

*”... jag tror när vi går genom tiden att allt det bästa inte hänt än...”*

Håkan Hellström



## Original artiklar

Avhandlingen baseras på följande artiklar:

- I. Lindberg, E., Persson, E., & Bondas, T. (2012). "The responsibility of someone else": a focus group study of collaboration between a university and a hospital regarding the integration of caring science in practice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 579-586. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00968.x
- II. Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E., & Ekebergh, M. (2013). "It made me feel human" - a phenomenological study of older patients' experiences of participating in a team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8. Doi:10.3402/qhw.v8i0.20714
- III. Lindberg, E., Persson, E., Hörberg, U., & Ekebergh, M. (2013). Older patients' participation in team meetings – A phenomenological study from the nurses' perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8. Doi: 10.3402/qhw.v8i0.21908
- IV. Lindberg, E., Ekebergh, M., Persson, E., & Hörberg, U. (xxxx). Interpersonal relations in the context of a team meeting – in the light of the work of Heidegger and Merleau-Pontys philosophy. [submitted]

Artiklarna publiceras med tillstånd från respektive tidsskrift



## Innehållsförteckning

INLEDNING .....	1
BAKGRUND .....	4
Kunskap i vårdandets teori och praxis .....	4
Vårdvetenskap.....	6
Vårdvetenskapliga utgångspunkter.....	6
Vårdvetenskapligt patientperspektiv.....	8
Vårdrelationen .....	9
Delaktighet med patienten i fokus.....	10
Patientperspektivet vid teammöte och rond .....	11
Livet och tiden .....	13
Problemformulering .....	16
syfte och delsyften.....	18
teoretiska utgångspunkter.....	19
Fenomenologi .....	19
Livsvärld.....	20
Intentionalitet.....	20
Levd kropp.....	21
En sammanflätad värld .....	21
Hermeneutik.....	22
METOD OCH GENOMFÖRANDE .....	23
Vetenskapsfilosofiskt perspektiv .....	23
Förförståelse i föreliggande forskning .....	25
Forskningens kliniska sammanhang .....	25
Aktionsforskning .....	26
Kartläggande observationer .....	28
Urval och rekryteringsförfarande.....	29
Delstudie I.....	29
Delstudie II .....	29
Delstudie III.....	30
Datainsamling .....	30
Delstudie I.....	30
Delstudie II och III.....	31
Observationer i samband med patientintervjuer .....	31
Intervjuer med patienter.....	31
Intervjuer med sjuksköterskor .....	32
Gemensamt för datainsamling delstudie II och III .....	32
Dataanalys.....	33
Delstudie I.....	33
Delstudie II och III.....	34
Delstudie IV.....	35
Generell Struktur .....	35

Filosofisk belysning.....	36
Forskningsetiska överväganden .....	40
RESULTAT .....	42
Studie I.....	42
Studie II .....	43
Studie III .....	44
Studie IV .....	45
Generell struktur.....	45
Filosofisk belysning av den generella strukturen .....	45
Stämningar som en kraft i existensen .....	46
Att existera i en tillvaro med andra .....	46
Ensamhetens närvaro.....	47
Den levda kroppens utsträckande .....	47
Avhandlingens resultat i förhållande till övergripande syfte .....	48
DISKUSSION .....	49
Metoddiskussion .....	49
Avhandlingens röda tråd.....	49
Genomförande .....	49
Ansats och metod .....	50
Samspel mellan aktionsforskning och fenomenologi .....	51
Objektivitet och Validitet .....	53
Överförbarhet .....	54
Forskningens förmåga att beröra .....	55
Resultatdiskussion .....	55
Drömmen om det goda vårdandet .....	55
Delaktighetens dilemma - Om delaktighet, närvaro och att få överlämna sig .....	58
Traditionens makt.....	60
(Oss) människor emellan .....	62
I ett långsamt nu rusar livet förbi.....	65
Berättelsen som mötesplats .....	67
Avslutande reflektioner.....	69
Kliniska implikationer .....	70
Fortsatt forskning .....	71
English summary.....	72
Overall and specific aims .....	72
Data collection and analysis.....	73
Findings .....	73
Conclusions.....	74
Tack.....	75
LITTERATUR .....	77

# INLEDNING

... det finns inga metodkunskaper eller förbättringskunskaper som enbart i sig kan utveckla vårdverksamheten om inte patientperspektivet kommer i fokus. Att möta vårdare som visar att de vet om att de är på jobbet för patientens skull främjar min hälsa.

Gudrun Wallmyr (2010, s.17)

Det inledande citatet sätter ord på det självklara, men också svåra i vårdandet. Det räcker inte enbart att ha kunskap, utveckla nya metoder eller att organisera om verksamheten för att den ska bli bra. Patientperspektivet måste också vara närvarande i alla delar av vårdandet och då vårdandet ska utvecklas. Det övergripande syftet för denna avhandling är att undersöka möjligheten att både vidmakthålla och vidareutveckla ett vårdvetenskapligt patientperspektiv inom sjukhusvård. Detta övergripande syfte innebär att det vårdvetenskapliga patientperspektivet genom dess fokus på hela människan<sup>1</sup> och hennes tillvaro, utgör avhandlingens utgångspunkt och ram<sup>2</sup>. Vidare innebär betoningen på vidmakthållandet att det finns mycket som är bra i vårdandet och att utveckling inte nödvändigtvis behöver handla om att göra omfattande förändringar eller att införa nya rutiner.

Sammanhanget ”sjukhusvård” har betydelse. På samtliga vårdavdelningar som deltagit i delstudierna bedrivs vård dygnet runt och patienterna har på ett eller annat sätt behov av relativt omfattande vårdinsatser. Sjukhusmiljön är speciell då den i stor utsträckning kan sägas ”tillhöra” de professionella. Patienten befinner sig i en främmande, institutionaliserad miljö där vardagens rutiner och trygghet är satta ur spel.

---

<sup>1</sup> I avhandlingen förekommer variationer av begreppet ”hel människa”. Dessa variationer indikerar att människan hela tiden är ”både och” och aldrig ”antingen eller”. Mer konkret kan detta förstås som att människan hela tiden är kropp och själ; tanke och handling; biologi och existens etc. De teoretiska tankarna bakom detta synsätt utgår från de i bakgrunden beskrivna vårdvetenskapliga- och livsvärldsfilosofiska teorierna.

<sup>2</sup> Hur vårdvetenskap och ett vårdvetenskapligt patientperspektiv kan förstås i denna avhandling beskrivs i bakgrunden.

Förhållandet mellan det övergripande syftet och delstudiernas syften är till stora delar en konsekvens av intentionen om att det vårdvetenskapliga patientperspektivet ska utvecklas i samverkan med klinisk praxis. Avhandlingen tar sin utgångspunkt i en studie om hur vårdpersonal upplever det vårdvetenskapliga patientperspektivet och utvecklingen av detsamma i den egna praktiken. Resultatet från den inledande studien öppnar upp för samverkan mellan den kliniska praktiken och akademien som en väg att tydliggöra patientperspektivet i vårdandet.

Efter delstudie I inleddes ett samarbete med en vårdavdelning för patienter över sjuttiofem år. Personalen på vårdavdelningen önskade utveckla patientens möjlighet till delaktighet. Som ett led i denna process inbjöds patienter att närvara vid teammöten. Intentionen i samverkan var att i möjligaste mån arbeta utifrån principerna för aktionsforskning<sup>3</sup>. I syfte att få fördjupad förståelse för de förändringar som genomförs, har delstudie II och III designats utifrån en vetenskapsteoretisk ansats utgående från vårdvetenskaplig teori och reflekterande livsvärldsforskning (RLR). Valet att utgå från RLR motiveras av en önskan om att fördjupa förståelsen för den levda erfarenheten av äldre patienters delaktighet vid teammötet.

Den samverkan som avhandlingen till stora delar bygger på utmanar den ”röda tråden”, då öppenhet och följsamhet gentemot processer i klinisk praxis har inneburit svårigheter att strikt hålla sig till en i förväg uttänkt plan. Att arbeta i nära samarbete med vårdverksamheten har varit mycket givande samtidigt som det har varit en krokig och ofta brant uppförsbacke. En avgörande händelse som fått betydelse för avhandlingens slutliga utförande är att den vårdavdelning på vilken studie II och III genomfördes, strax efter datainsamlingen avvecklades. Detta innebar att ambitionen att implementera resultaten från studierna fick läggas åt sidan och istället fördjupades kunskapen om patientens närvaro vid teammötet genom en filosofisk belysning i studie IV.

I de spår som förankrar delstudiernas resultat tillbaka i det övergripande syftet framgår vikten av att ha ett patientperspektiv som ledstjärna i vårdandet och när vårdandet ska utvecklas. Även om sammanhanget för merparten av studierna här handlar om teammöten på en vårdavdelning för äldre patienter, är intentionen att den kunskap som avhandlingen genererar ska kunna användas även i andra vårdande sammanhang.

Avhandlingens titel: ”Tid för vårdande möten” har flera innebörder och knyter an både till dess empiriska och filosofiska innehåll. Mycket av det som framkommer i studierna belyser förhållandet till tid. Tiden är på samma gång flyktig och långsam. I vissa situationer upplevs tiden begränsa möjligheten att utveckla vårdandet och att ge god vård. Den andra dimensionen av titeln knyter an till den levda tiden. Tiden är ändlig för människan, vilket framförallt betonas i patientstudien och den tid människan har till förfogande måste

---

<sup>3</sup> Aktionsforskning så som det har betydelse i föreliggande avhandling beskrivs i metodkapitlet.



vårdas och göras meningsfull och värdig. Även vårdarnas tid är ändlig och känslan av att inte göra ett bra arbete, att inte kunna leva upp till de föresatser som finns på god vård, tär på vårdarnas välbefinnande. Slutligen är titeln en uppmaning. Det är dags att ta vårdandet och vårdandets mellanmänniska möten på allvar, det är ”Tid för vårdande möten”.

# BAKGRUND

Bakgrunden inleds med en övergripande beskrivning av kunskap i vårdandets teori och praxis. Då avhandlingen har en teoretisk grund i ett vårdvetenskapligt perspektiv följer sedan mer specifika klargöranden såsom den vårdvetenskapliga teorin, patientperspektivet, vårdrelationen och patientens delaktighet. Då en stor del av det kliniska sammanhanget relaterar till teammöten på en vårdavdelning för äldre patienter<sup>4</sup>, beskrivs i den avslutande delen av bakgrunden dels teammötet som en utveckling av rondens och dels tidens betydelse i livet och vårdandet.

## Kunskap i vårdandets teori och praxis

Inom vården har kunskapen tagit enorma steg under de senaste decennierna. Sjukdomar och ohälsa som bara för några år sedan bedömdes vara obotliga, kroniska eller leda till livslång ohälsa, kan idag med framgång botas eller lindras. Människan får genom kunskapen möjlighet till ett både längre och friskare liv. Olika vetenskapliga discipliner har bidragit till kunskapsutvecklingen och på olika sätt möjliggjort en bättre, säkrare och tryggare vård. Parallellt med den vetenskapliga kunskapsutvecklingen finns vedertagen, beprövad, inte alltid synliggjord kunskap i en verksamhet. Inte sällan finns denna kunskap hos enskilda medarbetare som en förkroppsligad levd kunskap<sup>5</sup>. Det gemensamma övergripande incitamentet, oavsett vilken vetenskaplig disciplin kunskapen utgår från eller skapas inom, torde vara en säker, bra och trygg vård till patienten. Det som vårdvetenskapen specifikt kan

---

<sup>4</sup> I avhandlingen kommer begreppet ”patient” huvudsakligen att användas för människan i behov av vård. Ställningstagandet att använda begreppet patient vilar bl.a. på att det inom den vårdvetenskapliga traditionen är vedertaget (för argument för respektive mot patientbegreppet, samt motivering av patientbegreppet se Dahlberg och Segesten (2010)).

