

Examensarbete, 10 poäng
Sjuksköterskeprogrammet, Termin 6



ETIK OCH ANSVAR

SJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSE AV INRE ETISKT ANSVAR I OMVÅRDNADEN

Författare: Annica Andersson
Monica Olsson

Justerat och godkänt
Datum: _____

Handledare: Maria Arman

Examinator: Liisa Palo-Bengtsson

Ej avsedd för publikation

Blekinge Institute of Technology
Department of health and Natural science

The Nurse program 1999:2, term 6

ETHICS AND RESPONSIBILITY A NURSE'S EXPERIENCE OF INNER ETHICAL RESPONSIBILITY WITHIN CARING.

Examination project 10 credits

Authors: Annica Andersson
Monica Olsson

Tutor: Maria Arman

Examinator: Liisa Palo-Bengtsson

ABSTRACT

The aim of this subject is to find out how the nurse meets with her inner ethical responsibilities and to bring forward and consider the ethical dimension of caring. The study is empirical and has its base in a qualitative method with an analysis of content. Data has been gathered from four practising hospital nurses. The research connects on to Katie Eriksson's theory of caring and to Iréne von Post. The ethics of the nurses interviewed is to a large content seen from a medical point of view. Yet, the result points to the fact that the nurse partly acts from her inner ethical responsibility in daily care, as the theoretical suggestion describes. A reflective attitude raises the level of consciousness of the ethical dimension in health care. It is considered that the responsibility of nursing is to be able to meet the need in every single patient. However, the result showed some hinders and necessary qualities for good health care. Courage is one important trait among nurses, as they feel a need to be able to stand up for their field of responsibility, namely caring.

Key words: caring, ethics, responsibility, qualitative method

Blekinge Tekniska Högskola
Institutionen för Hälsa och naturvetenskap

Sjuksköterskeprogrammet 1999:2, termin 6

ETIK OCH ANSVAR SJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSE AV INRE ETISKT ANSVAR I OMVÅRDNADEN

Examensarbete 10 poäng.

Författare: Annica Andersson
Monica Olsson

Handledare: Maria Arman

Examinator: Liisa Palo-Bengtsson

SAMMANFATTNING

Syftet med denna studie var att ta reda på vad sjuksköterskan upplever som sitt inre etiska ansvar samt lyfta fram och reflektera över den etiska dimensionen i omvårdnaden. Studien är empirisk och grundar sig på en kvalitativ metod med innehållsanalys. Data har samlats in från fyra intervjuade verksamma allmänsjuksköterskor. Forskningen anknyter till Katie Erikssons omvårdnadsteori samt till Iréne von Post. Etiken hos de intervjuade sjuksköterskorna förknippades till stor del utifrån ett medicinskt perspektiv. Resultatet pekade dock på att sjuksköterskan till viss del handlar utifrån sitt inre etiska ansvar i den dagliga omvårdnaden såsom den teoretiska ansatsen beskriver. Ett reflekterande förhållningssätt medvetandegör den etiska dimensionen i omvårdnaden. Ansvar i omvårdnaden ansågs vara att tillgodose varje patients individuella behov. Emellertid påvisade resultatet vissa hinder och förutsättningar för en god omvårdnad. Mod framkom som en betydande egenskap hos sjuksköterskan eftersom det upplevdes ett behov av att försvara sitt ansvarsområde-omvårdnaden.

Nyckelord: omvårdnad, etik, ansvar, kvalitativ metod

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	1
BAKGRUND	1
Definition	1
Inre ansvar.....	1
Vårdrelation.....	2
Vårdandets etik.....	2
Teoretisk ansats – Eriksson och von Post	2
Värdekonflikt.....	5
Forskningsöversikt	6
Inre etiskt ansvar.....	6
God omvårdnad.....	6
Mod att vårda.....	7
SYFTE	7
METOD	7
Metodval	7
Material	8
Procedur	8
Analys	8
Etiska övervägande	9
RESULTAT	9
1. Etik och ansvar	9
2. God omvårdnad	10
Helhetssyn.....	11
God relation.....	11
Respekt och integritet.....	11
Bejaka patientens rättigheter.....	12
Anhöriga delaktiga.....	12
Gott bemötande.....	12
Lyhördhet och engagemang.....	12
Det ”lilla” extra.....	12
Medicinsk omvårdnad.....	13
Kontinuitet.....	13
3. Hinder och förutsättningar för en god omvårdnad	13
Rutiner.....	13
Vårdideologi.....	13
Arbetsituation.....	14
Egenskaper och erfarenheter.....	14
Klimatet på arbetsplatsen.....	15
4. Inre konflikt och känslor	15
5. Icke god omvårdnad	16

DISKUSSION	16
Metoddiskussion	16
Resultatdiskussion	17
Omvårdnad med ansvar	17
Helhetssyn	19
Vårdandets etik	19
Reflekterande förhållningssätt och medvetenhet	20
Hinder och förutsättningar	21
Slutsats	22
Erkännande	22
REFERENSLISTA	23
BREV TILL INFORMANTER	bilaga 1
INTERVJUGUIDE	bilaga 2

INTRODUKTION

En humanistisk människosyn och ett antagande om människors lika värde genomsyrar hälso- och sjukvårdslagen. Ett genomtänkt etiskt förhållningssätt ingår i kraven på god vård. Detta gäller även omvårdnad. I sjuksköterskans ansvarsområde ingår att ha ett primärt ansvar för omvårdnad, vilket innebär bl. a. att ansvara för att de omvårdnadsteoretiska och etiska grunderna för omvårdnadsarbetet tydliggörs så att de kan ligga till grund för det dagliga arbetet (Wilow, 2001).

Enligt Eriksson (1995) föds det etiska kravet i den stund vi står ansikte mot ansikte med den andre. Det är då situationen framstår som sant verklig och ställer krav på det etiska. Ansvaret för den andre menar von Post (2000) kommer till vårdaren som en känsla av att jag är skyldig att ärligt och omedelbart se den patient som kommit i min vård, som kränkts eller förnedrats av sin sjukdom eller av omvärlden.

Erikssons (1995) slutsats efter att i ett projekt försökt kartlägga vårdarnas etiska profil var att vårdandets etik behöver klarare preciseras och definieras.

Föreliggande arbete har som avsikt att lyfta fram den icke normativa etiken genom att ta reda på, vad sjuksköterskan i verkligheten upplever som sitt inre etiska ansvar i omvårdnaden. Vi har valt att utgå från Eriksson och von Posts omvårdnadsperspektiv eftersom vi tycker deras omvårdnadsteori, sätter ord på det abstrakta, på ett bra sätt. Dessutom stämmer den väl överens med vår uppfattning om vad en god omvårdnad är, då de lyfter fram den etiska dimensionen som nödvändig för en god omvårdnad.

BAKGRUND

I bakgrunden kommer inre ansvar, vårdrelation och vårdandets etik att definieras. Utvalda delar av Katie Erikssons och Irené von Posts vårdteorier kommer att skildras samt en översikt om vad tidigare forskning och litteratur uttrycker om sjuksköterskans inre etiska ansvar och dess innebörd.

Definition

Inre ansvar

Eriksson (1995) menar att en inre etik är en förutsättning i en vårdrelation, ett mellanmänniskt möte vilket kräver att det offras någonting av sig själv.

Von Post (1999) gör gällande att ansvar är ett idealbegrepp och har bestämningen ”den sanna relationen är sjuksköterskans löfte till patienten – jag vill dela ditt lidande”.

Det spontana ansvaret blir en inre hållning som kommer ur viljan att göra det goda, det som gör gott för patienten att finnas till. Patientens ansikte kan uttrycka en spontan befallning till vårdaren att svara ”jag ser att du lider – jag vill lindra ditt lidande”. Ansvaret bara finns där utan att man behöver ta det. Men det är ansvar som sträcker sig längre än att bara göra rätt, eftersom det kommer ur kärleken till nästan, en kärlek som är utan begärelse (von Post, 2000). Eriksson (1995) skriver att vid en analys av begreppet ”ansvar” framträder tre olika semantiska fält:

1. Ansvar som skyldighet och ansvarighet.
2. Ansvar som förpliktelse och förbindelse.
3. Ansvar som svar och skuld.

Att uppfatta ansvar som skyldighet eller ansvarighet innebär att man uppfattar sig ansvarig för något, ett åliggande eller åtagande. Den starkaste referensen i skyldighet finns till plikt. Begreppet ansvarighet refererar klart till ett yttre ansvar medan det i begreppet skyldighet finns ett yttre och en inre sida. Den inre sidan av begreppet skyldighet framstår ur referens till förpliktelse och skuld. Ett yttre ansvar innebär att man ansvarar för någonting bestämt som är fastställt i regler, direktiv eller någon form av etisk kod. Det går att fullfölja detta ansvar utan ett djupare personligt engagemang.

Vårdrelation

Påståendet ”vårdetik är relation” som Eriksson (1995) beskriver utgår från antagandet att det etiska i vårdandet framträder i relationen. Att etik är relation framgår redan av etikens hörnsten: ”den gyllene regeln” som säger oss att göra mot andra det vi vill att andra skall göra mot oss.

Vårdrelationen är etik i den betydelsen att den blir det ansvar vårdaren är beredd att bära. Det första etiska elementet framträder i vår grundhållning till människan och hennes lidande. En vårdetisk grundhållning innebär att vi förutsättningslöst ser människan med vördnad. Det andra är vår beredskap att ”ge” att avstå från någonting av oss själva och göra en ansträngning vilket innebär att verkligen ställa upp på människan, på patientens villkor. Det handlar inte så mycket om att ”göra eller ”vara”, utan snarare om att låta kärleken styra och ge människan det hon behöver just i den stunden. ”Att ge människan bröd då hon behöver tröst är inte ett uttryck för vårdetik” (Eriksson, 1995, s.24).

Vårdandets etik

Eriksson (1987) anser det motiverat att skilja mellan vårdetik och vårdandets *etik*. Vårdetik används som ett samlingsbegrepp för all etik inom vårdområdet. Med vårdandets etik avses den etik som berör vårdandet i djupaste mening det vill säga det personliga mötet mellan patient och vårdare i vårdrelationen. Det handlar om den etik som aktualiseras varje gång en vårdare möter en patient. Varje möte har en etisk dimension oberoende av mötets utsträckning i tid och rum och oberoende av kontext. Vårdarens varande som vårdare har en etisk inramning och en vårdare avspeglar ”det etiska” varje gång hon träder in i en vårdrelation.

