och nu kan vara ett viktigt verktyg att använda när arbetstempot är högt. För att minska omsättningen bland sjuksköterskor skulle erfarna sjuksköterskor med lång arbetserfarenhet kunna vara mentorer till till nyanställda sjuksköterskor för att tillsammans kunna arbeta med frågor som handlar om att förbättra arbetsmiljön.

## **Vidare forskning**

Resultaten i denna studie visar att det finns ett behov av att fördjupa kunskapen om hur sjuksköterskor och övrig omvårdnadspersonal tillsammans med organisationens stöd, på ett strukturerat vis kan arbeta med medveten närvaro i mötet med äldre personer inom kommunal vård och omsorg.

## REFERENSER

- Aiken, L. H., Clark, S. P. & Sloan, D. M. (2002). Hospital staffing, organization, and quality of care: cross-national findings. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(1), 5-14.
- Alharbi, T. S. J., Carlström, E., Ekman, I., Jarneborn, A. & Olsson, L. (2014). Experiences of person-centered care - patients' perceptions: Qualitative study. *BMC Nursing*, 13(1), 28-28.
- Arlebrink, J. (2012). *Existentiella frågor – inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Andersson, M., Hallberg, I.R. & Edberg, A-K. (2007). Health care consumption and place of death among old people with public home care or in special accommodation in their last year of life. *Aging, Clinical and Experimental Research*, 19(3), 228-239.
- Balaz Schale, S. & Nordin, M. (2001). *Handbok i hemsjukvård*. Stockholm: Gothia Förlag AB.
- Beck, I., Törnquist, A., Broström, L. & Edberg, A-K. (2011). Having to focus on doing rather than being – Nurse assistants' experience of palliative care in municipal residential care settings. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 455-464.
- Benner, P. (2001). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Berg L., Skott, C. & Danielson, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 3(20), 42-50.
- Billeter-Koponen, S. & Fredén, L. (2005). Long-term stress, burnout and patient–nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 19(1), 20-27.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad: etik och människosyn*. Stockholm: Liber.
- Brown, K.W., Ryan, R.M. & Creswell, J.D. (2007). Mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychol. Inquiries*, 18(4), 211-237.
- Cline, D. D., Rosenberg, M.-C., Kovner, C. T. & Brewer, C. (2011). Early career RNs' perceptions of quality care in hospital setting. *Qualitative Health Research*, 21(5), 673-682.
- Dahl, A. (2011). *Psykologiskt åldrande*. I M. Ernsth Bravell (Red.), *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia förlag AB.
- Dahlberg, K. (2007). The enigmatic phenomenon of loneliness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2(4), 195-207.
- Danielson, E. (2012). *Kvalitativ forskningsintervju*. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A.-K., Bird, M., Richards, D.A., Woods, R., Keeley, P. & Davis-Quarrell, V. (2008). Strain in nursing care of people with dementia: nurses' experience in Australia, Sweden and United Kingdom. *Aging & Mental Health*, 12(2), 236-243.