<sup>5</sup> Förkroppsligad levd kunskap kan i avhandlingen förstås som en kunskap som är införlivad i kroppen på ett sådant sätt att det som ska utföras inte nödvändigtvis behöver föregås av en medveten tankeprocess. De klassiska exemplen på förkroppsligad levd kunskap är exempelvis att cykla eller köra bil. Den förkroppsligade levda kunskapen har stor betydelse i vårdandet. För fördjupad förståelse och teoretisk fördjupning av begreppet se exempelvis Ekebergh (2009) och Svenaeus (2009).

bidra till är, enligt Eriksson (2002), att vidareutveckla ett vårdande som vilar på humanistiska värden.

Vårdpersonalens möjlighet att ta del av och reflektera över kunskap är viktiga faktorer för att kvalitén i vårdandet ska upprätthållas och utvecklas. Forskning visar dock att det kan vara utmanande att i praktiken tillägna, tillämpa och utveckla kunskap. Några av de utmaningar som beskrivs är relaterade till hur vården är organiserad. Personalen upplever ofta att tidsbrist begränsar möjligheten att tillägna sig och omsätta ny kunskap (Andersson, Cederfjäll, Jylli, Nilsson Kajermo & Klang, 2007; Kajermo, Undén, Gardulf, Eriksson, Orton & Arnetz, 2008). Den verksamhet som sjuksköterskan arbetar inom har i studier visat sig vara betydelsefull. Exempelvis har beskrivits hur sjuksköterskor som arbetar i kommunal äldrevård kan uppleva mer begränsade möjligheter att ta del av och använda sig av nya forskningsresultat jämfört med sjuksköterskor som arbetar på sjukhus. Detta trots att sjuksköterskorna i den kommunala äldrevården har en positiv syn på forskning (Boström, Nilsson Kajermo, Nordström, & Wallin, 2008). Sjuksköterskorna uttrycker en önskan om att arbeta utifrån en helhetssyn på, och närhet till patienterna. Intentionen undergrävs dock av att det i den praktiska verksamheten är svårt att leva upp till målen för god vård (Ranheim, 2011).

Flera faktorer i en organisation, såsom ledarskap och utbildning, är av betydelse för hur kunskap utvecklas och prioriteras. Ledarskapet är viktigt som en inspirationskälla i sökandet efter kunskap och tillägnandet av forskning (Boström et al., 2008; Bäck- Pettersson, Jensen, Kylén, Sernert, & Hermansson, 2012). Brist på tid avsatt för att utveckla vårdandet tillsammans med osäkerhet avseende hur kunskap implementeras leder dock till att chefer inte alltid har förmåga eller möjlighet att ge personalen stöd (Bondas, 2009; Kajermo et al., 2008). Förmågan att arbeta med verksamhetsutveckling har visat sig utvecklas genom utbildning. Sjuksköterskor med specialistutbildning har exempelvis bättre förutsättningar att bidra till kunskapsutveckling i verksamheten än sjuksköterskor med enbart grundutbildning (Gerrish, Ashworth, Lacey, & Bailey, 2008; Gerrish, McManus, & Ashworth, 2003). Det finns också goda exempel på hur studenter under verksamhetsförlagda studier (VFU) kan bidra med kunskaper i en klinisk verksamhet (Stone & Rowles, 2007; Tishelman et al., 2008). Utbildning tillvaratas dock inte alltid. Nyutbildade sjuksköterskor saknar i stor utsträckning makt och mandat att använda det kritiska, reflekterande förhållningssätt de har utvecklat under utbildningen (Fink, Thompson, & Bonnes, 2005; Gerrish, et al., 2008).

Hittills har fokus varit på den teoretiska kunskapens möte med praxis, men som antydde inledningsvis finns i en verksamhet också en förkroppsligad levd kunskap. Genom att enbart förlita sig på vetenskaplig kunskap kan sjuksköterskan inte uppnå det som Benner, Tanner och Chesla (1999) benämner expertnivå. Förmågan att se det unika i varje enskilt möte och att inta en undrande hållning snarare än ett absolut vetande, bidrar till det ”excellenta” vårdandet (Barbosa da Silva, Berggren & Nunstedt, 2009). Det är

hos vårdaren som den vetenskapliga kunskapen, det etiska och det estetiska sammanfogas till god och säker vård (Martinsen & Eriksson, 2009). För att kunna erbjuda den bästa vården bör följaktligen sjuksköterskan ha förmåga att ta del av och reflektera över teoretisk kunskap såväl som över hur kunskapen kommer patienten till del i den konkreta vårdande situationen. Det handlar inte alltid om ett behov av ”ny” kunskap eller om att förändra en verksamhet. Ibland kan det vara nog så svårt att upprätthålla goda rutiner och att vidmakthålla det som är bra. Oavsett om det handlar om ny kunskap som ska introduceras eller kunskap som ska vidmakthållas är reflektionen över kunskapens värde för patientens vård av betydelse.

## Vårdvetenskap

Föreliggande avhandling har sin bas såväl som sin ram i en vårdvetenskaplig tradition som tar sin utgångspunkt i Eriksson (1987, 1990, 2002, 2007) och i Dahlberg och Segesten (2010)<sup>6</sup>. Hos såväl Eriksson som Dahlberg och Segesten betonas helhetsperspektivet på patienten. Eriksson beskriver människan som en enhet av kropp, själ och ande, medan Dahlberg och Segesten betonar att existens och biologi är sammanvävda och att hälsa finns sida vid sida med ohälsa. För att ett vårdande ska kunna sägas vila på vårdvetenskaplig grund behövs såväl teoretiska som praktiska kunskaper. Vårdandet måste också reflekteras, då allt vårdande handlar om att möta människor i unika situationer.

### Vårdvetenskapliga utgångspunkter

Eriksson (1987, 2002, 2007) menar att det är den caritativa, det vill säga, oegennyttiga, altruistiska kärleken omsatt i handling som ska ses som vårdandets grundmotiv. Arman och Rehnsfeldt (2006) beskriver utifrån Eriksson att all vård (naturlig och professionell) är förenad med kärlek. Att som vårdare ge kärleksfull vård innebär något mer än att bara utföra rätt åtgärder. Författarna menar dock att vi i dag väljer andra begrepp än kärlek för det kärleksfulla vårdandet, exempelvis används begrepp som empati eller omtanke. Enligt Eriksson (1990) finns det olika sätt att uttrycka den caritativa eller kärleksfulla vården, men utgångspunkten är alltid att vilja den andra människan väl. Genom att utföra kärleksfull vård utvecklas även vårdarna.

I Dahlberg och Segestens (2010) teori framhålls livsvärldens<sup>7</sup> betydelse i vårdandet. En grundläggande förståelse för livsvärlden är att den kan ”förstås

---

<sup>6</sup> Erikssons teoretiska utgångspunkt är bl.a. förankrat i caritas motivet, medan Dahlberg och Segesten utgår från en livsvärldsteoretisk grund. Valet att i avhandlingen utgå från båda teorierna motiveras av att de kompletterar och berikar varandra. Målet med båda teorierna är också ett vårdande där patienten är i fokus och där helheten betonas.

<sup>7</sup> Livsvärldsteorin presenteras mer ingående i avsnitten om det vårdvetenskapliga patientperspektivet och i avhandlingens teoretiska utgångspunkter.

som världen så som den erfars” (ibid. s. 128). Ett vårdande som främjar hälsa är följsamt mot patientens livsvärld och tar i beaktande patientens sammanhang och livsprojekt. Hälsa kan beskrivas som ett tillstånd av jämvikt, där både den egna kroppen och förhållandet till omgivningen är i balans. Hälsan är mångdimensionell och upplevelsen av hälsa varierar över tid och mellan människor. Av betydelse för avhandlingen är bland annat hälsa som livskraft, där innebörden av begreppet livskraft kan beskrivas som livsgnista och vitalitet (Dahlberg & Segesten, 2010). Livskraften är nödvändig för att människan ska kunna genomföra projekt, göra medvetna val och på så sätt vara ärlig mot sig själv<sup>8</sup>.

I Erikssons (2007) teori förekommer begreppet ethos, där den ursprungliga betydelsen av det grekiska ordet ethos var ”människans viloplats”. I ethos-begreppet finns en öppenhet för det okända och oförutsägbara. Att vara bärare av ett ethos innebär att kunna möta det som ingen kan kontrollera och öppna upp för verkligheten så som den visar sig. I vårdandet kan exempelvis vårdarens ethos komma till uttryck genom valet av att uppmärksamma och försöka förstå patientens behov, även om uppstannandet hos patienten tar vårdarens tid i anspråk. Med liknande innebörd, men uttryckt med stöd i Dahlberg och Segesten (2010) kan samma situation beskrivas som att vårdaren gör ett medvetet val att stanna upp vid och ta del av patientens livsprojekt. Eriksson framhåller vikten av vördnad och ödmjukhet inför patientens situation, medan Dahlberg och Segesten utgående från ett livsvärldsteoretiskt perspektiv beskriver vikten av öppenhet och följsamhet i situationen. Vårdarnas förmåga att träda ur den naturliga inställningen och rikta uppmärksamheten mot patienten<sup>9</sup> framhålls som viktigt.

En stor utmaning ligger i att utveckla en autonom vårdvetenskap. Den vårdvetenskapliga kunskapssubstansen behöver utvecklas utgående från kärnan i vårdandet, snarare än att i första hand vara bunden till en specifik profession (Eriksson, 2002). Vårdvetenskapen har också beskrivits som professionsneutral (Dahlberg & Segesten, 2010) och i ett vårdvetenskapligt förankrat vårdande kan såväl lärande som ledarskap influeras och berikas av det vårdvetenskapliga perspektivet. Ekebergh (2009) menar exempelvis att genom att utgå från det vårdvetenskapliga perspektivet i lärande situationer skapas en harmoni mellan det som ska läras och hur detta lärs, vilket leder till att trovärdigheten ökar och att tillägnet av det vårdvetenskapliga ämnet underlättas. Vidare beskriver Bondas (2003, 2006) hur ett vårdvetenskapligt ledarskap bidrar till förutsättningar för god vård.

---

<sup>8</sup> Dahlberg och Segesten skriver om ”egentlighet och autencitet”, två begrepp som härstammar från Heideggers (2013/1927) tankar om hur människanoreflekterat följer strömmen eller väljer att göra aktiva val.

<sup>9</sup> I denna del av Dahlberg och Segestens (2010) teori refereras till Husserl och begrepp som intentionalitet och naturlig hållning. Intentionaliteten och den naturliga inställningen beskrivs närmare under teoretiska utgångspunkter.

Hittills har vårdvetenskap till största delen beskrivits som ett medvetet, reflekterat förhållningssätt hos vårdaren. Men vårdvetenskaplig kunskap handlar också om människan i behov av vård; patienten. I det kommande avsnittet utvecklas det vårdvetenskapliga patientperspektivet.