Vårdaren väljer medvetet eller omedvetet det etiska förhållningssättet och det etiska djup där hon är beredd att ta ansvar för patienten. Vårdandets etik kan även kallas den naturliga etiken och som innebär den grundläggande hållning vi intar mot människan och vårdandet oberoende av de etiska regler som finns för professionen.

Teoretisk ansats – Eriksson och von Post

Eriksson (1987) menar att omvårdnad är en konst. Centrala begrepp i Erikssons omvårdnadsteori är *människa, hälsa och vård*. Erikssons människosyn är holistisk och ligger till grund för hennes syn på hälsa och vård. I beskrivningen av människan tar Eriksson sin utgångspunkt i ett ontologiskt¹ perspektiv och menar att människan består av dimensionerna kropp, själ och ande, vilka tillsammans bildar en enhet. Vidare betonas att människan kännetecknas av sitt förhållande till andra människor, ”den konkreta andra” som omfattar relationer till andra människor – till familj, vänner och professionella vårdare och till Gud, den ”abstrakta andra”. Den ”abstrakta andra” representerar människans förhållande till Gud.

¹ Ontologi är ett filosofiskt begrepp som kommer från grekiskan och betyder läran om det varande; i modern mening läran om de begrepp eller kategorier som man behöver anta för att kunna ge en sammanhängande, motsägelsefri och uttömmande beskrivning och förklaring av (någon del av) verkligheten (Nationalencyklopedin, 2000).

Enligt Eriksson är *hälsa* inte frånvaro av sjukdom och inte heller dess motsats. Hon menar att hälsa är ett naturligt fenomen som utgör en del av det mänskliga livet och att det är förenligt med ett uthärdligt lidande. Det innebär att människan kan befinna sig i ett lidande och samtidigt uppleva hälsa. Vidare menar hon att sjuksköterskan kan lindra lidandet genom att gå in som medaktör i lidandets drama men det förutsätter enligt Eriksson att sjuksköterskan har mod och att hon vågar. Genom viljan att lindra en annan människas lidande uppkommer modet att våga vara till för en annan. Mod enligt von Post (1999) är att våga vara där, förstås som en inre kraft som hjälper sjuksköterskan att se hur patientens värdighet kränks av andra vårdare. Sjuksköterskan får genom modet kraft att gripa in och stoppa förnedringen och att förhindra fortsatt förnedring.

Mod är även den inre kraft som hjälper sjuksköterskan att se det de inte vill se.

Vårdandet är ursprungligen ett naturligt mänskligt beteendemönster enligt Eriksson (1987). Vårdande innebär olika former av ansning, lekande och lärande. Vårdandets kärna kan även uttryckas i termer som tro, hopp och kärlek (figur 1).

”Att vårda är att ansa,
Leka och lära, att fungera
I tro, hopp och kärlek”

(Eriksson, 1987, s.9).

Ansa innebär att genom kärlek till den andre ombesörja kroppslig omvårdnad. I ansningen ingår den direkta kroppsliga beröringen, men beröring kan också ske genom enbart ögonkontakt.

Leka är ett viktigt inslag i omvårdnaden. Att leka innebär glädje, vilket har en central funktion i omvårdnaden. Att kunna leka är en form av vila. Den som upplever tillit från omvärlden har mod att leka.

Lära innebär förändring och utveckling och är en grunddimension i livet. Att lära kan innebära att handleda, uppmuntra och motivera.

Tro, hopp och kärlek. Uppfattar vi livet som en helhet även innefattande den andliga dimensionen kommer enligt Eriksson vi fram till begreppen tro, hopp och kärlek. Någon form av tro är en grundförutsättning för alla former av handling.

Tron utgör drivkraften.

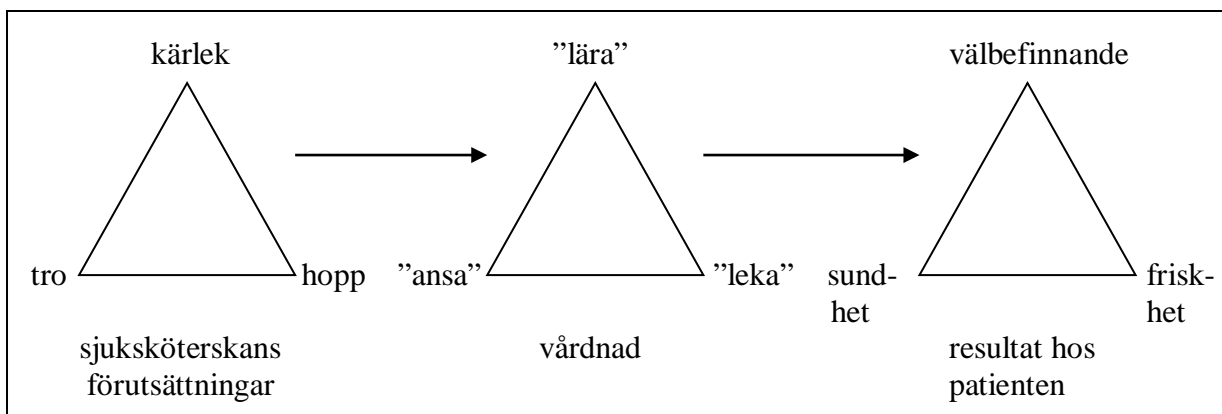
Hopp - att kunna hoppas innebär att ännu inte gett upp; man tror på framtiden.

Kärlek - att vilja någon annan väl, att utföra en kärleksgärning.

Tillsammans bildar dessa tre begrepp utgångspunkten för allt vårdande.

Eriksson beskriver ytterligare ett begrepp i sin omvårdnadsteori nämligen ”*caritas*” (figur 2). Caritasmotivet utgör vårdarens grundmotiv som har sin grund i kärleks- och barmhärtighetsmotivet. En caritativ vård innebär att man vill förmedla *tro, hopp och kärlek* genom att *ansa, leka och lära*. Vårdandet i vidaste bemärkelse förmedlar *tro, hopp och kärlek* i syfte att hjälpa den andre att få vara och bli den hon är (figur 1).

Vårdande präglas av två grundläggande egenskaper som Eriksson benämner reflektion och produktion. Genom reflektion tränger man in mot vårdandets kärna. Produktionen sker genom konsten, genom någon förmåga eller genom tänkandet. Reflektion är en förutsättning för insikt och förståelse. Utan förståelse kan ingen produktion, konstutövning äga rum.

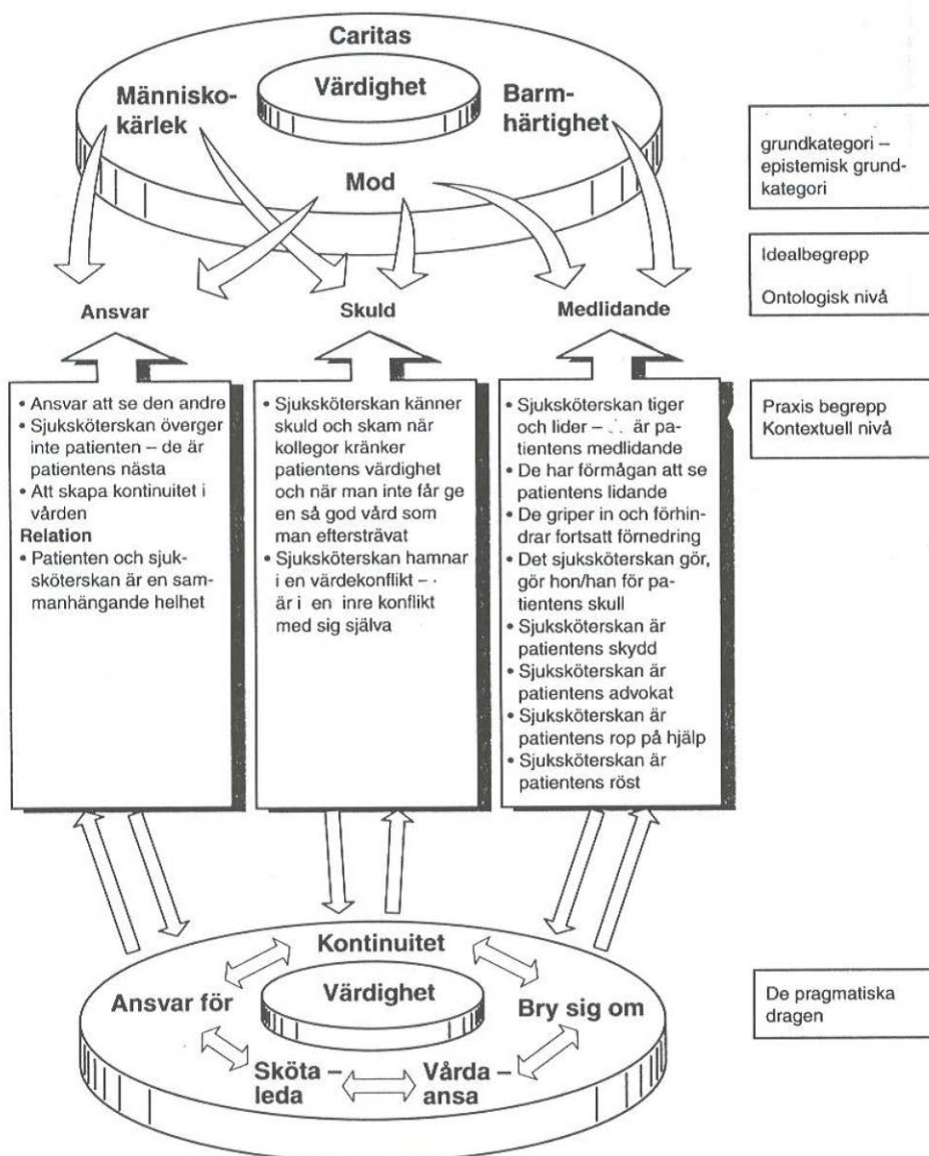


Figur 1. Sambandet mellan centrala begrepp i Erikssons omvårdnadsteori (Jahren Kristoffersen, 1997. s. 402.)