- Edvardsson, D., Sandman, P-O & Rasmussen, B. (2010). Forecasting the ward climate: a study from a dementia care unit. *Journal of Clinical Nursing* 21,1136-114.
- Eide, H. & Eide, T. (2009). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. & Norberg, A. (2013). *Personcentrerad vård – teori och tillämpning*. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Ekman I., Swedberg K., Taft C. et al. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.
- Enqvist, B. (2007). Utlämnad, liten, sårbar. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Ericsson, I. (2011). Förhållningssätt i vården och omsorgen om äldre. I M. Ernst Bra-well, (Red.), *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia förlag AB.
- Ericsson, I., Kjellström, S. & Hellström, I. (2011). Creating relationships with persons with moderate to severe dementia. *Dementia*, 12(1), 63-79.
- Ezra, E. (2010). *Det goda mötet*. Stockholm: Norstedts.
- Fagerberg, I. (2004). Registered Nurses' work experiences: personal accounts inte-grated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, 46(3), 284-291.
- Fingfeld-Connett, D. (2006). *Nursing Theory and Concept Development or Analysis. Meta-synthesis of presence in nursing*. The Author. Journal compilation, Blackwell Publishing Ltd., 55(6), 708-714.
- Fingfeld-Connett, D. (2008). *Qualitative Comparison and Synthesis of Nursing, Pre-sence and Caring*. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifica-tions*, 7(19), 111-19.
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Avhandling, Åbo Akademi, Institutio-nen för vårdvetenskap, Vasa.
- Fristedt, S. (2011). Funktionellt åldrande. I M. Ernst Bravell (Red.), *Äldre och åldran-de*. Grundbok i gerontologi. Stockholm: Gothia förlag AB.
- Furåker, C. (2009). Nurses' everyday activities in hospital care. *Journal of Nursing Ma-nagement*, 17(3), 269-277.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing re-search: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Graneheim, U. & Lundman, B. (2010). Experiences of loneliness among the very old: The Umeå 85+ project. *Aging & Mental Health*, 14(4), 433-438.
- Grönlund, A. & Stenbock-Hult, B. (2014). Vårdpersonalens syn på hälsofrämjande ledarskap. *Vård i Norden*, 34(1), 36-41.
- Hallin, K. & Danielsson, E. (2007). Registered nurses' experiences of daily work, a ba-lance between strain and stimulation. A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(7), 1221-1230.

- Heikkinen, A., Lemonidou, C., Petsios, K., Sala, R., Barazzetti, G., Radaelli, S. & Leino-Kilpi, H. (2006). Ethical codes in nursing practice: the viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 310-319.
- Hommel, A., Idvall, E. & Andersson, A-C. (2013). Kvalitetsutveckling. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Studentlitteratur: Lund.
- Häggström, E., Skovdahl, K., Fläckman, B., Kihlgren, A. L. & Kihlgren, M. (2004). To feel betrayed and to feel that you are betraying the older residents: caregivers' experiences at a newly opened nursing home. *Journal of Clinical Nursing*, 13(6), 687-696.
- ICN's etiska kod för sjuksköterskor (2009). Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Presence. *Mindfulness* 6(4), 948-949.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Mackenzie, C. S., Poulin, P. A. & Seidman-Carlson, R. (2006). A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Applied Nursing Research*, 19(2), 105-109.
- Malmberg, B. & Ågren, M. (2011). Socialt åldrande. I M. Ernsth Bravell (Red.), *Äldre och åldrande. Grundbok i gerontologi*. Stockholm: Gothia förlag AB.
- McBee, Lucia (2008). *Mindfulness i äldrevården. En modell för medveten närvaro för äldre och deras vårdare*. Lund: Studentlitteratur.
- McCormack B. (2003). A conceptual framework for person-centered practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 202-209.
- McCormack B. (2004). Person-centeredness in gerontological nursing: an overview of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 13(1), 31-38.
- McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., ... Slater, P. (2010). Developing person-centered practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107.
- Nilsson, H. (2014). A Four-Dimensional Model of Mindfulness and Its Implications for Health. *Psychology of Religion and Spirituality. American Psychological Association* 6(2), 162-174.
- Nilsson, Å., Skär, L. & Söderberg, S. (2015). Nurses' views of shortcomings in patient care encounters in one hospital in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 24(19-20), 2807-2814.
- Nilsson, Å. (2004). *Vem är det som bestämmer i ditt liv? Om mindfulness*. Natur och kultur: Stockholm.
- Norberg, A. & Ternestedt, B-M. (2009). *Omvårdnad som huvudområde i sjuksköterskeutbildningen*. I G. Östlinder S. Söderberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad som akademiskt ämne*. (Svensk sjuksköterskeförening (SSF), Stockholm).