### Vårdvetenskapligt patientperspektiv

Begreppet patient innebär inom vårdvetenskapen den människa som vårdas. Själva ordet patient kommer från latin och betyder ”den som lider” och ”den som uthärdar” (Kasén, 2012, s.101). Ett vårdvetenskapligt patientperspektiv innebär att det är patienten som är i fokus för vårdandet, att patienten har unika kunskaper och erfarenheter och med utgångspunkt i detta ska betraktas som expert på sin egen situation. Ett vårdvetenskapligt patientperspektiv ställer krav på vårdarna att erbjuda god vård (Dahlberg & Segesten, 2010). Innebörden av att vara patient kan sträcka sig från att vara i behov av ett råd för att genomföra egenvård till att vara i behov av livsuppehållande vård. Då sammanhanget i denna avhandling är patienter i behov av sjukhusvård, innebär det att patientbegreppet i avhandlingen är relaterat till människor som av en eller annan anledning är i behov av relativt omfattande vårdinsatser. Detta kan antas utifrån att antalet vårdplatser på svenska sjukhus under ett antal år successivt har minskat (SKL, 2013), vilket torde innebära att det finns ett reellt vårdbehov hos de personer som idag vårdas inneliggande på sjukhus<sup>10</sup>.

Att vara i behov av vård, oavsett vårdform, innebär att i varierande utsträckning överlämna sig till andra människors omsorg. I överlämnandet finns en sårbarhet och risk för att bli exponerad (Nordgren, Asp, & Fagerberg, 2007; Thomé, Esbensen, Dykes, & Hallberg, 2004). Patientrollen förändrar identiteten (Bridges, Flatley, & Meyer, 2010) och patienten riskerar att bli ett objekt som kan kategoriseras, behandlas och informeras utgående från standardiserade riktlinjer (Nordgren et al., 2007). Men att överlämna sig kan också innebära att släppa kontrollen och vila, vården kan då bli en möjlighet till återhämtning (Ekdahl, Andersson, & Friedrichsen, 2010; Nordgren et al., 2007; Rudolfsson, von Post, & Eriksson, 2007).

När patientens sårbarhet ökar, förstärks behovet av att uppmärksammas som unik människa (Harrefors, Sävenstedt, & Axelsson, 2009). Samtidigt kan sjukhusmiljön och behovet av vila göra att sjuksköterskan förbiser den unika människan. Nedbäddad mellan lakan eller klädda i sjukhuskläder riskerar alla patienter att bli lika (Hall & Høy, 2012).

Sammantaget innebär patientrollen utifrån ovanstående beskrivning en rad utmaningar där människans sårbarhet och behov av att bli sedd som en unik individ måste beaktas. Livsvärldsteorin bidrar med fördjupad förståelse för vikten av mening och sammanhang i tillvaron och förtydligar tiden och

---

<sup>10</sup> Detta konstaterande utesluter eller motsäger inte det faktum att vårdandet i stor utsträckning bedrivs i hemmet och att avancerad sjukvård även bedrivs utanför sjukhus.

rummets betydelse för människans upplevelse av sin situation. I ett vårdande sammanhang kan detta innebära att patientens hela situation i form av livet som varit och livet som är har betydelse för hur patienten upplever situationen. Livsvärldsteorin innefattar också den levda kroppen där kroppen är utgångspunkt för alla människans upplevelser och där förändringar i kroppen också leder till förändringar i hur tillvaron erfars (Dahlberg & Segesten, 2010). I tillvaron finns sårbarhet och frihet hela tiden närvarande och i varierande utsträckning finns det även möjlighet att genomföra små och stora livsprojekt. I ett vårdande utgående från ett livsvärldsperspektiv behöver alla dessa dimensioner beaktas för att patienten ska uppleva sig bekräftad (Dahlberg, Todres & Galvin, 2008). Livsvärlden är en utgångspunkt i ett vårdvetenskapligt förankrat vårdande och patientens levda erfarenhet, tillsammans med vårdarens expertkunskap ger förutsättningar för ett fruktbart samspel (Dahlberg & Segesten, 2010). I den följande delen om vårdvetenskapliga ställningstaganden i avhandlingen utvecklas vårdrelationen.

## Vårdrelationen

Litteraturgenomgången avseende det vårdvetenskapliga patientperspektivet indikerar att relationen mellan vårdare och patient är betydelsefull. Patient och vårdare delar i vårdrelationen en samhörighet på ett existentiellt plan. Att kunna göra skillnad för en medmänniska upplevs av vårdarna som meningsfullt och är en drivkraft i vårdrelationen (Chow, 2013).

Ett möte kan beskrivas som vårdande när det stödjer patientens hälsoprocesser (Dahlberg & Segesten, 2010; Chow, 2013). I den vårdande relationen är det vårdarnas sätt att vara, snarare än deras praktiska agerande som beskrivs som viktigt (Gustafsson, Snellman & Gustafsson, 2012; Holopainen, Kasén & Nyström, 2012). Enligt Dahlberg och Segesten (2010) är det vårdarens ansvar att med öppenhet svara an på patientens situation. Även om inte relationen kan vara fullständigt jämlik, visar tidigare forskning på behovet av att relationen bygger på ömsesidig respekt (Gustafsson et al., 2012; Holopainen et al., 2012). Kasén (2012) menar att i en vårdande relation respekterar vårdarna patientens värdighet och ger patienten rum att vara i sitt lidande. I studier av Snellman, Gustafsson och Gustafsson (2012) och Holopainen et al. (2012) framkommer vikten av att vårdarna är modiga och har styrka att stå vid patientens sida.

Den vårdande relationen varken kan eller bör bli fullständigt jämlik. Det ligger i den vårdade relationens natur att vårdaren har ett större ansvar än patienten för relationen. Detta ansvar måste reflekteras och problematiseras på så sätt att ansvaret inte missbrukas utan istället stärker relationen (Eriksson, 1987). I det professionella uppdrag som vårdaren har finns ett övertag gentemot patienten. Vårdaren har förutom den generella kunskapen om (o)hälsa, även insikter i hur organisationer och rutiner fungerar. Möjligheten för patienten att ta del av sjukvårdens resurser är till stor del beroende av att vårdaren guidar patienten genom vårdkedjan och patienten kan behöva stöd

för att ta plats (Dahlberg & Segesten, 2010; Eriksson, 1987). I nästa avsnitt om patientens delaktighet problematiseras detta ytterligare.

## Delaktighet med patienten i fokus

Ett sätt att utveckla patientperspektivet är att fokusera på patientens delaktighet. Vård och behandling ska enligt andra paragrafen i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. I en begreppsanalys av delaktighet beskrivs vikten av en väl etablerad relation mellan vårdare och patient, en relation som vilar på tillit, respekt och trygghet. Vårdarnas förmåga att ge avkall på makt och kontroll visar sig vara viktigt för att främja delaktighet (Sahlsten, Larsson, Sjöström, & Plos, 2008). Ur ett patientperspektiv framhålls att upplevelser av delaktighet bidrar till att patienten känner sig mindre sårbar och får lättare att upprätthålla en känsla av kontroll i situationen (Eldh, Ehnfors, & Ekman, 2006; Frank, Asp, & Dahlberg, 2009).

I flertalet dokument framhålls vikten av att *informera* patienten. Vikten av information syftar till att ge tillräcklig kunskap för att patienten ska kunna medverka i beslut som rör den egna vården (Socialstyrelsen, 2012). Kunskap och information är viktigt, men risken är att personalen genom att informera lägger ett alltför stort ansvar på och överger patienten. Delaktighet kan skapas ur ett tillitsfullt möte, men samtidigt måste också patienten beredas möjlighet att överlämna sig och till viss del tacka nej till delaktighet. Detta innebär att vårdarens erbjudande om delaktighet behöver utformas på ett sådant sätt att det är en öppen inbjudan som patienten känner sig välkommen att anta då han/hon är redo. Sahlsten et al. (2008) menar att passivitet kan vara en följd av rädsla eller att patienten inte har tillräckliga kunskaper, men det kan också vara så att patienten inte orkar vara delaktig. Det krävs kraft och mod av patienten att våga ställa krav och ta ställning till val relaterade till den egna hälsan. Toombs (1992) menar att i en situation där patienten upplever att vårdaren inte handlar i patientens bästa intresse, kan det vara svårt för patienten att utifrån den egna kunskapen ta ställning mot personalens rekommendationer. Att göra det vore att utmana den eller de som har makten att behandla och kanske bota sjukdomen. I detta perspektiv är det viktigt att personalen utvecklar en lyhördhet och ödmjukhet inför den makt den besitter gentemot patienten.

I vilken utsträckning patienter generellt upplever sig delaktiga varierar. I en studie av Osborn och Squires (2012) framkommer exempelvis att svenska patienter i mötet med specialitläkare upplever en låg grad av delaktighet jämfört med motsvarande patientgrupp i andra länder. Enligt Myndigheten för vårdanalys (2012) har detta till viss del sin grund i den ojämlika relation, framförallt mellan läkare och patient, som fortfarande lever kvar i den svenska hälso- och sjukvården.



Föreliggande avhandling fokuserar den äldre patientens delaktighet. Att leva i en specifik generation påverkar föreställningen om delaktighet. Är bilden av idealpatienten synonym med passivitet och underkastelse kan det innebära att delaktighet inte med självklarhet efterfrågas (Foss, 2011). Inte desto mindre beskrivs i en litteraturgenomgång vikten av att den äldre människan får vara delaktig i vårdandet utifrån egna önskemål och behov (Lyttle & Ryan, 2010). Även om patienterna är äldre och sköra har de ett behov av att vara delaktiga i vården (Tutton, 2005) och den vårdande relationen beskrivs som viktig för den äldre patientens upplevelse (Andersson, Burman & Skär, 2011; Tutton, 2005). Sammanfattningsvis har således den äldre patienten i stora delar samma önskan och behov av delaktighet som patienter i allmänhet. Samtidigt behöver dock den tid och tidsanda som personen har levt i reflekteras och tas i beaktande.

Delaktighet är således inget entydigt begrepp, inte heller är det någonting som med självklarhet uppstår i mötet mellan vårdare och patient. Som kommer att framgå längre fram i avhandlingen, då resultaten från studie II och III presenteras, framträder delaktighetsbegreppets tvetydighet även i dessa studier. Med utgångspunkt i denna tvetydighet är fenomenet för studie IV; patientens *närvaro* vid teammötet. Språkligt är betydelsen av delaktig ”som har del i eller av något” medan närvara har betydelsen ”som finns på plats” och närvaro ”då någon är närvarande” (SAOL, 2014). Delaktighet och närvaro ses i föreliggande avhandling inte som med varandra konkurrerande begrepp. Inte heller är det ena mer önskvärt än det andra. Nyansskillnaden så som den förstås i sammanhanget är att delaktighet förutsätter någon form av aktivt interagerande i situationen, medan närvaron kan vara alltifrån att passivt vara placerad i situationen till att aktivt ta del i den.