Von Posts (1999) avhandling beskriver sjuksköterskors upplevelser av professionell naturlig vård (figur 2). Den naturliga professionella vårdaren återges enligt följande:

- Viljan att bekräfta den andre är grundförutsättningen för den professionella naturliga vården.
- Tar ansvar genom att inte överge patienten utan vågar se patientens rädsla och oro samt att se det man inte vill se.
- Relationen är en nödvändighet i den professionella naturliga vården.
- Medlidandet är ett kännande med den andre och ett bekräftande av att vårdaren är medveten om att patienten lider.
- Att visa mod och känna skuld, är något naturligt hos den professionelle naturliga vårdaren som styrs av viljan att göra gott.

I den professionella naturliga vården känner sig patienten som någon och inte som ett "ingrepp". Vårdarna överger ej patienten. De rör vid varandra och tilltalar varandra genom tal, handtryckningar, omfamningar och genom att blinka till varandra. I bekräftelsen av patientens värdighet uppstår en djupare förståelse och en relation utvecklas. Vårdarna kan locka fram människans värdighet, till exempel gentlemannen i patienten. Den professionelle naturliga vårdaren känner igen sin egen växt och utveckling.



Figur 2. Von Posts begreppsmodell för "professionell naturlig vård" (von Post, 1999, s. 55).

Värdekonflikt

Von Post (2000) hävdar att skuld är svaret från ansvarets inre sida. Känslan av skuld upplevs som en inre värdekonflikt hos en professionell naturlig vårdare. En värdekonflikt är något den professionella vårdaren blivit delaktig i när hon förhindrats att ge en så god vård som hon eftersträvat. Vårdaren är i konflikt med sig själv. Utesluts dimensionerna "ansvar" och "skuld" har den professionella vården förlorat ansvaret för den andre.

Den professionella naturliga vårdaren kan känna att hon vill vårda i den naturliga vården, men omvärlden förhindrar detta. Hon förringas av medarbetare och överordnade. Von Post menar vidare att de naturligt vårdande handlingarna underskattas genom att kallas "tjafs". I denna stund uppstår en värdekonflikt hos den naturliga professionella vårdaren.

Hon skriver dessutom att när en värdekonflikt utvecklats inom vårdaren uppkommer en känsla av förnedring, ilska och vrede hos den vårdaren som leds av "viljan att göra gott". En del vårdare blir kvar i detta kännande, andra har förmågan att ta sig vidare.

Forskningsöversikt

I kommande stycke ges exempel på vad tidigare forskning förtäljer inom ämnet.

Inre etiskt ansvar

Fealys (1995) forskning åskådliggör att professionell omvårdnad innehåller en etisk dimension och därmed ett ansvar att respektera det mänskliga genom ett individuellt förhållningssätt. Han menar även att det inte enbart är den professionelle vårdarens kunskapsinnehåll som utgör professionell omvårdnad utan det är *hur* kunskapen används i omvårdnadssituationer. Fealy betonar också att relationen sjuksköterska – patient är kärnan i den goda omvårdnaden. Ses omvårdnaden enbart som en etisk princip anser Stockdale och Warelow (2000) att handlingen blir som en skyldighet. Det är direkt knutet till ansvaret att vårda patienten med hänsyn till hennes behov, utan hänsyn till sjuksköterskans förmåga eller till patientens karaktär eller mottaglighet. De menar vidare att detta ansvar inbegriper att patienter med liknande behov vårdas på liknande sätt och att sjuksköterskan inte ska ge mer vård till en patient än en annan. Bäckman, Malmsten och Olsson (1998) betonar i sin artikel en så kallad hållningsetik – en etik i vårdandets vardag som inte handlar om föreskrivna regler utan om hur mötet med ”den andre” ska ske så ansvarsfullt som möjligt. Författarna kallar den en relationell ansvarsetik. Det beskrivna är en etik som koncentrerar sitt fokus på handlingens karaktär och som manar till reflektion i den konkreta situationen och handlingen. De skriver vidare att patienten är beroende av vårdgivaren – vårdgivarens ansvar blir patientens hopp. Etiken bygger på en personligt medveten hållning och inte på förbud.

God omvårdnad

Mycket god vård framstår enligt Söderlund (2000) som ett ömsesidigt utbyte av erfarenheter mellan vårdare och patient. Vårdarnas bemötande avgör om patienterna mår bra eller dåligt och om vården för dem framstår som mycket god vård. Söderlund skriver vidare att i en humanistisk vård har vårdare en utvecklad förmåga till medmänsklighet samt förmåga att låta sig beröras av andra människors lidande. En förutsättning anser hon vara att det råder jämlikhet och likvärdighet mellan vårdare och patient. Vårdarens förhållningssätt karaktäriseras av en förståelse för människors rätt till värdighet.

Warelow (1996) argumenterar för att god omvårdnad även måste ses ur patientens perspektiv. Halldórsdóttir (1996) har i sin avhandling genom patientintervjuer funnit en modell innehållande fem dimensioner vad gäller sjuksköterskans förhållningssätt i förhållande till caring – uncaring:

- Livgivande – mest optimala mänskliga sättet att vara och vårda.
- Livsuppehållande – vårdaren är hänsynsfull, kompetent och har respekt för vårdtagarens integritet och värdighet.
- Livsneutrala – vårdaren visar välvilja och vänlighet. Sköter sina uppgifter utan större engagemang.
- Livstillbakahållande – vårdaren ser ej vårdtagarens känslor och behov. Behandlar honom/henne som ett objekt.
- Livsförstörande – vårdaren har ett omänskligt sätt gentemot vårdtagaren. Kan vara till exempel förödmjukelse, hot, manipulation och aggressivitet.

Halldórsdóttirs forskning visar att den livgivande, optimala, professionella relationen sjuksköterska – patient är tämligen ovanlig.

Åströms (1995) avhandling visar på sjuksköterskors berättelser om god omvårdnad. Resultatet visar att för att bedriva en god omvårdnad krävs att patienten erhåller stöd och lyfts upp. Andra faktorer av betydelse i mötet med patienten är att våga se och lyssna samt att trösta. Att ha dessa förmågor som sjuksköterska anses spela en stor roll beroende på deras livserfarenhet. För att hämta styrka till att ge en god omvårdnad nämns arbetskamrater, patienterna, sjuksköterskans egen familj och gudstron.

Roach (1998) ser vårdandet som sjuksköterskans sätt att vara när hon säger: "Caring is the human mode of being" (s. 30) inte för att man är sjuksköterska, läkare, socialarbetare, eller präst utan för att man är människa vilket framställs som det fullkomliga sättet att vara.

Mod att vårda

Modet att vårda beskrivs av Söderlund (2000) i pedagogiska termer som en förmåga att älska sina medmänniskor, inte enbart i syfte att hjälpa eller förmå människor att själva lära känna eller använda sina egna resurser utan att, tillsammans med och av varandra, lära mer. Söderlund menar att djärvheten i vården finns hos vårdarens handlingar som visar modet att älska sina medmänniskor och av en tro på människan och hennes upplevelser. Då kan vårdaren våga stå upp för att förändra det som patienter upplever vara vanvård. Halldórsdóttir (1996) menar att vårdpersonal bör vara utrustade med det mod och självkritik som krävs för att se dålig vård, erkänna dess existens inom vården och försöka finna sätt att lösa sådana allvarliga problem.

Mot denna bakgrund har vår forskningsfråga formulerats och som beskrivs under nästa rubrik.

SYFTE

Studiens övergripande syfte var att beskriva: *vad den verksamma allmänsjuksköterskan upplever som sitt inre etiska ansvar i omvårdnaden*. Ett underordnat syfte var dessutom att lyfta fram och reflektera över den etiska dimensionen i omvårdnaden och dess betydelse för en god professionell omvårdnad.

METOD

Detta avsnitt beskriver vald metod samt forskningens genomförande.

Metodval

Enligt Eriksson (1992) är den kvalitativa och den kvantitativa designen två i grunden olika närmelsesätt till forskningsfältet. Karakteristiskt för den kvalitativa metoden menar hon är att man försöker komma så nära forskningsobjektet som möjligt. Denna studie är empirisk och grundar sig på en kvalitativ metod med innehållsanalys. Anledningen till att kvalitativ metod använts istället för kvantitativ baseras på forskningsfrågan; Vad upplever sjuksköterskan som sitt inre etiska ansvar i omvårdnaden? Polit och Hungler (1999) beskriver att kvalitativ forskning syftar till att beskriva och förstå subjektiva upplevelser och erfarenheter. De menar vidare att metoden betonar de dynamiska, holistiska och individuella aspekterna av människans upplevelser och försöker fånga dessa i sin helhet i kontexten med dem som upplevt dem. En viktig begränsning i den kvantitativa forskningen enligt Polit och Hungler är att den inte lämpar sig för att besvara moraliska och etiska frågor. Därmed faller många vanliga och intressanta frågor om människans upplevelser.

Datainsamlingen har skett i form av intervjuer på grund av forskningsfrågans karaktär. Någon annan eventuell datainsamlingsmetod ansågs inte leva upp till de krav forskningsfrågan ställde, då troligtvis värdefull data gått förlorad på grund av möjligheten till följdfrågor och uttömmande svar. Polit och Hungler menar att intervjun medför större flexibilitet än vid användning av frågeformulär samt att intervjumetoden erbjuder möjlighet att motivera försökspersonerna att svara uttömmande. Kvalitativ metod med intervjuer är enligt Wallén (1993) en grundläggande metod för att ta reda på människors upplevelser, känslor och tankar. Benner (1993) lyfter fram den berättande metodens kapacitet att fånga sjuksköterskans vårdande som något unikt för vårdforskningen. Benner menar vidare att metoden har framförallt förmåga att fånga sjuksköterskans kunnande vad gäller deras förmåga att skapa relationer till patienter och anhöriga samt deras förmåga att göra etiska kliniska bedömningar av väsentlig karaktär. Eneroth (1984) förespråkar den kvalitativa metoden då forskaren ingår som en del i metoden och bildar därmed en subjekt-subjekt relation. När forskaren befinner sig nära det studerade objektet möjliggörs att vissa företeelser kan nås via yttre sinnen. Författaren kallar detta sinnesdata och menar att de är de enda "säkra" data man kan samla in.