- Orrung Wallin, A. (2013). Job satisfaction, strain and stress of conscience among nurse assistants working in residential care for older people. Lund: Department of Health sciences, Faculty of Medicine doctoral dissertation series 2013:132, Lunds universitet.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). Nursing Research principals and methods (8th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Rennemark, M. (2004). Den ihågkomna livshistoriens betydelse för åldrandet. I B. Hagberg & M. Rennemark. (Red.), Den åldrande människans psykologi. Ett livsloppsperspektiv. Lund: Studentlitteratur.
- Rodwell, J., Noblet, A., Demir, D. & Steane, P. (2009). Supervisors are Central to Work Characteristics Affecting Nurse Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(3), 310-319.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2009). Äldres läkemedelsanvändning – hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt. Stockholm.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag (HSL). Socialdepartementet, Stockholm.
- SFS 2001:453. Socialtjänstlag (SoL). Socialdepartementet, Stockholm.
- SFS 2010:659. Patientsäkerhetslagen. Socialdepartementet, Stockholm.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2013). 19 sätt att samverka bättre. En rapport om försöksverksamheter för de mest sjuka äldre 2010-2013. Stockholm.
- Skovdahl, K. 2004. Krävande beteenden i samband med demens- förekomst och olika förhållningssätt. Avhandling. Institutionen för klinisk neurovetenskap, arbetsterapi och äldrevårdsforskning (NEUROTEC) Karolinska Institutet, Stockholm.
- Socialstyrelsen (2005). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
- Socialstyrelsen (2006). God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso och sjukvården. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2009). Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2010). Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010, 2011. Nr.: 2010-5-1. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2011). De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012). Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Handbok för tillämpning av föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Rapport. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012a). Äldreomsorgens nationella värdegrund – Ett vägledningsmaterial. Nr: 2012-3-3. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2012b). Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – förslag till utformning och genomförande. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2015). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2015. Vård och omsorg om äldre. Stockholm.
- SOU 2008:51. Vårdighetsutredningen. "Värdigt liv i äldreomsorgen". Socialdepartementet, Stockholm.

- Statistiska centralbyrån (SCB 2015). Sveriges framtida befolkning (2015-2060).
- Svensk sjuksköterskeförening (2010). Indikatorer för hälsofrämjande omvårdnad.
- Svensk sjuksköterskeförening (2012). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre.
- Vetenskapsrådet (2003). Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Tillgänglig: <http://codex.vr.se>. (2015-10-01).
- Tunedal, U., & Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning. *Vård i Norden*, 21(2), 27-32.
- Webster, J., Flint, A. & Courtney, M. (2009). A new practice environment measure based on the reality and experiences of nurses working lives. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 38-48.
- Zimmerman, S., Williams, C.S., Reed, P.S., Boustani, M., Preisser, J.S., Heck, E. & Sloane, P.D., (2005). Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist*, 45 Spec No, 1(1), 96-105.
- Åhlin, J. (2015). Stress of conscience and burnout among healthcare personnel working in residential care of older people. Umeå University Medical Dissertations, New Series, No 1702. Department of Nursing.
- Öhlén, J. & Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28, (4). 720-727.
- Österlind, J. (2009). När livsrummet krymper. Vård och omsorg av äldre personer i livets slutskede. Avhandling. Örebro universitet.



## Intervjuguide

### Syfte

Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av närvaro i mötet med äldre inom kommunal vård och omsorg.

### Fråga till sjuksköterskor

Berätta om när du i ditt arbete som sjuksköterska kände närvaro i mötet med en äldre person.

Finns det något som bidrar till respektive hindrar sjuksköterskor från att vara närvarande i mötet med äldre?

### Exempel på följdfrågor

Hur tänkte du?

Hur kände du?

Hur menar du då?

Kan du ge något exempel?

Högskolan i Kristianstad 2013-05-13

**Brev till verksamhetschef XX  
i XX kommun**

*Studie: Sjuksköterskors upplevelser av närvaro i mötet med äldre på särskilda boenden*

Jag heter Carita Svensson och är leg. sjuksköterska. För närvarande studerar jag till specialistsjuksköterska med inriktning Vård av äldre vid Högskolan i Kristianstad. I mitt examensarbete omfattande 15 poäng har jag valt att skriva en studie om hur sjuksköterskor som arbetar på särskilda boenden upplever närvaro i mötet med äldre.