## Patientperspektivet vid teammöte och rond

Det sammanhang i vilken avhandlingen har genomförts är sjukhusvård. Under sjukhusvistelsen genomförs såväl formella som informella möten och samtal mellan vårdare och patient. Bland de mer formella samtalen är de som förs under teammöten och ronder. Enligt Bergqvist (2014) är rondan en arbetsform som av tradition används på vårdavdelningar på sjukhusen. Ordet rond kommer från franskans *ronde* (rundvandring) och av latinets *rotundus*, (av *ro'ta* 'hjul'). Den traditionella rondan består i att företrädesvis läkare och sjuksköterskor söker upp patienter på en avdelning. En annan form av rond är då olika personalkategorier samlas till en så kallad sittrond.

I ett försök att utreda patientperspektivets utmaningar följer nedan en kortfattad historisk beskrivning av rondan, följt av en nulägesbeskrivning. Foucault (1975/2003) beskriver hur vårdinrättningar under 1700-talet går från att ha varit religiösa inrättningar till att bli ett område för läkarvetenskapen. Rondan växer under denna period fram som ett sätt att kontinuerligt

*examinera* patienterna. Enligt Johannisson (2004) blir sjukhusvård allt vanligare under 1800- talet. Samtidigt händer något i relationen mellan läkaren och patienten. Nya metoder för diagnostisering gör att läkaren inte i samma utsträckning behöver förlita sig enbart på patientens berättelse och den egna kliniska blicken. Istället går det nu att mäta, analysera och penetrera patientens kropp för att finna objektiva tecken på sjukdom. På sjukhusen bedrivs mycket av den medicinska utbildningen där rondan får en viktig funktion i undervisningen. ”Ronden, den kollektiva vandringen mellan sjuksängarna, iscensatte nya riter, hierarkier och maktstrukturer, nya sätt att tala till och över patienterna, demonstrationer direkt på svettiga kroppar och sträva lakan” (Johannisson, 2004, s. 50).

Den medicinska vetenskapens förbättrade kunskaper leder till ökat inflytande och makt för läkarna. Såväl andra kategorier av vårdare som patienten hamnar under läkaren i hierarkin (Foucault, 1975/2003; Johannisson, 2004). Den tydliga rollfördelningen och maktstrukturen som präglade 1800-talets rond, lever till viss del kvar in i vår tid. Exempelvis beskriver Glasdam (2002) hur läkarna alltjämt har en dominerande roll under rondan. Sjuksköterskan ska finnas till hands, bistå läkaren och utföra de ordinerade uppgifterna efter rondan. Patienten tilldelas ordet men förväntas samtidigt hålla sig inom den av läkaren definierade ramen.

Sammantaget tyder mycket på att patienten, både i ett historiskt och i ett nutidsperspektiv, har och har haft en utsatt och i många fall underordnad position vid rondan. Detta bekräftas i flera studier där patienten ofta upplever rondan som fragmentarisk, ytlig och med begränsad möjlighet till interaktion (Persson & Määttä, 2012; Sweet & Wilson, 2011). De områden som oftast berörs under rondan är relaterade till medicinska frågeställningar (Weber, Stöckli, Nübling & Langewitz, 2007) och patienterna kan uppleva kommunikationen under rondan som utmanande då vårdarna använder sig av medicinska termer (Molony, Horgan & Graham, 2013). Kommunikationen mellan vårdare och patient försvåras då rondan sker inne på flerbäddsrum, vilket begränsar patientens möjlighet att samtala enskilt med vårdarna (Molony et al., 2013).

Kommunikation och interaktion i olika former är således av betydelse under en rond. Exempelvis är kommunikation mellan läkare och patient (Molony et al., 2013; Weber et al., 2007) och mellan olika professionsgrupper betydelsefullt (Manias & Street, 2001; Weber et al., 2007). Kommunikationen under rondan följer ofta ett specifikt mönster (Manias & Street, 2001) och skulle kunna definieras som en form av institutionellt samtal. Enligt Svenaeus (1999) har det institutionella samtalet ofta visat sig syfta till att planera framåt, vilket innebär att mötesituationen här och nu inte är det viktiga. Det viktiga blir istället att uppnå ett resultat av mötet. Agledahl, Førde och Wifstad (2010) beskriver hur läkare i kliniska möten med patienter (rondan anges som ett exempel) försöker att bryta ner patientens berättelse till biologiska och mätbara symtom, en strategi som kan leda till att patienten inte ges utrymme

att berätta sin berättelse och att existentiella frågeställningar förbises eller inte uppmärksammas.

Beroende av de traditioner som rondens vilar på har utveckling och förändring av rondens beskrivits som en utmaning (Fiddler, Borglin, Galloway, Jackson, McGowan, & Lovell, 2010). Rondens har historiskt hög status i sjukhusvården och mod, visioner och ledarskap är av betydelse för att reformera rondens (Bradfield, 2010). Flera områden i behov av förbättringar har identifierats såsom exempelvis: behovet av att utveckla patientperspektivet (Manias & Street, 2001; Molony et al., 2013; Sweet & Wilson, 2011; Weber et al., 2007), utvärdera alternativ till ”säng till säng” rondens (Fiddler et al. 2010; O’Hare, 2008) och utveckling av mer interprofessionellt teamarbete<sup>11</sup> (Bradfield, 2010; Fiddler et al., 2010; Manias & Street, 2001; Weber et al., 2007).

Ett sätt att vidareutveckla rondens har varit genom teammöten. Teammöten har beskrivits utifrån olika kontext såsom palliativ vård (Parker Oliver, Porock, Demiris & Courtney, 2005; Wittenberg- Lyles, Parker Oliver, Demiris & Courtney, 2007), vård av äldre (Blesedell Crepeau, 2000; Gair & Hartery, 2001; Jones & Jones, 2011) och inom psykiatrisk vård (Fiddler et al., 2010; Vuokila- Oikkonen, Janhonen & Nikkonen, 2002). Syftet med och frekvensen av teammöten varierar beroende på sammanhang och personer som är involverade i mötet. Engagemang från olika professioner och intentionen att arbeta som ett team verkar dock vara gemensamt för alla sammanhang i vilka teammöten förekommer (Fiddler et al., 2010; Jones & Jones, 2011) men huruvida patienter och närstående räknas som teammedlemmar varierar. I studier beskrivs patientens medverkan vid teammötet som en viktig utmaning (Opie, 1998; Parker Oliver et al., 2005; Vuokila- Oikkonen et al., 2002).

Att utveckla och förändra rondens till att mer tydligt fokusera på patienten som en aktiv deltagare och jämbördig teammedlem tycks utifrån bakgrundens litteraturgenomgång vara en angelägen uppgift. Att som i föreliggande forskning försöka utveckla rondens på en vårdavdelning för äldre patienter bidrar till att öka komplexiteten.

## Livet och tiden

Då det kliniska sammanhanget för delstudie II-IV är en vårdavdelning för äldre patienter, uppstår i denna avhandling frågor i relation till åldrandet. Olika definitioner av vem som är att betrakta som äldre finns och en ofta förekommande kronologisk åldersgräns är personer över sextiofem år. Hur människan åldras och när hon är att betrakta som äldre beror, förutom på

---

<sup>11</sup> “Teamtanken” innebär att teammedlemmar med olika professionell bakgrund och olika kompetens används i ett gemensamt arbete för patientens bästa. Teamarbetet betraktas både som bättre än olika individuella insatser som avlöser varandra sekventiellt eller som ett lagarbete där var och en gör sin del oberoende av varandra.” (Carlström, Kvarnström & Sandberg, 2013, s. 66).

biologiska faktorer, till stor del på var i världen och under vilka omständigheter personen ifråga lever (WHO, 2013). För individen är hälsa och upplevelse av mening i tillvaron troligtvis inte enbart sammanlänkad med den kronologiska åldern. Det som istället har betydelse är hur ohälsa och sårbarhet påverkar livet i alla dess dimensioner.

Hög ålder är inte heller enbart en fråga om antal år; ålder handlar också om att leva sitt liv i en specifik generation (Foss, 2011). Informanterna i delstudie II var mellan sjuttiofyra och nittiofyra år vid intervjutillfället. De tjugo år som skiljer den äldsta från den yngsta innebär att det är en generations skillnad mellan intervjupersonerna. Att vara född 1917 eller 1937 innebär troligtvis stor skillnad i hur personen i fråga har levt och format sitt liv. Begreppet ”äldre” blir i detta perspektiv diffust och generaliserande.

Det informanterna i delstudie II dock hade gemensamt var ohälsa och sårbarhet i tillvaron. Den kronologiska åldern har i någon grad en påverkan på den tid som står till människans förfogande och med ökande ålder tilltar risken för att drabbas av ohälsa och sjukdom<sup>12</sup>. Enligt myndigheten för vårdanalys (2014) har personer över sextiofem år i högre utsträckning en eller flera kroniska sjukdomar och har också behov av hälso- och sjukvård i högre utsträckning än yngre personer. I genomsnitt har gruppen personer över sextiofem år med kronisk sjukdom tre vårddyg per år, att jämföra med samma åldersgrupp utan kronisk sjukdom som i genomsnitt har 0,1 vårddyg per år.

Tiden beskrivs ofta utifrån dimensionerna levd tid och klocktid. Den levda tiden relaterar till människans upplevelse av tid och klocktiden till den kronologiska objektivt mätbara tiden (Nurminen, 2012). Mötet mellan patient och vårdare påverkas av tiden och dess begränsningar. Dalgaard och Delmar (2008) beskriver hur förhållningssättet till tid påverkar sjuksköterskornas möte med den palliativa patienten. För att mötet mellan sjuksköterskan och patienten ska kunna utgå från den enskilda patientens behov krävs att sjuksköterskan kan se förbi klocktiden och möta patientens levda tid.

Ur ett filosofiskt perspektiv beskriver Heidegger (2013/1927 s. 158/135 f.f.) hur människan är ”kastad” in i världen. Vi väljer inte tid och plats för vår födelse och vi väljer inte heller att bli sjuka eller åldras. Samtidigt menar Heidegger att just det faktum att vi är kastade in i tillvaron också innebär att framtiden alltid innehåller möjligheter. Möjligheterna påverkas och begränsas dock av människans sårbarhet.

Tiden har en dimension av rörelse. Vår tillvaro här och nu påverkas av det som varit och det som ligger framför oss. Merleau-Ponty (2011/1945, s. 140/174) beskriver tiden som en rörelse, där kroppen inte *är i* tiden, utan där

---

<sup>12</sup> En definition som till viss del fångar in äldres sårbarhet är: “Frailty is a practical, unifying notion in the care of elderly patients that directs attention away from organ specific diagnosis towards a more holistic viewpoint of the patient and their predicament. It is a state of vulnerability to poor resolution of homeostasis after a stressor event and is strongly associated with adverse outcomes” (Clegg, Young, Illiffe, Olde Rikkert & Rockwood, 2013, s.759).

kroppen *bebor* tiden. Vårt här och nu är format av det som varit och sträcker ut sig mot framtiden ”to be in the present is to have always been and to be forever” (ibid. s. 446/485). Som framkommit tidigare i bakgrunden innebär behovet av sjukhusvård en rad utmaningar, som ur ett tidsligt perspektiv kan påverkas av både den tid personen lever i och av enskilda händelser i det egna livet. Merleau-Ponty (2011/1945) beskriver hur tiden inte är en serie av ”nu”, placerade på en linje. Istället påverkas varje ögonblick av ögonblicket innan. Denna tidsliga rörelse berör och angår människor på ett existentiellt plan och bidrar till såväl kunskap och erfarenheter som till att påverka de val som görs genom livet.