En innehållsanalys har gjorts på det insamlade materialet eftersom syftet var att beskriva sjuksköterskans upplevelser. Innehållsanalys är enligt Polit och Hungler (1999) en traditionell analysmetod som används för att beskriva innehållet i det berättade, kvalitativa materialet genom att ta fram det karaktäristiska ur innehållet.

Material

Fyra allmäntjänstgörande sjuksköterskor på en medicinklinik har intervjuats var för sig i en semistrukturerad intervju. De har mellan fem till 22 års erfarenhet som sjuksköterska. Efter förfrågan hos avdelningscheferna erhöles fyra frivilligt deltagande sjuksköterskor.

Procedur

Före intervjutillfället sändes brev till informanterna (bilaga 1). Intervjuerna har genomförts utifrån en semistrukturerad intervjuguide (bilaga 2). Enligt Polit och Hungler (1999) används denna metod för att underlätta för informanten att berätta fritt om alla teman ur intervjuguiden. Eriksson (1992) menar att den är lämplig då man önskar undersöka fenomen vilka kanske informanterna inte helt har i sitt medvetande, är värdeladdade eller kring frågor som man inte dagligen talar om. Bandspelare användes vid samtliga intervjutillfällen. Vid intervjuerna var båda författarna närvarande. Intervjuerna genomfördes på informantens arbetsplats i ett avskilt och ostört rum. Intervjuerna tog cirka en till en och en halv timme vardera. Intervjuerna skrevs därefter ut ordagrant.

Analys

En kvalitativ innehållsanalys har gjorts på intervjumaterialet. Polit och Hungler (1999) skriver att kvalitativa analyser inte följer ett givet mönster och är en mer komplex och svårare analysmetod än kvantitativ analys eftersom den är mindre standardiserad och formulerad. I en innehållsanalys enligt Polit och Hungler identifierar forskaren variabler i materialet och kategoriserar därefter innehållet i meningsfulla grupper. De menar vidare att innehållet kan organiseras på flera olika sätt. Studiens innehåll har strukturerats upp genom kategorier som oftast kommer direkt ur datan eller ligger mycket nära informanternas beskrivningar och ordval. Att gruppera innehållet i rubriker och kategorier är enligt Polit och Hungler troligtvis den mest användbara för sjuksköterskeforskningen. Morgan (1993) beskriver att kvalitativ och kvantitativ innehållsanalys oftast skiljer sig åt vad gäller att skapa kategorier och teman, han menar att den kvalitativa analysen är mer representativ för den faktiska datan som inhämtats.

Tillvägagångssätt under innehållsanalysen:

1. De utskrivna intervjuerna, datan lästes grundligt i sin helhet, av författarna var för sig.
2. De båda författarna utbytte sedan uppfattningar om datan och eventuella huvudkategorier diskuterades vilka enigt tycktes skymta fram.
3. Data som inte ansågs vara av värde för syftet sållades bort.
4. Grovsortering av materialet i olika kategorier skedde vilket försiggick var för sig av författarna. Kategoriseringen gick till på så sätt att påståenden och upplevelser där innebörden var likartad fördes samman till preliminära kategorier.
5. Ny diskussion fördes där samstämmigheten i data bedömdes.
6. Därefter enades om lämpliga och representativa kategorier, vilka under resultatet kommer att beskrivas.
7. Beskrivning av resultatet.

Dessa kategorier har utgjort det huvudsakliga underlaget för den resultatredovisning och påföljande diskussion som följer i kommande resultatavsnitt.

Etiska övervägande

Den etiska hållningen har genomgående under arbetets gång varit att skydda informanterna genom att inte ”peka ut någon”. Polit och Hungler (1999) tar upp viktiga etiska principer i social forskning och den mest centrala etiska regeln är att forskningen inte får skada någon enskild person eller grupp, samt rätten till anonymitet. Efter examinationen kommer de ordagrant utskrivna intervjuerna att förstöras och de inspelade banden med intervjuerna kommer att raderas. Tillstånd till intervjuerna har inhämtats av verksamhetschef på medicinkliniken eftersom personal från landstingets vård och omsorg ingår i studien. Den här typen av studier kräver enligt gängse regler på institutionen ingen behandling av forskningsetisk kommitté då det inte berör patienter.

RESULTAT

Resultatet presenteras som fem huvudkategorier med ett antal underkategorier.

1. Etik och ansvar
2. God omvårdnad
3. Hinder och förutsättningar för en god omvårdnad
4. Inre konflikt och känslor
5. Icke god omvårdnad.

Sjuksköterskan och patienten omnämns genomgående i resultatet och diskussionen som *hon* även om det kan vara en man.

1. Etik och ansvar

Resultatet visar att sjuksköterskan upplever sitt ansvar i omvårdnaden då hon kan skapa tillfällen till att ge en god omvårdnad. Sjuksköterskans huvudansvar är omvårdnaden vilket upplevs vara det mest centrala i hennes yrkesutövning.

”Det är väldigt, väldigt roligt och jag tycker, alltså för mig, därför är det här med omvårdnad någonting som jag tänker på ofta på det viset för att jag tycker det är så väldigt roligt. Jag tycker det är det absolut centrala i mitt yrkesutövande, det som jag tycker är så kul att möta patienterna och uppnå den goda omvårdnaden.”

Det framkom att tillfredsställa patientens behov på ett respektfullt och förtroendeingivande sätt ligger i sjuksköterskans ansvar för att uppnå en god relation. Ansvaret upplevs även vara att ha kontroll över patienten vad gäller hygien, få veta om de har några sår, att patienterna vänds och att de får sina läkemedel samt att föra en väl förmedlande rapport till medarbetarna vid överrapportering. Sjuksköterskan känner ansvar gentemot patienten att bland sina medarbetare medvetandegöra etiken i omvårdnaden genom att lyfta fram och diskutera relationerna med patienterna, hur man bemöter och betar sig i situationer med dem. Ansvaret ligger också i att se till att alla i arbetslaget bedriver en god omvårdnad. I resultatet framkom att vissa patientgrupper ansågs vara mindre prioriterade i vården exempelvis de äldre, mycket sjuka patienterna. Sjuksköterskan upplever sitt ansvar större för dessa grupper eftersom de tycktes mer utsatta. Ansvaret gentemot patienten vid livsuppehållande åtgärder upplevs som etiska dilemman. Det framträdde som ett genomgående tema vid intervjuerna. Sjuksköterskan anser sig inte kunna bedriva en god omvårdnad när etiska dilemman uppstår. Att möta och ta hand om patientens ångest vid dessa tillfällen känns svårt eftersom man tvivlar på vad som är rätt eller fel.

”Ett av våra allra största etiska bekymmer som känns jobbigt ibland det är de här mycket, mycket gamla och mycket sjuka som kommer till oss och då gör vi så himla mycket med dem av livsuppehållande.....”

Att inte enbart fokusera på det rent medicinska uttalades som en viktig ståndpunkt. Ta hand om ”allt runt omkring” är en viktig del i ansvaret.

”Det rent medicinska det kan vem som helst göra. Det kan jag visa dottern hur hon ger Furix, det är ju ingenting egentligen. Men allt det där runt omkring, ta hand om ångesten. Nästa gång kommer jag att kvävas då? Vad gör ni om det blir värre?”

2. God omvårdnad

Resultatet visar en enig uppfattning om att omvårdnad är ett stort område och inbegriper mycket.

”Omvårdnad. Det är så stort egentligen”.

De underkategorier som kan härröras till den goda omvårdnaden, och som här kommer att presenteras är; helhetssyn, god relation, respekt och integritet, bejaka patientens rättigheter, anhöriga delaktiga, gott bemötande, lyhördhet och engagemang, det ”lilla extra”, medicinsk omvårdnad samt kontinuitet.

Helhetssyn

Helheten är det som dominerar och som nämndes först vid intervjuerna på frågan: Vad är en god omvårdnad för dig? Helheten beskrevs som följande:

- Inte bara se till den lilla biten utan att man ser allt.
- God klinisk blick vilket beskrevs som att kunna se det outtalade.
- Att ta hand om hela människan och se henne i sin kontext.
- Se till den sociala biten
- Att inte enbart se till diagnosen utan hela människan.
- Se till hela personen och vad de behöver.
- Vara uppmärksam på annat som hänger ihop med diagnosen. Exempelvis även se till fötterna hos diabetessjuka.
- Inte enbart ta hand om det medicinska utan allt runt omkring patienten.
- Ta hand om hela patienten

God relation

Studien visar att relationen i omvårdnaden är viktig, det är i relationen som omvårdnaden sker. Det anses betydelsefullt och framträdde att sjuksköterskan bör sträva mot att det skapas, och att det uppstår en god relation främst i början av kontakten mellan sjuksköterska och patient. Att i det läget prioritera extra tid för att möjliggöra en god kontakt med patienten där sjuksköterskan får tillfälle att lära känna patienten och eventuella anhöriga. I en god relation känner sig patienten trygg vilket gynnar omvårdningsprocessen. Dessutom framkom det att i en god relation skapas ett förtroende och i förtroendet uppstår en ömsesidig respekt mellan sjuksköterska och patient.

”I relationen så växer ju ett förtroende och i det förtroendet respekterar man varandra”

I förtroendet ingår även att som sjuksköterska ha förtroende för patientens förmåga att klara av sin situation. En viktig faktor i relationen är också en god kommunikation. Utan en god kommunikation uppstår ingen relation.

Respekt och integritet

Patientens vilja och integritet anses som viktigt att respektera och att patienten tas på allvar i omvårdnaden, vilket innebär bland annat att utgå från hennes villkor, ej på vårdpersonalens.

”Respekt är ju allt det här med omvårdnad, det är ju allt det här du egentligen skulle fixat om du var frisk.”