Genom intervjuer av sjuksköterskor vill jag få ta del av deras egna beskrivningar av hur de upplevt eller inte upplevt närvaro i mötet med äldre. Sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser av mötet med äldre är viktiga för att få kunskap om framförallt hur ett hälsofrämjande samarbete mellan äldre och sjuksköterska fungerar, men också om det har någon betydelse hur länge man arbetat som sjuksköterska och/eller vilken utbildning man har.

Jag är därför intresserad av att erbjuda samtliga sjuksköterskor på samtliga särskilda boenden i XX kommun att delta i studien. Intervjuer med de sjuksköterskor som accepterar att delta i studien kommer att bandinspelas och tar cirka en halvtimme att genomföra. Intervjuerna kommer att genomföras på arbetstid, helst i en lokal i nära anslutning till arbetsplatsen, för att underlätta för sjuksköterskorna att kunna delta i intervjun. Variation avseende deltagarnas ålder, kön och yrkeserfarenhet kommer också att eftersträvas.

Materialet kommer att analyseras och publiceras vetenskapligt. Inspelningarna kommer att förvaras i säkert förvar som endast undertecknad har vetskap om. De utskrivna intervjuerna kommer att analyseras och presenteras på ett sätt så att ingen enskild individ kan identifieras. Det är helt frivilligt att delta i studien.

Sjuksköterskor som tackar ja till att delta i studien måste godkänna detta skriftligt, men kan när som helst, och utan förklaring, meddela att de önskar avbryta sitt deltagande. När examensarbetet är klart till hösten kommer jag gärna på någon sammankomst tillsammans med kommunens sjuksköterskor och redovisar resultatet.

Vi hoppas att Du som verksamhetschef ger Ditt godkännande till att sjuksköterskorna i kommunen kan delta i intervjuer under arbetstid, samt att lämplig lokal i anslutning till arbetsplatsen kan användas. Vi är tacksamma om Du undertecknar bifogat godkännande och skickar det till undertecknad. Om det finns intresse och tid, informerar undertecknad gärna sjuksköterskorna vid en arbetsplatsträff eller liknande möte om studien. Eftersom sommaren är nära förestående, är det bra om intervjuerna kan ske under resterande maj månad, senast i början av juni månad. Examensarbetet ska vara klart i början på oktober i år.

Vid eventuella frågor eller ytterligare information om studien, kontakta Carita Svensson,  
tel. xx eller mob xx, e-post: xx. Du får också gärna kontakta min handledare Ingela Beck, leg sjuksköterska, Dr med vet, universitetsadjunkt i omvårdnad,  
tel xx e-post xx.

Med vänlig hälsning

Carita Svensson  
Leg. Sjuksköterska

Högskolan i Kristianstad

2013-05-13

Information till sjuksköterskor i XX kommun

Studie: Sjuksköterskors upplevelser av närvaro i mötet med äldre på särskilda boenden

Hej!

I mina studier till specialistsjuksköterska inom vård av äldre ingår ett examensarbete om 15 hp. Jag har valt att skriva en studie om sjuksköterskors upplevelser av närvaro i mötet med äldre på särskilda boenden. Studien bygger på intervjuer med sjuksköterskor som arbetar på särskilda boenden i kommunen och som ska vara väl bekanta med den sortens frågeställning som tas upp i studien.

Intervjuerna kommer att ske på arbetsplatserna, efter godkännande av verksamhetschefen. Intervjun sker vid ett tillfälle som vi kommer överens om. I intervjun, som tar cirka en halvtimme, vill jag att du berättar om en situation när du kände att du som sjuksköterska upplevde närvaro i mötet med äldre på särskilda boenden. Berätta också om när du som sjuksköterska inte upplevde närvaro i mötet med äldre på särskilda boenden. Hur kände du? Hur tänkte du? Det är bra om du i förväg noga funderar på möten du i ditt arbete som sjuksköterska haft med äldre i särskilda boenden och kanske skriver ner några egna minnesanteckningar från dessa möten inför intervjun.