## PROBLEMFÖRMULERING

I det vårdvetenskapliga patientperspektivet får både biologi och existens utrymme i vårdandet. Erfarenheter från klinisk praxis visar dock att det kan vara svårt att vidmakthålla och utveckla ett patientperspektiv då detta ofta utmanas av en vårdorganisation i ständig brist på tid och resurser. Då sammanhanget för denna avhandling är sjukhusvård, är det i relation till omfattande vårdinsatser som utveckling av patientperspektivet reflekteras. Möjligheten att som patient bli en aktiv medaktör påverkas av sårbarheten i att drabbas av ohälsa utan att fullt ut ha kunskap om eller erbjudas tillträde till sammanhanget. Komplexiteten ökar genom att tre av avhandlingens studier relaterar till vård av personer över sjuttiofem år. Med stigande ålder riskerar livet att bli skörare och sårbarheten att tillta.

En viktig aspekt av ett vårdvetenskapligt patientperspektiv är delaktighet. Patientens delaktighet i sin vård har de senaste åren uppmärksammats. Delaktighetsbegreppet är dock komplext, inte minst i förhållande till den äldre patienten. För att delaktighetsbegreppet ska få betydelse och bli mer användbart behöver det studeras, reflekteras och diskuteras utifrån olika dimensioner, som inkluderar både vårdare och patienter.

En inte alltid synlig del av en vårdepisod på sjukhus, är olika former av mer eller mindre formella samtal. Under de mer formella samtalen, såsom vid exempelvis teammöten och ronder, ställs inbördes maktförhållanden på sin spets. Traditionella hierarkiska strukturer lämnar inte med självklarhet utrymme till patienten, som ofta befinner sig längst ner i hierarkin. Det är ofta i dessa sammanhang som avgörande beslut om vårdandet fattas. Inbjuds inte patienten till delaktighet fastställs besluten utan att patienten får möjlighet att göra sin röst hörd. Patientens delaktighet påverkas också av vårdarnas inbördes hierarkier, där alla professionsgrupper inte med självklarhet tar eller får det utrymme som behövs för att deras kompetens ska komma patienten tillgodo.

Det finns således en rad faktorer som utmanar patientperspektivet. En strikt hierarkisk struktur, konkurrens om resurser och utrymme samt patientens sårbarhet påverkar i varierande utsträckning möjligheten för patienten att vara

delaktig i sin vård. För att skapa kunskap om hur patientens roll stärks i mötet med vården riktar denna avhandling intresset mot vikten av ett vårdvetenskapligt patientperspektiv och hur detta kan vidmakthållas och utvecklas i sammanhanget sjukhusvård.

## SYFTE OCH DELSYFTEN

Det övergripande syftet är att belysa hur ett vårdvetenskapligt patientperspektiv kan vidmakthållas och utvecklas inom sjukhusvård.

Avhandlingens delsyften är:

- I. att studera hur sjuksköterskor, huvudhandledare och vårdenhetschefer på utbildningsvårdsavdelningar erfar integrering av vårdvetenskaplig teori i praxis, samt på vilket sätt sjuksköterskestudenterna kan bidra i denna process.
- II. att beskriva vårdandet, med specifikt fokus på teammötet, så som det upplevs av den äldre patienten som vårdas på en vårdavdelning för äldre.
- III. att beskriva den äldre patientens delaktighet vid teammötet utgående från sjuksköterskors perspektiv.
- IV. att fördjupa förståelsen för fenomenet den äldre patientens närvaro vid teammötet.



# TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER

Det vetenskapsfilosofiska perspektiv som genomsyrar avhandlingen, tar sin början i Husserl (1970/1936, 1977/1929) och vidareutvecklas av Heidegger (2013/1927), Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945) och Gadamer (2004/1960). Då denna fenomenologiska och hermeneutiska tradition kan förstås på flera sätt följer nedan en beskrivning av centrala begrepp inom traditionen och av betydelse för föreliggande avhandling.

## Fenomenologi

För att beskriva hur den äldre patienten erfar vårdandet med specifikt fokus på teammötet (delstudie II) och hur sjuksköterskan upplever den äldre patientens delaktighet vid teammötet (delstudie III) förutsätts levda beskrivningar. En fenomenologisk ansats erbjuder möjlighet till en djupare förståelse för människors levda erfarenheter och har därför kommit att få betydelse i delstudie II-IV.

Fenomenologin utgår från människors erfارande av fenomen. Husserls ofta citerade fras om nödvändigheten av att ”gå tillbaka till sakerna själva”<sup>13</sup>, är en utgångspunkt i den fenomenologiska traditionen. Det som i Husserls fras benämns som ”saker”, kan förstås som ”de objekt som är föremål för undersökningen” och där objektet kan vara såväl matematiska objekt som känslor eller kulturyttringar. Det är dessa ”saker” som inom den fenomenologiska traditionen benämns som fenomen (Bengtsson, 2001, s. 26). Av betydelse inom den fenomenologiska traditionen är hur fenomenet (objektet eller händelsen) presenterar sig för och erfars av någon (Dahlberg, Dahlberg & Nyström, 2008).

Fenomenologin så som den förstås i föreliggande avhandling utgår från Husserl (1970/1936, 1977/1929) och vidareutvecklades av Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945). Merleau-Ponty utvecklade Husserls idé om

---

<sup>13</sup> Enligt Bengtsson (2001) är frasen ursprungligen från Husserl (1921) *Logische Untersuchungen*. Band II, s. 7

livsvärlden genom att beskriva människans vara till världen med begreppet levd kropp. Merleau-Ponty vidareutvecklade också teorin om intentionalitet och intersubjektivitet genom att fördjupa förståelsen för hur människan samexisterar med världen. I den följande texten utvecklas för avhandlingen väsentliga begrepp såsom livsvärld, intentionalitet, levd kropp och intersubjektivitet.

## Livsvärld

Teorin om livsvärlden introducerades i bakgrunden som en grund för ett vårdvetenskapligt patientperspektiv. I föreliggande forskning har livsvärldsteorin också betydelse för forskningsprocessen. Begreppet livsvärld är betydelsefullt i den fenomenologiska tradition som Edmund Husserl introducerade i början av 1900-talet. Begreppet utvecklades som ett alternativ till positivismens objektiva syn på människan och vetenskapen (Bengtsson, 2001). Livsvärldsbegreppet tydliggör det tätt sammanflätade sambandet mellan människan och hennes tillvaro (Claesson, 2011).

Väsentligt för Husserls livsvärldsteori är vår naturliga inställning till världen. I livsvärldens naturliga inställning tas företeelser och saker ofta oreflekterat för givet. Livsvärlden kan alltså beskrivas som både förreflexiv och förvetenskaplig (Bengtsson, 2001; Claesson, 2011). En av fenomenologins uppgifter är att granska och problematisera det som kan vara förgivettaget eller osynligt, men som har stor betydelse för människors erfارande (Bengtsson, 2001).

Människan lever sitt liv i och genom livsvärlden. Livsvärlden är personlig och kan i egentlig mening inte delas med någon annan. Men eftersom vi delar världen med andra människor ingår de erfarenheter som finns i vår livsvärld i en delad värld. Sammanvävd med vår unika tillvaro finns således en tillvaro i vilken vi lever tillsammans med andra människor (Dahlberg & Segesten, 2010). Sammanfattningsvis bidrar livsvärldsteorin, i ett vetenskapligt sammanhang, till att begreppsliggöra människors erfارande av ett fenomen. Förståelsen av människans erfارande fördjupas genom begreppen; intentionalitet och levd kropp samt genom beskrivning av människan och världen som sammanflätade (i vilket intersubjektivitetsbegreppet ingår).

## Intentionalitet

Livsvärldsteorin förutsätter en teori om intentionalitet<sup>14</sup>. Intentionalitet innebär att människans uppmärksamhet alltid är riktad mot någonting i världen. Det som konkret erfars, erfars *som* något. Detta upplevande av något ”som något” bidrar till att skapa mening i vår tillvaro. Vi upplever inte ett fenomen som ett tomt ”det”, utan som något som på ett eller annat sätt har en innebörd för oss (Bengtsson, 2001, s. 28). Innebörden i det som ”visar sig” för vårt medvetande är många gånger tvetydig och innehåller fler dimensioner än det som direkt

---

<sup>14</sup> Enligt Dahlberg et al. (2008) och Bengtsson (2001) utvecklade Husserl i flera texter intentionaliteten.

framträder. Detta kan illustreras på följande sätt: Om det på bordet ligger en tärning kan dess ovansida tydligt framträda, men om vi i tidigare sammanhang har träffat på en tärning kan vi samtidigt förstå att det också finns en baksida och att denna baksida har prickar som symboliserar ett nummer. Att tärningen erfars som just en tärning visar att intentionaliteten innehåller en dimension av erfarenhet. För att kunna se tärningen *som* tärning måste det alltså finnas en grundläggande förståelse för hur en tärning kan se ut och vad den skulle kunna användas till (Husserl, 1992/1929). I föreliggande avhandling är mötet mellan vårdare och patient betydelsefullt. Teorin om intentionaliteten kan här exempelvis bidra med förståelse för vad det är i detta möte som ges företräde och vad som ges en undanskymd plats.

## Levd kropp

Av betydelse för föreliggande avhandling är Merleau-Pontys tankar avseende den levda kroppen. Det är bara, menar Merleau-Ponty (2011/1945, s. 361/403 ff.), genom vår levda kropp som vi får tillgång till världen och till andra människor. Vår levda kropp är inte en sammansättning av separerade delar, vår kropp är *levd* och som sådan är den en helhet. Den levda kroppen är utsträckande<sup>15</sup> mot världen vilket innebär att den påverkar och påverkas av den omgivande tillvaron. I ett vårdvetenskapligt perspektiv kan detta förstås exempelvis genom hur hälsa och välbefinnande kan upplevas trots svår sjukdom (Dahlberg & Segesten, 2010). Hälsan och välbefinnandet kan sträcka ut sig mot omgivningen, där familj och vänner kan ge välbefinnande även i situationer där den egna kroppen sviker. Precis som vår livsvärld på samma gång är helt vår egen, men ändå ofta upplevs som delad, är också den levda kroppen bara min kropp, men samtidigt är den också en levd kropp som är öppen mot tillvaron.

## En sammanflätad värld

Mötet mellan människor och mötet mellan människan och världen innehåller många dimensioner. Intersubjektiviteten och mellankroppsligheten<sup>16</sup> utgör nyanser av denna delade tillvaro (Merleau-Ponty, 2011/1945). Under ytan finns möjlighet att upptäcka ett djup som går långt utöver det objektiva, direkt synliga. Den levda kroppen är utsträckande mot världen och genom att fånga den möjlighet som detta innebär kan perspektiven i tillvaron vidgas (Merleau-Ponty, 1968/1964). Den levda kroppens möte med världen har beskrivits som ”ett omfamnande förhållande”, där gränsen mellan människan och världen suddas ut till förmån för en kontaktyta (Dahlberg, 2013, s. 282). Människan och världen berör varandra.

---

<sup>15</sup> Begreppet ”utsträckande” är hämtat från Dahlberg (2013).

<sup>16</sup> Bengtsson (2001, s. 84) menar att såväl begreppet intersubjektivitet som mellankroppslighet kan vara missvisande. Intersubjektivitet skulle kunna leda tanken till en relation mellan rena medvetanden och mellankroppslighet till en relation mellan rent fysiska kroppar. Bengtsson menar att det som avses är “en relation mellan levda kroppar”.