Det betonades att patientens primära behov ska tillfredsställas på ett respektfullt sätt. Patientens integritet ska alltid eftersträvas att vördas även vid svåra situationer som sjuksköterskan kan hamna i, exempelvis att sjuksköterskan måste respektera patientens vilja att avstå från den hjälp som erbjudits trots att sjuksköterskan kanske inte anser det vara det bästa för patienten.

” Det är jätteviktigt att vi respekterar patienten och det dom säger och tänker och tycker som något viktigt för dom och som något riktigt att deras kunskap om sig själv är korrekt”.

Bejaka patientens rättigheter

Resultatet påvisar att det är en rättighet samt en god omvårdnad att få stiga upp ur sängen dagligen.

”Det är en rättighet att slippa bäcken och få komma ut på toa även om det kräver två man och en liten stund.”

Andra värdefulla saker som att få sin kudde vänd om patienten är sängliggande en längre tid och att få tvätta av sig om händerna innan måltid anses också som en rättighet. Att få presenterat och erbjudas den hjälp som finns att tillgå och bistå. På samma sätt är att få information om exempelvis läkemedlens effekter och bieffekter. Dessutom poängterades vikten av att patienten får tillräcklig information och förklaring för att förstå den informationen som ges till patienten. Därtill uppenbarade det sig att patienten har rätt att vara delaktig i vården och att hennes åsikter ska väga tungt och respekteras.

Anhöriga delaktiga

Anhöriga anses som betydelsefulla i omvårdnaden. Viktigt är att vårdpersonalen gör dem delaktiga. För att anhöriga ska kunna vara delaktiga krävs att de får information kontinuerligt av sjuksköterskan.

”En del uppgifter får man lägga på anhöriga, när det gäller kanske deras hjälp med hygien och dusch och såna här saker, om de inte upplevs som betungande, då kanske de kan göra det.”

Gott bemötande

Ett gott bemötande visar resultatet som något grundläggande i omvårdnaden för att patienten ska känna sig lugn.

”Ett lugnt uppträdande det är ju A och O.”

Att aldrig låta sin oro eller stress speglas på patienten eller anhöriga. Trots att sjuksköterskan har mycket att göra, ändå försöka ge tid för patienten och hennes frågor även om det till synes handlar om bagateller. Försöka sträva mot att förmedla en känsla av ”att det här ska gå bra” i alla lägen anses vara en dygd.

Lyhördhet och engagemang

Lyhördhet och ett engagemang tycktes vara en essentiell del i omvårdnaden, kunna sätta sig in i patientens situation och vara lyhörd för patienten och hennes behov. Resultatet presenterade hur man bör tänka för att möjliggöra en god omvårdnad nämligen ”att man bör vårda som man själv skulle bli vårdad” och att så långt som möjligt försöka utgå från den principen i omvårdnaden.

”Har man det i tankarna hela tiden då skärper man sig hela tiden även om man skulle komma ifrån den här linjen någon gång ibland då man är trött och stressad.”

Det ”lilla” extra

Alla patienter har olika behov. Att kunna tillfredsställa de individuella behoven upplevs som en god omvårdnad, att kunna ge det där ”lilla” extra.

”En god omvårdnad för mig det är ju att ta hand om varje patient och deras behov.”

Resultatet visar dock att man har blivit tvingad att prioritera bort dessa behov vilket upplevs som beklagansvärt. Exempel som togs upp vara det ”lilla” extra var att kunna läsa tidningen för dem som inte kan själva, att den gamla damen ska kunna få sitt hår upprullat som hon brukar, kunna få sina naglar klippta eller att kunna duscha hur ofta man vill trots att man behöver ha hjälp med det.

Medicinsk omvårdnad

Att kunna hjälpa patienten med att bli smärtfri, ångestfri och trygg i en akutsituation genom att ge läkemedel anses ha hög prioritet i omvårdnaden.

”Det är också en god omvårdnad att kunna ge ångestdämpande och smärtlindrande det är nästan det man prioriterar först innan några andra behandlingar för patienten ska vara trygg och den ska vara smärtfri och fri från ångest.”

Kontinuitet

Kontinuitet kan uppnås om sjuksköterskan ansvarar för ett mindre antal patienter eftersom då finns möjligheten att kunna ta hand om hela patienten, det vill säga alla bitarna i omvårdnaden vilket resultatet menar representerar en god omvårdnad.

”Det är mer kontinuitet. Jag behöver aldrig fråga vem som har ätit vad. Jag är med och hinner det med”.

3. Hinder och förutsättningar för en god omvårdnad

Rutiner

Rutiner styr allt för mycket i omvårdnaden poängterades i studien. Vidare menades att alla inte har samma behov därför förespråkas ett individuellt synsätt i omvårdnaden. Rutinerna kan lätt leda till att sjuksköterskan hänger upp arbetet, omvårdnaden på rutiner som gör att man inte reflekterar *varför* man ska göra just denna uppgift vilket därför hindrar ett reflekterande förhållningssätt som anses vara viktigt för att utveckla kvalitén på omvårdnaden.

”Att man bara rutinmässigt går in, eller nu är det dags att tvätta sig och då kommer det ett handfat antingen man vill eller ej, nej jag kanske hellre gör det, nej ikväll skiter jag i tandborstningen”

Dessutom markerades det att det fanns starka och fasta strukturer för hur saker och ting ska göras och som anses utgöra ett hinder.

Vårdideologi

En gemensam vårdideologi anses gynna den goda omvårdnaden. När arbetslaget har olika synsätt blir det ingen kontinuitet i omvårdnaden för patienten. En förklaring som uppenbarade sig var att det kan botten i oförståelse och okunskap. Exempel som uttalades på oförståelse var bland annat vid kulturella skillnader.

Det finns en uppfattning om att en förutsättning för att utveckla omvårdnaden och som också var önskvärdt var ett forum för professionell handledning, etiska diskussioner och reflektioner hade bildats som något naturligt i arbetet. Ett reflekterande förhållningssätt antas öka förutsättningarna för en gemensam vårdideologi. Däremot anses just detta som ett oprioriterat område i omvårdnaden samt att det upplevs en oförståelse bland en del medarbetare gentemot ett reflekterande förhållningssätt i omvårdnaden.

”Utan vi bara liksom hur man tänker och hur man gör och varför man gör vissa saker. Att man kanske skulle göra det på ett annat sätt.”

Resultatet visar att läkare och sjuksköterskor ofta kan ha olika syn på vad som är, det bästa för patienten.

Arbetsituation

Ett hinder för en god omvårdnad som framkom var den låga personalbemanningen.

”Har de inte tillräckligt med folk på plats så har vi inga förutsättningar att ge en god omvårdnad och det vi inte alltid göra.”

En förutsättning för en god omvårdnad upplevs vara att ha ansvar för ett färre antal patienter vilket gör det möjligt att kunna ”vara nära” och finnas för patienten. En ökad arbetsuppgiftsbelastning anses också utgöra ett hinder. Exempel som berördes var förändrade mathanterings- och köksrutiner som också sjuksköterskan berörs av. Ett annat exempel som togs upp är det ökade dokumentationskravet. Det framkom att sjuksköterskan känner sig tvingad att prioritera sina arbetsuppgifter vilket upplevs som att den goda omvårdnaden får stryka på foten.

”Vi ska vara överallt, precis överallt så visst omvårdnad i all ära, men då får man ju prioritera eftersom läget bara är så”.

Att vara hos patienten så mycket som möjligt anses viktigt för att kunna få information om patientens behov för att därmed kunna hjälpa dem på ett tillfredsställande sätt. Om en patient är orolig, ledsen att då kunna sitta ner och bara finnas för henne. Det framkom också att omvårdnaden gynnas om man har en framförhållning genom att ligga steget före och därmed kunna planera omvårdnaden mer effektivt. Exempelvis nämndes att ordna den sociala situationen innan patientens hemgång. Vidare berättades det att ha gott om tid är en förutsättning för att kunna ge patienten en god omvårdnad. Dessutom måste den goda omvårdnaden prioriteras från högre nivåer.

Egenskaper och erfarenheter

Erfarenheter både som sjuksköterska och av livet anses näst intill som en förutsättning för att kunna bedriva en god omvårdnad. Speciellt nämndes att ha upplevt patientrollen, som en positiv erfarenhet att ha med sig i omvårdnaden. Ett intresse av vårdandet omtalades också i detta sammanhang.

”Jag tror man är född till och många har det i sig som läser inom vårddyrket.”

En annan viktig egenskap som framträdde var att ha mod att säga ifrån och ifrågasätta om något strider mot ens etiska värderingar och tankar. Att våga gå ”mot strömmen” för att handla utifrån sin övertygelse och att våga argumentera för sitt handlande.

Resultatet antydde att ha en auktoritär framtoning kan vara en bra egenskap i dessa sammanhang.

”Man får nog vara rätt så auktoritär, ha skinn på näsan”.

Klimatet på arbetsplatsen

Klimatet på arbetsplatsen anses spela stor roll för att kunna bedriva en god omvårdnad. Ett tillåtande klimat som inbjuder till att be om hjälp underlättar betydligt för sjuksköterskan. I resultatet framkom att ett viktigt inslag i omvårdnaden är att kunna se vad måste sjuksköterskan göra och vad kan någon annan göra och då kunna delegera, prioritera och omfördela arbetsuppgifterna för att kunna tillgodose patienten en god omvårdnad. Förståelse för varandra och för varandras arbetsuppgifter visar också ha stor betydelse. En förutsättning för detta är att det råder ett gott klimat där man som arbetskamrater försöker att komplettera varandra. Ett gott klimat ökar således förutsättningarna för att kunna handla utifrån sjuksköterskans inre etiska ansvar.

”För en annan gång är det kanske den personen som behöver hjälp så man försöker stötta varandra. För det mesta tycker jag att det fungerar, självklart finns det undantag.”

4. Inre konflikt och känslor

Sjuksköterskan upplever en inre konflikt när hon inte anser sig kunna ge patienten en god omvårdnad. Olika känslor hos sjuksköterskan upplevs då och som beskrevs följande; frustrerande, far illa, känns jobbigt, dåligt samvete och outhärdligt. Som resultatet tidigare visat känner sjuksköterskan ibland det svårt att bedriva en god omvårdnad vid livsuppehållande åtgärder. De tillfällen patientens önskan angående livsuppehållande åtgärder ej respekteras upplevs inte tillfredsställande. Sjuksköterskan har etiska diskussioner inom sig då hon ej är övertygad om den medicinska behandlingen är rätt. Dessa känslor var framträdande vid intervjuerna. Sjuksköterskan känner även svårigheter ibland i den palliativa vården att tiden inte räcker till för det man skulle vilja göra.