Intervjuerna kommer att bandinspelas så att inte information går förlorad från de berättelser du delger mig. Därefter kommer intervjuerna att transkriberas (skrivs av i sin helhet) och allt material till studien kommer att förvaras på säkert ställe, endast tillgängligt för mig. Materialet kommer att analyseras och publiceras vetenskapligt. De utskrivna intervjuerna kommer att analyseras och presenteras på ett sätt så att ingen enskild individ kan identifieras.

Jag vill gärna ha ett skriftligt samtycke till ditt deltagande i studien. Är du intresserad

av att delta i studien, var god fyll i bifogad blankett och lämna till mig. Förslagsvis kan jag hämta blanketterna från dem som vill medverka. Du kan också skicka det till mig på nedan adress. Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan välja att när som helst under studiens gång avbryta din medverkan, utan att ange något skäl, bara genom att meddela mig.

### **Fördelar till din medverkan**

Sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser av mötet med äldre är viktiga för att få kunskap om framförallt hur ett hälsofrämjande samarbete mellan äldre och sjuksköterska fungerar.

Förhoppningen är att denna studie ska leda till att sjuksköterskorna i kommunen kan få en helhetsuppfattning om hur sjuksköterskor upplever eller inte upplever närvaro i mötet med äldre på särskilda boenden. Om inte, kan denna studie, med din medverkan, leda till att vikten av att vara närvarande vid möten med äldre lyfts fram och att eventuellt i framtiden begreppet närvaro i mötet med äldre kan ingå i de äldres vårdplan.

Sommaren är nära, men jag hoppas ändå att du ska tycka det är meningsfullt och intressant att medverka i studien! Jag hoppas kunna intervjua intresserade under resterande maj månad, om verksamhetschefen godkänner medverkandet.

Vid eventuella frågor eller ytterligare information om studien, kontakta gärna mig eller min handledare! Se nedan telefonnummer och e-post.

Med vänliga hälsningar

Carita Svensson  
Leg sjuksköterska  
Tel xx, mob xx, e-post xx

Handledare Ingela Beck  
Leg sjuksköterska, Dr med vet, universitetsadjunkt i omvårdnad  
Mob xx, e-post xx.

# Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan

Forskningsplattformen för Hälsa i Samverkan (tidigare Forskningsplattformen för Utveckling av Närsjukvård) har funnits sedan 2003 och är ett samarbete mellan Region Skåne, Högskolan Kristianstad samt de sex kommunerna i Nordöstra Skåne (Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge) som tillsammans finansierar verksamheten. Den ursprungliga inriktningen för Plattformens verksamhet var att den forskning som bedrevs skulle ha en deltagar-baserad forskningsdesign. Representanter för de olika finansörerna återfinns i den samordnings-grupp som beslutar om, och följer upp Plattformens inriktning och verksamhet.

Verksamhetsperioden 2011-2015 hade delvis en ny inriktning med ett ökat fokus på flerveten-skaplig forskning inom tre prioriterade områden: Hälsofrämjande vård och omsorg, Person-centrerad vård och omsorg samt Organisation och Ledarskap inom vård och omsorg. Den forskning som genomfördes bedrevs i nära samarbete med parterna.

Under den nya verksamhetsperioden 2016-2020 ska forskningen som bedrivs präglas av en stark forsknings- och forskarettisk medvetenhet och en värdegrund där mångfald, jämlikhet, jämställdhet och öppenhet är centrala. Visionen att i samverkan bedriva verksamhetsnära forskning som kan möta framtidens utmaningar och ge möjlighet till ökad hälsa och livskvalitet för medborgarna med speciellt fokus på:

- Insatser för att stärka hälsa och förebygga ohälsa
- En personcentrerad vård med specifikt fokus på utsatta och sårbara grupper i vårt samhälle
- En patientsäker och resurseffektiv vård över organisationsgränserna
- Utveckling av nya och innovativa lösningar, inklusive E-hälsa