Vi människor samexisterar således med och i en värld, där människan påverkar och påverkas av världen. Mötet mellan människor (såväl som mötet mellan människor och ting) omges av ett ”medium” av intentioner, erfارande, historia och kultur. I den delade erfarenheten av att vara människa i en gemensam värld finns grunden till att ana<sup>17</sup> sig till varandras erfارande. I stor utsträckning förblir det en gåta hur en annan människa erfår en situation, men genom vår delade erfarenhet av att vara människor, går det att ana att en annan människa upplever, om än på sitt sätt<sup>18</sup>. Merleau-Pontys (1968/1964, 2011/1945) tankar om människan och världen som sammanflätade och hans beskrivning av intersubjektiviteten erbjuder en möjlighet att både förstå och utveckla vårdandet.

## Hermeneutik

Utgående från framförallt Heidegger utvecklade Gadamer en existentiell hermeneutik. Nyckeln till denna ligger i öppenhet, deltagande och dialektik med det studerade ämnet (Ödman, 2007). Det är i människans möte med ett fenomen eller en företeelse som förståelse uppstår. Människan finns alltid i en värld och i denna värld är hon influerad av sin historia, den tid och det samhälle hon lever i. Människan och sammanhanget är på detta sätt en oundviklig del av hur tillvaron kommer att förstås. Den bundenhet till traditionen som Gadamer beskriver benämns som verkningshistoria (wirkungsgeschichte). Familjen, samhället och tiden är exempel på företeelser som formar människan, hennes sätt att tänka och vara i världen (Dahlberg et al., 2008). Av detta följer att en förutsättningslös tolkning inte är möjlig. Tolkningen sker av en människa med en förförståelse, och i ett specifikt sammanhang präglad av tidpunkt och plats (Ödman, 2007). Förförståelsen har på detta sätt en dubbel betydelse. Dels är det en förutsättning för förståelse, och dels behöver den för att inte ta överhanden utmanas och ifrågasättas. Om inte förförståelsen utmanas är risken att vi bara ser det vi vill se och att förförståelsen antar formen av en fördom (Gadamer, 2004/1960).

Utmaningen ligger i att med öppenhet försöka se bortanför den egna horisonten. Genom att medvetandegöra den egna förförståelsen och med öppenhet försöka se ”annanheten” i fenomenet kan en horisontsammanmältning ske och förståelsen fördjupas. Språket och dialogen är en förutsättning för mötet mellan olika horisonter och språket möjliggör ytterst ett möte med existensen (Gadamer, 2004/1960).

---

<sup>17</sup> Begreppet/ordet ”ana” valdes i detta sammanhang i ett försök att sätta ord på det som ligger mellan uppfattningen om att vi aldrig kan förstå en annan människas upplevelser och uppfattningen att vi skulle kunna göra det samma. I begreppet/ordet ana finns en ödmjukhet inför den andres unikhet, men också en möjlighet att jag kan (inom en viss gräns) dela en upplevelse. Enligt Norstedts ordbok (2014) är ana synonymt med ”ha en förkänsla för”.

<sup>18</sup> Se Bornemark (2013) för fördjupad reflektion över hur den mellanmänniska förståelsen kan utvecklas.

# METOD OCH GENOMFÖRANDE

## Vetenskapsfilosofiskt perspektiv

Avhandlingen genomsyras av ett vetenskapsfilosofiskt perspektiv där såväl tolkande (delstudie I) som beskrivande (delstudie II-III) ansats har använts. Därtill kommer studie IV i vilken en generell struktur och en filosofisk belysning har genomförts. Delstudie II-IV utgår i ansats och metod från RLR.

Inom den livsvärldsförankrade fenomenologin är det forskningsfenomenet som är i centrum. För att fenomenet ska ges möjlighet att visa sig i alla sina dimensioner måste hela forskningsprocessen och de metodprinciper som används, genomsyras av öppenhet och följsamhet. I den följande texten beskrivs ställningstaganden i förhållande till föreliggande arbete. Genomförandet av respektive studie följer senare i avhandlingen.

Bengtsson (2001, s. 26) beskriver, utgående från Husserl, att fenomenologin syftar till att försöka förstå fenomenet så som det visar sig i människors erfارande. Vidare syftar fenomenologin till att begreppsliggöra fenomenet på ett sätt som gör det rättvisa och ger det mening. Den förståelse som erhålls kan aldrig betraktas som absolut, sann eller färdig. Snarare kan förståelsen ses som en del i en ständigt pågående process. Förståelsen och sökandet efter mening är betydelsefullt inom såväl den hermeneutiska som fenomenologiska traditionen. På ett konkret plan innebär detta att det inte räcker med att konstatera att någonting är, forskningen måste också sträva mot att försöka förstå hur fenomenet erfars. Strävan att förstå och söka mening är ingen isolerad tankeprocess, utan involverar hela människan och hennes värld.

Husserl menar att människan i sin vardag ofta intar en oreflekterad inställning till sin tillvaro (Bengtsson, 2001). I ett vetenskapligt sammanhang behöver denna oreflekterade hållning utmanas för att fördjupad kunskap ska kunna utvecklas. Samtidigt är det utifrån våra tidigare erfarenheter som vi kan bygga upp ny kunskap. Gadamer (2004/1960) beskriver denna förförståelsens dubbla roll av att vara å ena sidan en förutsättning och å andra sidan ett hinder för ny kunskap. Genom att problematisera och vidmakthålla öppenhet inför det som visar sig i en situation kan förförståelsens negativa inverkan i

möjligaste mån hanteras. Gadamer påtalar vidare vikten av att se situationen eller fenomenets ”annanhet” genom att sätta sin förförståelse i spel och inte låsa fast sig vid fördomar. Genom öppenhet kan horisonten vidgas och ny förståelse erhållas. Öppenhet i forskningsprocessen betonas också av Dahlberg et al. (2008) som i sammanhanget introducerar betydelsen av ett tyglat förhållningssätt. Tyglande innebär att genom hela forskningsprocessen sakta ner förståelsen av det som visar sig.

I sökandet efter människors levda erfarenheter använder sig hermeneutiken av tolkning och fenomenologin av beskrivningar. Finlay (2009) menar att tolkning och beskrivning kan ses som ett kontinuum där olika former av forskning är mer eller mindre tolkande. Med stöd i Gadamer beskriver Finlay (2009) att tolkning i fenomenologisk mening handlar om att uppmärksamma innebörder, medan tolkning i hermeneutisk mening handlar om att uppmärksamma betydelsen av något genom att vid behov introducera en yttre ram. Dahlberg et al. (2008) menar att syftet med att inom hermeneutiken ibland använda teorier som forskningsstöd, är att dessa ska vara ett stöd för att se den mening som visar sig i materialet. För att inte teorierna ska ta överhand är det emellertid viktigt att de inte kommer in för tidigt i processen och att teorierna väljs utifrån sina förutsättningar att ytterligare fördjupa förståelsen för det aktuella fenomenet. Att använda sig av flera teorier kan ibland vara ett sätt att undvika att en teori tar överhand så att empirin mest kommer att handla om att bekräfta just den teorin.

Liksom inom hermeneutiken kan teorier användas inom fenomenologin. Teorierna används då för att fördjupa förståelsen för det som i den fenomenologiska analysen redan har visat sig. Teorierna kommer alltså in som ett avslutande led efter det att analysen är genomförd (Dahlberg et al., 2008).

Problematiserandet av den egna förståelsen och förförståelsen är av betydelse i såväl tolkande som beskrivande ansatser. Inom hermeneutiken har framförallt Gadamer (2004/1960) belyst historicitetens roll, där forskarens egen historia blir en del av förförståelsen. Både teorierna (den yttre ramen) och den historiskt präglade förförståelsen kan om de noggrant reflekteras och inte tillåts ta över, inom hermeneutiken lyftas fram och bli ett stöd i sökandet efter mening i forskningsmaterialet. I den reflekterande livsvärldsfenomenologin beskrivs vikten av att tygla och i möjligaste mån hantera den framväxande förståelsen till dess att fenomenets essens kan beskrivas. Målet är att vara så öppen och följsam som möjligt gentemot det som visar sig. En tyglad förståelse kan ses som ett försök att på ett eftertänksamt och reflekterande sätt försöka se mer än det till synes självklara (Dahlberg et al., 2008). Förstått på detta sätt blir förståelsen och förförståelsen någonting som kan användas i forskningen, men som samtidigt måste utmanas och överskridas.

## Förförståelse i föreliggande forskning

En forskningsprocess börjar med ett intresse för något och med frågeställningar om hur och varför saker är som de är. Intresset för att utveckla ett vårdvetenskapligt patientperspektiv i vårdandet utgår från erfarenheten som sjuksköterska och lärare (på grundutbildningen till sjuksköterska, men också som "avdelningslärare" på en intensivvårdsavdelning). I samarbetet med patienter, studenter och kollegor har utvecklingsarbetet ofta genomförts i en positiv anda. Men det har också funnits tillfällen då motståndet till att utveckla och förändra har varit nästan omöjligt att övervinna. Förändringar är svåra och tar kraft. Förändringen i sig behöver inte vara stor men det gör något med människor när det gamla, trygga och invanda ska ge plats för ett nytt sätt att tänka eller agera på. Förändring tar också tid, ofta lång tid. Tiden behövs, den är nödvändig för att människor ska komma till ro med sig själva och det nya som blivit en del av deras vardag. En ytterligare aspekt är att vi i den ständigt aktuella resurs- och tidsbristen, men också i vår iver att utveckla vårdandet, ibland glömmet bort patienten. Det har därför varit viktigt att det övergripande syftet relaterar till ett vårdvetenskapligt patientperspektiv.

Förförståelsen innehåller också tankar om hur vårdvetenskapen får plats i klinisk praktik. Utgångspunkten är inte att ställa vårdvetenskap mot andra vetenskaper. Erfarenheten är att det behövs olika former av kunskap för att ge god vård. Det som behöver utvecklas är det "kitt" som binder samman olika kunskapsformer, och här behöver vårdvetenskapens bidrag synliggöras. Utifrån denna förförståelse har samverkan med vårdverksamheten varit viktig.

Hur har då denna förförståelse problematiserats och tyglats i föreliggande forskningsprocess? Förutom i de sedvanliga akademiska forum som tillhandahålls, såsom seminarier och handledningar, har de kliniska sammanhang där forskningen genomförts varit viktiga. Samverkan med den vårdavdelning där delstudie II- IV genomfördes, innebar närvaro i en verksamhet, inte bara i syfte att samla material till en avhandling. Närvaron innebar samtal och möten med patienter, närstående och personal som utifrån sina olika perspektiv ifrågasatte forskningen. Ett ifrågasättande som tillför andra dimensioner än det som den akademiska världen tillhandahåller.

I försöket att problematisera den egna förförståelsen har också ingått att läsa allt ifrån vetenskaplig litteratur, till att följa med i samhällsdebatten. Av och till under forskningsprocessen har exempelvis debatten blossat upp angående patienters delaktighet och vården av äldre patienter. Mycket reflektioner har genomförts för att sätta den egna forskningen i perspektiv till såväl den vetenskapliga som till den mer allmänna samhällsdebatten.