”Jag måste ju ge... ge det allra bästa jag kan ändå, men det blir ju många konflikter inom mig och just det här med dom... just att möta ångest, behandla den, ge tröst, hopp, stöd... på något vis är det ju ändå det jag ska försöka ge.”

Det framkom också att sjuksköterskan upplever svårigheter även i de så kallade icke etiska dilemman som tidigare nämnts menades livsuppehållande åtgärder och palliativ vård utan menade att även i de som till synes enkla saker i omvårdnaden kan bli svåra beroende på omständigheterna.

”Det är inte bara i slutet av livet som det är ett trauma utan det kan ju... beroende på omständigheterna så kan det ju vara banala saker som blir svåra. Det kan ju bli svåra saker det också som kan leda till svåra möten i omvårdanden”

Upplevelsen av att inte kunna göra mer för de äldre kunde leda till att sjuksköterskan ofta gick hem med dåligt samvete. De tillfällen sjuksköterskan hinner sitta ned hos en svårt sjuk patient upplevs som skönt.

”Det känns väldigt bra när man får tid till de där samtalen.”

Acceptans hos arbetskamraterna upplevs finnas när man prioriterar att prata med en patient.

Sjuksköterskans etiska tänkande kan förstöras när läkaren exempelvis ville skriva ut en patient som sjuksköterskan ej anser var redo för hemgång. För att hantera detta krävs det envishet gentemot läkaren att försöka driva igenom det som det etiska tänkandet säger.

”De bara tittar på lab-svaren och hon” sviktar” inte nej, hon kan gå hem fast hon har kanske inte varit uppe från sängen, hon kan inte gå på sina ben, vilket jag tycker är ett krav för att åka hem om hon inte ska komma på något annat boende vill säga men det är mycket sånt här som är runt omkring och då kan man komma in i en konflikt”.

Upplevelsen av att den medicinska vården sätts i fokus finns. Tanken fanns speciellt hos de äldre som ligger inne i månader och väntar på ett annat boende. Blöjor byts men de fick ingen annan tillfredsställelse.

”Otäckt att vi är så nöjda bara vi signerat alla medicinlistor”.

Förfaringssätt hos sjuksköterskan för att hantera dessa inre konflikter visade sig vara att man stänger av vid vissa situationer. Att inte tillåta sig att känna vid tidsbrist anses just då vara det bästa för att inte må dåligt.

Att försöka göra det bästa av situationen under patientens vårdtid genom att inse sina begränsningar är ett sätt för att inte känna otillfredsställelse. En sista utväg anses vara att söka sig ifrån avdelningen om situationen tycks ohållbar.

5. Icke god omvårdnad

Specifika exempel på vad som representerar motsatsen till god omvårdnad framkom:

- Livsuppehållande åtgärder mot patientens vilja.
- Behandla alla äldre som dementa bara för att de är gamla.
- Att behöva sitta i sängen och inta sina måltider.
- Bäckén i sängen trots att det var möjligt att sitta på toaletten bara man fick hjälp.
- Patient blir nekad hjälp att kunna gå ut och röka för att personal inte tycker det.
- När de äldre endast får den medicinska vården och blöjbyten men ingen som helst annan tillfredsställelse.
- Oförståelse från vårdarnas sida vid kulturella olikheter.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att utveckla omvårdnadsvetenskapen behövs forskning som kan upptäcka och beskriva den kunskap som ligger fördold i kliniskt omvårdnadsarbete menar Benner (1993) och förespråkar den berättande metoden. För att ta reda på människors upplevelser och fånga sjuksköterskans personliga perspektiv och referensram valdes en kvalitativ metod med intervjuer utifrån en intervjuguide. En medicinklinik valdes på grund av dess allmänna karaktär och att samma utgångsläge skulle erhållas för informanterna. De intervjuade hade likväl kunnat väljas från en kirurgklinik.

Den kvalitativa metoden med intervjuer och dess fördelar har även en nackdel då metoden erhåller en del abstrakt data som inte kan beskrivas eller presenteras med ord. Vår förståelse säger att etik allmänt uppfattas som något abstrakt och svårt att konkretisera. Av den anledningen är begreppet etik ej nämnt i de inledande frågorna i intervjuguiden. Våra förkunskaper i ämnet gjorde att man anade att intervjun implicit skulle få en etisk inriktning. Kvale (1997) hävdar att intervjufrågor bör vara lätta att förstå, korta och befriande från akademisk jargong. En medvetenhet har funnits om att intervjusituationen har olika mellanmänniska innebörder som aldrig kan förbises eller undvikas, exempelvis kroppsspråk, miner, tonläge och som kan tänkas ha påverkat resultatet. Wallén (1993) har som åsikt att egna känslor och upplevelser påverkar resultatet, och de måste därför medvetandegöras och bearbetas.

Samtalens innehåll har entusiasmerat vilket har lett till att ledande frågor har ställts som kan ha påverkat resultatet. Dock skriver Kvale (1997) att ledande frågor lämpar sig i den kvalitativa forskningsintervjun för att pröva tillförlitligheten i intervjupersonens svar och för att verifiera intervjuarens tolkningar.

För att kunna svara upp mot kraven på trovärdighet, noggrannhet och giltighet har utdrag från resultatet presenterats i form av citat för att belägga beskrivningskategorierna. Enligt Starrin och Svensson (1994) möjliggör detta för läsaren att följa forskarens ställningstagande och värdera rimligheten i dessa. Författarna menar vidare att citaten har även den funktionen att de berikar och konkretiserar innebörden i kategorier som annars beskrivs i mera abstrakta termer.

Ytterligare ett validitetskriterium är att informationen som inhämtats är förstahandsinformation det vill säga att forskare och informant är i direkt kontakt med varandra. Imponerande nog har fyra informanter givit en stor mängd intressant substans. Således hade förmodligen ett utökad intervjumaterial varit övermäktigt dels på grund av tidsbegränsning och dels vara mer lämpat på högre forskarnivå. Detta kan tänkas vara förslag till fortsatta studier.

Den kvalitativa innehållsanalysen har enligt Polit och Hungler (1999) en del nackdelar. De tar bland annat upp risken med subjektiviteten och forskarens förkunskaper i ämnet som kan påverka analysen. Dessutom menar de att en kvalitativ innehållsanalys kräver ett omsorgsfullt, insiktsfullt, kreativt och skickligt arbete. Här ses en begränsning på grund av oerfarenhet hos forskarna samt den förutbestämda tidsplanen. Ytterligare en svaghet som bör nämnas vad gäller sammanfattningen av datan med det färdiga begreppets giltighet, det vill säga om det verkligen täcker insamlade data (Eneroth, 1984). Avsikten är dock inte att tolka utan att beskriva resultatet därför har kategorierna frambringats från intervjumaterialet. Polit och Hungler (1999) tar upp svårigheten med att kategorisera det berättade materialet då de skriver att det inte generellt finns någon given linje för hur man ska gå tillväga. Exempel de tar upp är när det finns material som kan relateras till tre eller fyra olika kategorier vilket även har förekommit i denna studie.

Resultatdiskussion

Det beskrivna resultatet kommer här att diskuteras och belysas utifrån den teoretiska ansats som angetts i bakgrunden samt utifrån annan granskad och värderad litteratur.

Omvårdnad med ansvar

Resultatet visar att omvårdnad är stort och svårt att beskriva och definiera. Wilow (2001) skriver att det finns ännu inte någon allmänt vedertagen definition av begreppet ”omvårdnad”, däremot kan omvårdnadsarbetets syfte, innehåll, metoder med mera beskrivas.

En fråga som känns angelägen att ställa är; om omvårdnad är svårt att definiera blir då även sjuksköterskans ansvarsområde svårt att definiera? Det är inte svårt att förstå denna upplevelse av att omvårdnad är stort eftersom omvårdnad *har* många olika dimensioner. Benner (1993) har definierat 31 kompetensområden i omvårdnadsarbetet. Det är mycket att ta hänsyn till av den orsaken att det handlar om den enskilda människan och hennes individualitet. Det känns angeläget att sträva mot att hålla diskussionen igång om vad omvårdnaden är och dess betydelse istället för att söka efter en absolut definition vilket kan leda till en avgränsning och hinder för en god omvårdnad.

Det framkom i resultatet att en förutsättning för att kunna bedriva en god omvårdnad är fler händer i vården. Naturligtvis är detta ett villkor, men ytterligare en premis för en god omvårdnad är enligt Eriksson (1995) att vårdarna har ett inre etiskt ansvar. Här framträder vikten av den etiska dimensionen tydligt. En hypotes är att om sjuksköterskan blundar och inte ser patienten då spelar det ingen roll hur hög personalbemanningen är. Man kan fråga sig om sjuksköterskan inte har detta inre etiska ansvar blir det då heller ingen god omvårdnad? Åström (1995) skriver att när sjuksköterskan vårdar patienten utan att se henne som en person och när vården bedrivs utan medlidande, ges den enbart på rutin. Hon förklarar denna vård som att göra saker med/till/för patienten, inte tillsammans med patienten.

Ett rättesnöre för att bedriva en god omvårdnad var att ha i åtanke att, så som man själv skulle vilja bli vårdad bör man vårda själv. En koppling kan göras till den gyllene regeln "Allt vad ni vill att människor skall göra mot er det skall ni också göra mot dem." (Matteus 7: 12). Eriksson (1987) beskriver att den gyllene regeln är förenad med etikens djupaste kärna som ligger i upplevelsen av att man är skyldig att älska men att man även är fri att göra det eftersom man äger kärlekens sinnelag. Ytterligare ett rättesnöre för att bedriva en god omvårdnad torde vara att sjuksköterskan är väl medveten om att hon bär på ett stort ansvar för vilka minnen patienten kommer att bära med sig i framtiden.