## Forskningens kliniska sammanhang

Det kliniska sammanhanget för samtliga studier är sjukhusvård. I övrigt skiljer sig sammanhanget åt mellan delstudie I och delstudie II-IV. Den inledande

studien är genomförd på tre utbildningsvårdsenheter (UVA) och präglas av den miljö som finns på enheter med ett utökat ansvar för studenter. Syftet med UVA- enheterna är att främja samverkan mellan akademien och vårdverksamheten avseende studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU). Syftet med enheterna är också att skapa samstämmighet mellan akademi och klinisk praxis avseende synen på vårdvetenskap (Lindahl, Dagborn, & Nilsson, 2009). De deltagande enheterna var tre rehabiliteringsavdelningar (vilka tillsammans räknas som en enhet), en medicinsk vårdavdelning och en ortopedisk vårdavdelning. Samtliga enheter vårdade patienter i varierande åldrar. Till varje enhet var minst en huvudhandledare knuten. Huvudhandledaren hade ansvar för studenternas VFU, och var tillsammans med vårdenhetschefen ansvarig för kontakten med akademien. De studenter som genomförde VFU på enheterna studerade på sjuksköterskeprogrammets termin två, fyra eller sex.

Sjuksköterskor, huvudhandledare och vårdenhetschefer inbjöds att medverka i fokusgruppsintervjuer. Resultatet från denna studie visar bland annat att det finns ett behov av att utveckla former för samarbete avseende hur vårdvetenskaplig kunskap förankras i klinisk praxis. Tanken var inledningsvis att följa upp och i någon form av aktionsforskningsinspirerat projekt utveckla former tillsammans med någon av de i studie I medverkande avdelningarna. Förhinder kom dock emellan och istället genomfördes studie II-IV på en annan vårdavdelning. Aktionsforskningstanken har till viss del kommit att ha betydelse genom hela avhandlingen.

## Aktionsforskning

Aktionsforskning förekommer inom flera samhällsvetenskapliga discipliner. Förgrundsgestalten är den amerikanska socialpsykologen Kurt Lewin, som på 1940-talet intresserade sig för vikten av deltagarnas engagemang i förändringsarbete (Rönnerman, 2004). Aktionsforskning syftar till att stärka människors egen förmåga att finna lösningar på problem i vardagen. Aktionsforskning sker i cykler där ett identifierat problem diskuteras för att sedan åtgärdas. Åtgärden observeras och resultatet av de vidtagna åtgärderna reflekteras och eventuellt ytterligare åtgärder vidtages (Koch & Kralik, 2006). Målet är dels att lösa problem i vardagen, men också att utveckla personalens förhållningssätt så att de kritiskt kan granska och utveckla den egna verksamheten. Aktionsforskning bidrar på detta sätt till att stärka människors förmåga att ta ansvar och kontroll över sin egen arbetssituation (Herr & Anderson, 2005).

En fråga som diskuteras inom aktionsforskning är huruvida forskaren kan vara objektiv då målet med aktionsforskning är att forska med och inte om. Enligt Heron och Reason (2001) gäller det att som forskare anta "critical subjectivity" vilket enligt författarna innebär att den levda kunskapen inte behöver förbises i sökandet efter objektivitet. Den levda kunskapen kan i stället utvecklas tillsammans med andra. Detta kan exempelvis göras genom



att möta fenomenet med närvaro och öppenhet samt genom att utveckla den emotionella kompetensen.

Fenomenologin är en relevant grund i aktionsforskning då denna erbjuder en möjlighet att gå på djupet för att erhålla kunskap. Av vikt är att kunskapen ska upplevas som användbar för de personer som finns i det aktuella sammanhanget (Ladkin, 2005). Detta kan jämföras med Todres, Galvin och Dahlberg (2007) som menar att en av styrkorna med livsvärldsperspektivet är att det främjar ett ”underifrån” perspektiv, det vill säga ett perspektiv som tar sin utgångspunkt i medbestämmande, demokrati, samverkan och empati. Författarna skriver att ”Lifeworld- led care politically empowers citizens to own and participate in the forms of health and social care that affect them” (ibid. s. 60).

Inom omvårdnad/vårdvetenskap finns studier publicerade, vilka har genomförts som aktionsforskningsprojekt. De flesta av dessa studier har personal som medforskare men några har även inkluderat patienter (Munn-Giddings, McVicar, & Smith, 2008). Exempelvis har Petersson (2009) forskat tillsammans med undersköterskor och sjuksköterskor med syfte att tydliggöra begrepp i vårdandet, medan Koch och Kralik (2006) involverade patienter med kroniska sjukdomar.

Den vårdavdelning där studie II-IV är genomförda öppnade våren 2009 som ett led i att förbättra vården för den äldre patienten. På avdelningen vårdades patienter över sjuttiofem år med varierande medicinska diagnoser och med varierande omvårdnadsbehov. Avdelningen hade vid tillfället för datainsamlingen femton vårdplatser, målsättningen var att vårdtiden inte skulle överskrida tre dygn. Ledarskapet på avdelningen var organiserat med en vårdenhetschef och en omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Grundtankarna i avdelningens arbetsmodell var hämtade från modellen patientnärmre vård (Inde, 2006, Inde, 2011)<sup>19</sup>.

Samarbetet mellan vårdavdelningen och akademien som kom att ligga till grund för studie II-IV startade våren 2009. På avdelningen önskade personalen arbeta med att utveckla patientperspektivet. Samarbetet har till viss del följt principerna för aktionsforskning. Ett problem har identifierats, beforskats och återkoppling av resultaten har kontinuerligt genomförts till personalgruppen. Aktionsforskning har kritiserats för att vara undersökande eller utvärderande snarare än beforskande (Rönnerman, 2004), därav var det viktigt att de studier som genomfördes hade hög vetenskaplig kvalitet och var genomförda med etablerade vetenskapsteoretiska metodprinciper. Genomförandet av respektive studie redovisas i metodkapitlet.

---

<sup>19</sup> Modellen finns presenterad av Inde (2006, 2011). I samtal med olika vårdavdelningar som säger sig arbeta med PNV kan konstateras att det finns stora variationer i hur PNV tolkas och kommer till uttryck i det praktiska vårdarbetet.

## Kartläggande observationer

Tidigt uppmärksammade personalen ett behov av att göra den äldre patienten mer delaktig i vården. Det tillfälle då många beslut som rör patientens vård togs var vid teammötet, där teammötet kan beskrivas som en vidareutveckling av den traditionella rondan. Inledningsvis var teammötet utformat på så sätt att de professionella (läkare, sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut) samlades och tillsammans diskuterade patientens vård. Patienten var inte närvarande, men målet var att personalen skulle ha träffat patienten innan mötessituationen.

För att få en bild av hur patientperspektivet visade sig vid teammötet, samt för att få ett utgångsläge inför det fortsatta samarbetet, genomfördes observationer av åtta teammöten. Samtal som fördes under mötet spelades in och transkriberades ordagrant. Under de åtta teammöten som på detta sätt dokumenterades, diskuterades fyrtioåtta patienter. Varje patient diskuterades mellan knappt två och upp till elva minuter.

Delar av observationsmaterialet användes vid en utbildningsdag hösten 2010. Personalen fick då ta del av utvalda utskrifter och i grupper reflektera över hur patientperspektivet visade sig vid teammötet. Vid denna utbildningsdag medverkade såväl chefer på olika nivåer som läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, vårdadministratör, sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Det som vid en genomläsning av det transkriberade materialet visar sig är bland annat att de frågeställningar som diskuteras i stor utsträckning är relaterade till diagnos, behandling, provtagning, undersökning, läkemedel och planering inför hemgång. Ofta efterfrågas objektiva tecken, såsom laboratoriesvar, urinmängd och vikt. Även patientens kognitiva hälsa diskuteras. Samtalet rör sig emellanåt på ett generaliserande plan. Ett sådant exempel är då en patient med svår hjärtsvikt diskuteras och där planeringen av patientens vård försvåras då "...dom fluktuerar mycket dom här patienterna...". Personal som deltar vid teammötena har inte alltid kännedom om patienternas situation. Detta visar sig bland annat genom att antaganden om patientens önskemål görs och att patienter blandas ihop. Personalens ibland bristande kännedom om patienterna visar sig i en osäkerhet över vilka behandlingar som är genomförda. Vid ett tillfälle saknar såväl sjuksköterskan som läkaren kunskap om huruvida patienten har en kvarliggande urinkateter eller inte. Det är istället en student som för personalen kan förtydliga förloppet. Själva teammötessituationen präglas emellanåt av parallella diskussioner, telefoner som ringer (och samtalas i) och personer som går in och ut ur rummet.

Reflektionerna som gjordes av personalgruppen, utifrån de transkriberade utskrifterna var att patientperspektivet inte var tydligt och en slutsats var att vid teammötet pratade man *om* och inte *med* patienten. För att försöka komma till rätta med detta och möjliggöra för patienten att bli mer delaktig i vården tog personalgruppen beslutet att patienterna skulle bjudas in till teammötet.

# Urval och rekryteringsförfarande

## Delstudie I

I studie I inkluderades vårdenhetschefer, huvudhandledare<sup>20</sup> och sjuksköterskor<sup>21</sup>. De tre grupperna inkluderades med motiveringen att de på ett eller annat sätt i sin profession eller funktion har ett ansvar att arbeta med kunskapsfrågor i relation till vårdandet.

Deltagarna var alla från samma sjukhus. Ledningen på sjukhuset kontaktades och godkände genomförandet av studien. Fem vårdenhetschefer och fyra huvudhandledare kontaktades personligen och tillfrågades om medverkan (vid det aktuella tillfället var organisationen sådan att det på en avdelning fanns två huvudhandledare, en annan huvudhandledare hade ansvar för tre avdelningar och den fjärde huvudhandledaren var ansvarig för en avdelning). En vårdenhetschef återkom aldrig med svar, medan en annan vårdenhetschef fick förhinder att delta vid intervjutillfället. Två sjuksköterskor från varje vårdavdelning tillfrågades av vårdenhetschefen avseende medverkan (varav en sjuksköterska fick förhinder). Allt som allt inkluderades tre vårdenhetschefer, fyra huvudhandledare och sju sjuksköterskor i studien.

## Delstudie II

Studie II är genomförd på en vårdavdelning för patienter över sjuttiofem år och utgår från personalgruppens försök att öka patienternas delaktighet i vården<sup>22</sup>. Femton patienter som deltagit vid ett teammöte intervjuades (tolv kvinnor och tre män). Observation av teammötet har föregått tolv av de femton intervjuerna<sup>23</sup>. Informanterna var vid intervjutillfället mellan sjuttiofyra och nittiofyra år. Samtliga bodde i eget boende men var vid intervjutillfället ineliggande på vårdavdelning. Orsaken till patienternas vårdbehov varierade. De flesta patienter hade flera medicinska diagnoser, men det var inte alltid den medicinska diagnosen som var anledning till behovet av sjukhusvård. En ohållbar hemsituation och oro, uppgavs ofta som anledning till sjukhusvistelsen. Vårdtiden varierade mellan ett upp till tjugotvå dygn (medelvårdtiden var åtta dygn). Ingen av patienterna hade på eget initiativ sökt sjukhusvård. Samtliga hade uppmanats av närstående, primärvård eller hemsjukvård att uppsöka sjukhuset.

---

<sup>20</sup> Huvudhandledarna har en nyckelfunktion då det gäller att stödja studenterna i att applicera teoretisk kunskap i kliniskt kontext. Rollen som huvudhandledare beskrivs i litteraturen som både administrativ och stödjande gentemot såväl studenter som personal (Drennan, 2002; Lindahl, et al., 2009).