Att ha respekt för patienten och hennes integritet samt bejaka patientens rättigheter ansågs i denna studie vara fundamentalt i omvårdnaden. Dock tycktes detta inte alltid fungera tillfredsställande. Sjuksköterskan upplever att hon får strida för en betryggande omvårdnad. Detta benämner Benner (1993) *den företrädande kraften*. Hon menar att patienter ofta har behov av en sjuksköterska för att "försvara sig". Exempelvis att sjuksköterskan kan tolka för läkaren och läkaren för patienten. Ellis (1995) beskriver att sjuksköterskan kan liknas som patientens advokat. Rollen som advokat innebär att sjuksköterskan försäkrar att patienten är informerad och att deras röster är hörda när viktiga beslut tas angående deras omvårdnad. Vidare skriver han att all omvårdnad bör utgå från patientens värderingar och mål inte sjuksköterskans mål. Förutsättningar hos sjuksköterskan kan tänkas vara en medvetenhet om att patienten kan ha en annan målinriktning. En åtanke som som framhålls från informanterna är att sjuksköterskan anser att respekt för patienten är när hon hjälper henne med det som hon själv skulle ha klarat om hon var frisk.

Resultatet visar att sjuksköterskan ibland känner sig tvingad att prioritera bort "det lilla extra" i omvårdnaden. Exempel som nämndes var att den gamla damen kan få sitt hår upprullat som hon i vanliga fall alltid gör. Det här "lilla extra" kan låta som banala saker i omvårdnaden men kan tänkas vara viktigt för patientens välmående och därmed en upplevd ökad livskvalitet i sin förändrade livssituation. Man kan förstå att detta leder till en ökad tillfredsställelse även hos sjuksköterskan då hon känner att hon har kunnat tillfredsställa en enskild patients individuella behov. Ansa som är ett av Erikssons (1987) grundbegrepp kan hänföras till ovanstående. Ansa utgör den mest grundläggande formen av vårdandet och kännetecknas av värme, närhet, beröring och en estetisk handling. Hon skriver vidare att ansa innebär att våga, att kanske ibland gå ut över det givna och färdigt formulerade, att med olika små handlingar visa att man verkligen bryr sig om den andra. Hon tar upp exempel som att hålla en hand, att krama om någon och att borsta någons hår.

Helhetssyn

Helhetssynen är enligt de intervjuade sjuksköterskorna i studien, det begrepp som representerar den goda omvårdnaden starkast i resultatet. Även Willow (2001) betonar att det är viktigt att all personal ser människan i ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet. Resultatet påvisar olika betoningar i vad som ingår i sjuksköterskans helhetsbegrepp. Betoningarna består av

- Hela den fysiska personen.
- Fysiska och psykiska personen samt den sociala situationen.
- Fysiska och psykiska personen samt den sociala situationen sett ur ett ontologiskt perspektiv.

En förklaring till de olika betoningarna kan vara att det är människor vi vårdar och varje människa är unik med sina individuella behov. Helheten varierar således från person till person samt till tid och rum. Eriksson (1987) skriver att människan är en unik helhet bestående av många delar och att helhet och del organiskt är beroende av varandra. Vidare menar hon att det inte finns någon absolut given helhet utan den måste bedömas utifrån det aktuella perspektivet, situationen och framförallt den patient det handlar om vilket även resultatet visar. Det komplexa i att definiera begreppet helhetssyn instämmer Dahlberg (1993) i, då hon skriver att helhetssynen i vården är både en filosofi och vårdkonst.

Kontinuitet vilket i resultatet menas är att mindre antal personer är involverade i patienten vilket upplevs underlätta för sjuksköterskan att kunna se helheten. Detta understödjer troligtvis för sjuksköterskan att bedriva en god omvårdnad eftersom det ger en större möjlighet att kunna lära känna patienten och hennes särskilda behov. Man kan tänka sig att kontinuitet förhindrar onödigt lidande för patienten. Stockdale och Warelow (2000) anser att det inte är psykologiskt möjligt för sjuksköterskan att bedriva god omvårdnad och skapa bra patientrelationer med ett djupare engagemang om hon har ansvar för ett flertal patienter.

Det är i relationen omvårdnaden sker enligt informanterna i föreliggande studie. En tanke är att relationen grundar sig i hur sjuksköterskan ser på patienten. Man kan förstå att om hon ser patientens kropp och själ som åtskilda och tar ansvar endast för det kroppsliga uteblir förmodligen strävan att skapa en god relation. Eriksson (1987) menar att förhållandet människa till människa många gånger formas till ett tomt och meningslöst givande av konkreta ting eller tjänster utan egentligt innehåll. Vidare hävdar hon att innehållet, substansen, finns i själva relationen, varandet människa till människa. Eriksson tolkar relationen på följande sätt:

Varje människa behöver en annan människa
 någon som kravlöst ansar, leker och lär
 någon som tar dig i sin famn, håller om dig,
 smeker dig, torkar tårarna, vagnar dig till ro
 någon som skrattar med dig
 knyter dina skosnören och
 som du tillsammans med kan lära livets
 möjligheter och krav.

(1987, s. 51.)

Vårdandets etik

Resultatet visar skilda dimensioner på vad sjuksköterskan upplever vara sitt ansvar i omvårdnaden. Eriksson (1995) menar att vårdandets etik berör alla de frågor som uppkommer då en patient och vårdare ”vidrör” varandra vilket innebär allt som patienten och vårdaren känner, tänker och gör och/eller lämnar ogjort. Vidrör menas här att det i något avseende blir en samvetsfråga.

Enligt Eriksson är etik relation och bunden till mitt ansvar för den andra. Det ansvar vårdaren är beredd att ta för patienten väljs medvetet eller omedvetet det etiska förhållningssättet och dess djup.

Den goda relationen som i resultatet ansågs vara en förutsättning för en god omvårdnad är ett lämpligt exempel på ett medvetet etiskt förhållningssätt. I detta förhållningssätt anses ansvaret att även medvetandegöra etiken i omvårdnaden bland sina medarbetare ingå. Resultatet förknippar etiken delvis något annorlunda än vad Eriksson beskriver. När ordet etik nämndes av informanterna var det huvudsakligen vid beskrivning av de etiska dilemman som uppstod i omvårdnaden. De etiska dilemman som beskrevs var i samband med den medicinska vården. En känsla är att denna företeelse antagligen inte är ovanlig. Ett antagande, som resultatet ger upphov till är att etiska diskussioner i vården ofta handlar om: Vad är liv? När börjar livet? När ska vi sluta med livsuppehållande åtgärder? De dagliga vårdetiska frågorna har inte diskuterats i lika hög grad som olika slag av medicinetiska dilemman. Eriksson bekräftar dessa tankar då hon finner det nödvändigt att skilja på vårdetik och vårdandets etik eftersom vårdetiken koncentrerar sig mycket utifrån ett medicinskt perspektiv. "Det är uppenbart att vi idag behöver en "ny" vårdetik, en vårdetik som verkligen är en "ren" vårdetik" (Eriksson, 1995. s. 10).

Resultatet pekar även på att det kan handla om till synes små saker men som i en viss situation och under vissa omständigheter kan upplevas av sjuksköterskan som svårt. En tolkning av detta kan härledas till det som Eriksson menar, att det etiska ansvaret föds i den stund vi står ansikte mot ansikte med den andre. Det är då situationen ställer krav på det etiska. Den professionella naturliga vårdaren kan enligt Von Post (1999) spontant visa barmhärtighet och en vilja att dela och lindra patientens lidande. Hon menar vidare att genom en medveten närvaro i den naturliga vården ser man patientens behov trots att de är dunkelt uttalade. Det behöver följaktligen inte endast vara vid "svåra situationer" som det ställs krav på det etiska utan det är också i själva mötet med patienten.

Reflekerande förhållningssätt och medvetenhet

Resultatet visar svårigheten med att införa etiska diskussioner som ett naturligt inslag i den vardagliga vården. En förklaring kan vara de naturliga vårdetiska diskussionerna som i nuvarande tradition har en lägre prioritet och status gentemot de medicinska-etiska, som diskuterats i föregående avsnitt. Eriksson (1987) menar att det är viktigt med reflektioner i vårdandet för att bli medveten om de tankemönster och regler som utgör grunden i den aktuella vårdkulturen. På basis av ovanstående resonemang bör detta vara utgångspunkten för att utveckla den etiska dimensionen i omvårdnaden. Man kan förstå att om sjuksköterskan inte är övertygad och kan se nytta av en förändring är det större sannolikhet att hon fortsätter att göra som hon är van vid. Sammanfattningsvis bör en enighet i arbetslaget vara en förutsättning vid förändringar annars uppstår troligtvis konflikter såväl inom som mellan, olika yrkesprofessioner vilket även resultatet antydde. Åströms (1995) undersökning visar att samarbetet med medarbetare är mycket viktigt för sjuksköterskans förmåga att följa sitt etiska resonemang och sina känslor i etiskt svåra omvårdnadssituationer.

Det kan inte nog poängteras vikten av att prioritera yrkesetiken genom att exempelvis avsätta tillräckligt med tid för reflektionssamtal vilka borde vara ett naturligt inslag i vårdarbetet. Det reflekterande samtalet erbjuder tillfällen till diskussioner om beskrivna händelser exempelvis vad som lyckats respektive inte lyckades i en speciell situation. Benner (1993) hävdar att detta ger rika tillfällen till belysning av etiska dilemman och även till kreativitet och nya möjligheter. En begründan är att det leder till en utveckling både hos vårdaren och i omvårdnaden. Eriksson (1987) menar att i en gynnsam miljö upplever individen en frihet att förverkliga sina innersta syften.

Bäckman, Malmsten och Olsson (1998) skriver att en ständigt pågående dialog med andras reflektioner, där man diskuterar värderingar och ståndpunkter där både teorier, principer, motiv och intentioner får komma till tals övar upp förmågan till inre reflektion. För att en sådan dialog ska komma till stånd menar de att vårdarbetets struktur bör vara av sådant slag att möjligheter ges för reflekterande möten. Eriksson (1995) instämmer då hon menar att sjuksköterskans yrkesetik och hennes förmåga att vara professionell vårdare måste göras tydligare och ges större utrymme i vårdverkligheten. Ett antagande är att handledning och reflekterande förhållningssätt skapar en medvetenhet hos sjuksköterskan. Man kan tänka sig att denna medvetenhet skapar vanmakt hos sjuksköterskan om inte förutsättningar för att bedriva en god omvårdnad finns. Resultatet visar att då sjuksköterskan inte anser sig kunna bedriva en god omvårdnad uppstår olika känslor såsom frustration, dåligt samvete, att fara illa, det känns jobbigt och outhärdligt. Von Post (2000) hävdar att då den professionelle vårdaren förhindras att ge den vård som hon eftersträvar uppstår en värdekonflikt hos vårdaren. Detta fenomen har uppmärksammats och Astrid Norberg leder ett forskningsprojekt där utbrändhet i relation till samvetsstress och moralisk stress hos vårdare ska undersökas (Ejd, 2002). Även Stockdale och Warelow (2000) menar att misslyckas sjuksköterskan att nå sina mål och etiska ideal, kan spänning skapas och känslor av personligt misslyckande infinna sig som ytterst kan leda till stress och utbrändhet. Man kan fråga sig om den professionelle vårdaren som enligt von Post (1999) leds av viljan att göra gott, lättare hamnar i en värdekonflikt? Den professionelle vårdaren upplever skuld då hon förhindras ge en så god vård som hon eftersträvar (von Post, 2000).

Hinder och förutsättningar

En viktig egenskap i god omvårdnad som framträdde i resultatet var att sjuksköterskan kunde argumentera, vågade stå på sig och vågade säga ifrån. En fråga som kan ställas är: Upplever sjuksköterskan att hon hela tiden behöver försvara sitt ansvarsområde? En tanke är om det kan vara så att sjuksköterskan fortfarande har svårt att få gehör för sitt ansvarsområde och känner att hon behöver försvara detta. En förklaring kan vara sjuksköterskans historia med den assisterande funktionen gentemot läkaren och utan ett eget ansvarsområde. Benner (1993) menar att det råder en brist på erkännande från samhällets och andra yrkesföreträdares sida av sjuksköterskornas betydelsefulla roll för patienternas tillfrisknande och menar vidare att det måste bekämpas på många fronter. En annan tolkning av de ovannämnda egenskaperna kan hänföras till det von Post (2000) beskriver som mod. Hon menar att sjuksköterskan genom modet får kraft att gripa in och stoppa förnedring samt att vårdaren behöver modet för att kunna stå fast i en svår situation och för att kunna utföra obehagliga sysslor. Hon menar vidare att om mod utsluts har vårdaren förlorat viljan att se den andres lidande och förmågan att vara till för en annan människa. Eriksson (1987) tar upp mod som en förutsättning för att sjuksköterskan ska kunna lindra lidandet hos patienten.

Det uppdagades i resultatet att rutiner bland annat kunde utgöra ett hinder för en god omvårdnad. Således finns en risk att rutinerna hindrar sjuksköterskans yrkesutveckling. Rutinen i sig kan bli ett självändamål och därmed förloras en flexibel helhetssyn i omvårdnaden eftersom det kan bli svårare för sjuksköterskan att vara öppen för patientens uttryckande resurser och behov samt den aktuella situationens utseende. Att gå vid sidan om rutinerna menar Åström (1995) kräver hos sjuksköterskan en praktisk kunskap, modet såväl som skickligheten att kunna se hela situationen hos patienten men också förmågan att reflektera över situationen med hjälp av en medvetenhet över sin egen likväl som patientens grundläggande syn på livet. Dahlberg (1993) hävdar att det alltid finns en tendens att låta fasta strukturer och modeller få ett egenvärde. Det kan bli viktigare att arbeta fram modellen i vårdandet än att vårda patienten på ett äkta sätt.

Slutsats

Etik som begrepp för yrkesverksamma sjuksköterskor verkar till stor del associeras till etiska konflikter. Etiken anknöts i högre grad till dilemman i den medicinska vården än till vårdande som ansvar och relation. Resultatet visar likväl på en etisk inriktning i omvårdnaden och anknyter delvis till den teoretiska ansatsen. För att utveckla det etiska tänkandet i omvårdnaden bör ett reflekterande förhållningssätt hos sjuksköterskan vara av stort värde. Ansvar för sjuksköterskorna innebär att tillgodose varje patients behov och utur detta ge en god omvårdnad. Då sjuksköterskan handlar utifrån sitt etiska ansvar upplevs vissa förutsättningar vara nödvändiga för att uppnå den goda omvårdnaden. En del rutiner upplevs som hinder i omvårdnaden vilket kan tänkas utgöra svårigheter för sjuksköterskans yrkesutveckling. När sjuksköterskan tar sitt inre etiska ansvar visar sig modet utgöra en betydande egenskap genom att hon vågar se samt vågar försvara patienten och omvårdnaden. Med anledning av omvårdnadens olika dimensioner och dess definitionssvårighet ställs frågan, kan detta vara en bidragande orsak till att sjuksköterskan upplever att hon behöver försvara sitt ansvarsområde? Det känns angeläget för den framtida vårdvetenskapliga forskningen att undersöka detta. Avslutningsvis finns en förhoppning om att detta arbete ska väcka till diskussion och leda till olika ställningstagande.

Erkännande

Till sist vill vi framföra ett stort tack till vår handledare Maria Arman och till de informanter som medverkat i studien. Detta arbete har varit möjligt att genomföra tack vare den värdefulla kunskap ni bidragit med.

REFERENSLISTA

Andersson, M. (2000). Eriksson, K. & Lindström, U. (Red.). *Gryning en vårdvetenskaplig antologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Benner, P. (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur.

Bibeln.

Bäckman, G., Malmsten, K., & Olsson, U. (1998). Vårdetik – en relationell ansvarsetik. *Vård*, 3, 7-12.

Dahlberg, K. (1993). Helhetssyn i vården – både en filosofi och vårdkonst. *Omvårdaren* 5-6, 13-17.

Ejd, M. (2002). Slå näven i bordet, eller...? *Vårdfacket*, 4, 12-13.

Ellis, P.A. (1995). The role of the nurse as the patient's advocate. *The professional nurse*, 3, 206-207.

Eneroth, B. (1984). *Hur mäter man vackert?* Grundbok i kvalitativ metod. Göteborg: Natur och Kultur.

Eriksson, K. (1992). *Broar*. Introduktion i vårdvetenskaplig metod. Vasa: Åbo Akademi Institutionen för vårdvetenskap.

Eriksson, K. Red. (1995). *Mot en caritativ vårdetik*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.

Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

Fealy, G. (1995). Professional caring: the moral dimension. *Journal-of-Advanced-Nursing*, 6, 1135-40.

Halldórsdóttir, S (1996) *Caring and uncaring encounters in nursing and health care – developing a theory*. Hälsouniversitetet i Linköping.

Jahren Kristoffersen, N. *Allmän omvårdnad del 1*. Stockholm: Liber AB.

Morgan, D. (1993). Qualitative Content Analysis: A Guide to Paths Not Taken. *Qualitative Health Research*, 3, 112-121.

Nationalencyklopedin multimedia. (2000).

Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research, Principles and Methods*. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

Roach, M.S. (1998). Caring ontology: Ethics and the call of suffering. *International Journal of Human Caring*, 2, 30-34.

- Starrin, B. & Svensson, P. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Stockdale, M., & Warelow, P. (2000). Is the complexity of care a paradox? *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1258-1264.
- Söderlund, M. (2000). Eriksson, K. & Lindström, U. (Red.). *Gryning en vårdvetenskaplig antologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- V Post, I. (2000). Eriksson, K. & Lindström, U. (Red.). *Gryning en vårdvetenskaplig antologi*. Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa.
- V Post, I. (1999). *Professionell naturlig vård ur anesthesi- och operationssjuksköterskors perspektiv*. Hammarö: Irené von Posts förlag.
- Wallén, G. (1993). *Vetenskapsteori och forskningsmetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Warelow, P. (1996). Is caring the ethical ideal? *Journal of Advanced Nursing*, 24, 655-661.
- Wilow, K. (2001). *Författningshandbok*. Uppsala: Liber AB.
- Åström, G. (1995). *The meaning of caring as narrated, lives, moral experience*. Umeå University Medical Dissertations.

INTERVJUGUIDE

1. Vad ser du som viktigt för en god omvårdnad? (långt svar och följdfrågor: Kan du ge exempel?, Berätta mer om det?)
2. Vad upplever du som ditt ansvar i omvårdnaden av patienten? (Ge gärna kliniska exempel)
3. Upplever du att det finns frihet och möjligheter att handla utifrån det som du upplever som ditt inre etiska ansvar?
4. Vad är det som gör att du kan/inte kan handla utifrån detta?
5. Hur upplever du detta?

Sjukhuset
Medicinkliniken

Annica Andersson Näsgränden 45 374 34 Karlshamn

Monica Olsson Prosten Kochs väg 19 374 70 Trenså

Datum

Till sjuksköterskan

Hej!

Tack för din medverkan och att du vill hjälpa oss.

Med detta brev vill vi förtydliga vad vårt arbete handlar om.

Som vi tidigare nämnt vill vi ta reda på: vad upplevs av sjuksköterskan som inre etiskt ansvar i omvårdnaden? Det inre ansvaret är förknippat med etiken inom omvårdnaden. Det yttre ansvaret det vill säga lagar och författningar som styr omvårdnaden har vi lämnat dithän, i detta sammanhang.

Vi kommer båda vara närvarande vid intervjutillfället som beräknas ta cirka 1 – 1½ timme.

Om du inte har något emot det kommer vi att använda oss av en bandspelare.

Vi kommer att ha en öppen intervju det vill säga att vi kommer att ställa öppna frågor utan något färdigställt frågeformulär. Vår avsikt och förhoppning är att du ska kunna öppet berätta utifrån vår inledande frågeställning. Vår förhoppning är dessutom att det ska bli ett givande samtal för oss alla.

Naturligtvis kommer detta att ske under sedvanlig sekretess. Om du har några frågor får du gärna höra av dig.

Med vänliga hälsningar från

Annica Andersson
Sjuksköterskestuderande

Monica Olsson
Sjuksköterskestuderande