Huvudhandledarfunktionen värdesätts i organisationen, men dess innebörd kan samtidigt vara ottydlig för personal, chefer och studenter (Conway & Elwin, 2007; Drennan, 2002).

<sup>21</sup> En sammanfattande tabell över datainsamling, informanter, analys och vårdkontext för samtliga delstudier presenteras sist i avsnittet.

<sup>22</sup> Tillstånd för studie II och III inhämtades hos sjukhusledning och vårdenhetschef.

<sup>23</sup> Tre intervjuer har inte föregåtts av observation. Orsaken till detta varierar. Exempelvis kunde två teammöten genomföras parallellt vilket omöjliggjorde observation av båda.

Urvalet av patienter som bjöds in till teammötet skedde i samråd med ansvarig sjuksköterska och i något fall även med ansvarig läkare. Det var viktigt att patienten bedömdes få ut någonting av sin medverkan vid teammötet. Detta innebar att en bedömning om inbjudan gjordes i varje enskild situation vilket också innebar att ingen specifik patientgrupp exkluderades. Patienter med diagnostiserad demenssjukdom har dock inte ingått i studien, däremot har flera patienter själva under intervjuerna tagit upp att de upplever sig ha ett försämrat minne. Inbjudan till teammötet har inte med automatik inneburit att patienten har inkluderats i studien. De patienter som medverkade vid teammötet i anslutning till de dagar då datainsamlingen genomfördes tillfrågades om medverkan. Vid några tillfällen tackade patienter nej till såväl deltagande vid teammöte, som till att delta i studien. Patientens ställningstagande respekterades utan att motivering efterfrågades.

Patienter som deltagit i studien har tillfrågats av ansvarig sjuksköterska eller läkare. Då patienten tackat ja till medverkan har informationen upprepats både innan och i samband med observations- och intervjusituationen. Informationsbrevet har lästs tillsammans med informanten.

### Delstudie III

I denna delstudie beskrivs den äldre patientens delaktighet vid teammötet utgående från sjuksköterskornas perspektiv. Sjuksköterskor som deltagit vid teammöte med närvarande patient har intervjuats. Inför intervjuerna informerades om studiens syfte vid ett möte i personalgruppen. Sjuksköterskorna fick ett brev i vilket de tillfrågades om de kunde tänka sig att medverka. Därefter kontaktades de personligen via telefon och e-post. Samtliga som tillfrågades på detta sätt svarade ja till deltagande.

De intervjuer som bildar underlag för aktuell studie är intervjuer med nio sjuksköterskor (vid tidpunkten för studien var tolv sjuksköterskor anställda på avdelningen). Alla sjuksköterskor som arbetade på avdelningen var kvinnor. Informanterna hade arbetat som sjuksköterskor mellan ett till tjugofem år.

## Datainsamling

### Delstudie I

I delstudie I genomfördes tre fokusgruppsintervjuer. En fokusgrupp innebär att en grupp människor tillsammans diskuterar ett på förhand givet ämne med varandra. Intervjun leds av en person vars uppgift är att leda samtalet och vid behov introducera nya perspektiv på ämnet. Rekommendationer för hur stora grupperna ska vara varierar i litteraturen mellan fyra till tolv personer. I föreliggande studie valdes fokusgruppsintervjuer för att skapa en dynamik i diskussionen. Enligt Morgan (1997) kan synergieffekter skapade av gruppinteraktionen och gruppdiskussionen bidra till att reflektionerna fördjupas och utvecklas i ett samspel mellan personerna som deltar.

Intervjuerna genomfördes på det aktuella sjukhuset och varade mellan sextio till sjuttiofem minuter. Homogena grupper avseende funktion valdes för att möjliggöra en trygg och reflekterande miljö som inte påverkades av maktförhållanden mellan deltagarna (Barbour & Kitzinger, 1999; Morgan, 1997). Intervjuerna startade med att en inledande fråga ställdes; Hur ser ni på integrering av vårdvetenskap i klinisk praxis? Denna fråga följdes sedan upp med; Hur ser ni på studenternas möjlighet att bidra till integreringen? För att få fördjupad förståelse ombads deltagarna att berätta om upplevda situationer.

Två forskare deltog under fokusgrupperna; en som moderator och en som observatör. Efter varje fokusgrupp genomförde forskarna en reflektion.

## Delstudie II och III

Datainsamlingen i studie II och III genomfördes enligt principerna för RLR. Detta innebär att öppenhet, följsamhet och tyglande ingick i det grundläggande förhållningssättet under intervjun. I den följande texten redogörs för specifika ställningstagande vid observationer och intervjuer med patienter och sjuksköterskor.

### Observationer i samband med patientintervjuer

Intervjuerna med patienterna (delstudie II) föregicks vid tolv av femton tillfällen av en observation av teammötet. Under observationen gjordes anteckningar, vilka inte ingår i analysmaterialet. Observationen och observationsanteckningarna användes istället som stöd under själva intervjun. Att göra observationer är ett sätt, menar Dahlberg et al. (2008), att fånga det mellanmänniska och underförstådda i en situation, det som många gånger kan vara svårt att sätta ord på. Ett exempel som kan illustrera hur observationerna har använts är följande: Under ett teammöte observeras att tårar rinner ur ögonen på patienten. Undersköterskan som sitter närmast lägger då en arm runt henne. Under intervjun återkommer inte patienten spontant till situationen, men då hon ombeds att berätta om sin upplevelse av just den situationen, berättar hon att hon grät för att hon var glad. Då undersköterskan höll om henne kände hon en stor tacksamhet gentemot personalen, varpå hennes gråt tilltog. Genom att först observera situationen för att sedan under intervjun ta del av patientens upplevelse, fördjupades förståelsen. Patientens tårar hade lätt kunnat tolkas som ett tecken på sorg, men hennes egen beskrivning ger istället nyans åt innebörden då tårarna beskrivs som tårar av tacksamhet.

### Intervjuer med patienter

De inledande frågorna som ställdes till patienterna var: Kan du beskriva hur du upplevde teammötet? Och kan du berätta varför du är i behov av vård? Vid samtliga intervjutillfällen ställdes sedan uppföljande frågor såsom: Kan du berätta mer om det?

Det faktum att patienterna var äldre och ineliggande på sjukhus gjorde att följsamheten var nödvändig vid intervjusituationerna. Patienterna hade i de flesta fall deltagit vid teammötet alldeles innan intervjun. Mötet hade i vissa fall givit upphov till känslolagda diskussioner och hela livssituationen var ställd på sin spets. Fysiologiska orsaker såsom ohälsa, nedsatt hörsel och syn samt trötthet gjorde att intervjuerna fick genomföras med största möjliga lyhörddhet för patientens välbefinnande. Vid ett tillfälle fick intervjun avslutas då patienten inte orkade sitta längre, i en annan situation avrundades intervjun då patienten började visa tecken på trötthet genom att inte riktigt kunna hålla tråden i samtalet. Sammantaget innebar dessa hänsynstaganden att intervjuernas längd kom att begränsas till mellan tjugo och trettiofem minuter.

#### Intervjuer med sjuksköterskor

Intervjuerna med sjuksköterskorna föregicks inte av någon observation. Datainsamlingen inleddes även här med en öppen fråga där sjuksköterskorna ombads att berätta om en situation vid vilken de hade inbjudit och/eller upplevt att en patient deltog vid teammötet. Vid en av intervjuerna framkom att sjuksköterskan hade bjudit in en patient till teammötet. På dagen för teammötet hade dock patientens hälsa försämrats och sjuksköterskan beslöt sig då för att inte ta med patienten på mötet. Istället försökte sjuksköterskan att föra patientens talan under mötet. Intervjun inkluderades i analysen, då sjuksköterskans beskrivning av situationen och de ställningstaganden som föregick beslutet att inte ta med patienten, bedömdes tillföra fördjupad förståelse för forskningsfrågan.

#### Gemensamt för datainsamling delstudie II och III

Av betydelse var att försöka bibehålla öppenhet och tyglade genom intervjusituationen. Vid samtliga intervjutillfällen med såväl patienter som sjuksköterskor ställdes uppföljande frågor där informanten uppmanades att fördjupa sina beskrivningar. Informanten tilläts i stor utsträckning forma sin berättelse själv och även då det under intervjusituationen ibland upplevdes som att denna inte var direkt relaterad till forskningsfrågan fick han/hon fortsätta. Detta visade sig vid analysen vara fruktbart, då flera av dessa intervjuavsnitt visade sig innehålla innebörder av betydelse för fenomenet. Ett sådant tydligt exempel är då patienterna i sina beskrivningar lämnar sjukhuset och istället fokuserar sina berättelser på livet så som det är i deras vardag. Denna tidsliga och rumsliga resa i berättelsen bidrog under analysen till att se innebörden av att teammötet inte är begränsat av tid eller plats, utan finns närvarande i livet och i vårdandet. För att inte komma alltför långt från respektive studies fenomen ställdes uppföljande frågor och genom att be informanten att utveckla sin berättelse kunde fokus på fenomenet upprätthållas. Följdfrågor bidrog till att återknytta till och fördjupa beskrivningarna.

# Dataanalys

## Delstudie I

För att analysera den första delstudien användes en hermeneutiskt tolkande ansats med inspiration av Gadamer (2004/1960). Analysen genomfördes med stöd i den av Dahlberg et al. (2008) beskrivna processen för hermeneutisk analys. För att ytterligare konkretisera och tydliggöra delar i analysprocessen togs även stöd i Fleming, Gaidys och Robb (2003), som utgående från Gadamer (2004/1960) beskriver ett tillvägagångssätt för hermeneutisk tolkning<sup>24</sup>. Utgångspunkten är dels forskningsfrågan och dels en problematisering av den egna förförståelsen<sup>25</sup>.

Den transkriberade texten lästes inledningsvis i sin helhet och förståelsen av helheten kom sedan att influera förståelsen av textens delar (Dahlberg et al, 2008; Fleming et al., 2003). För att få fördjupad förståelse för såväl helhet som delar har intervjuerna lyssnats igenom ett flertal gånger (Fleming et al., 2003). Att transkribera och läsa intervjuutskrifter av fokusgrupper är mödosamt, då det emellanåt är ganska ”livliga” diskussioner där det kan vara svårt att få grepp om helhet såväl som delar. Att lyssna igenom upprepade gånger var ett stöd.

Det transkriberade materialet från de tre fokusgrupperna analyserades inledningsvis var för sig. Problematiseringen av förförståelsen användes som ett sätt att förhålla sig kritisk och ifrågasättande till innehållet redan i detta tidiga skede av analysen. Exempelvis kunde detta innebära att den ibland avvaktande inställningen till vårdvetenskaplig kunskap som tycktes visa sig i materialet inte okritiskt kunde tolkas som ett avståndstagande. Analysen behövde fortsätta för att förstå innebörden i det som i detta tidiga skeende kunde visa sig som avvaktan. I nästa steg lästes därför varje ord och mening i syfte att få en förståelse för innebörden, och i detta skede sammanfördes också intervjuerna (Fleming et al., 2003). Därefter identifierades preliminära teman och preliminära tolkningar med potential att förklara latenta innebörder i materialet (Dahlberg et al, 2008).

Analysen fortskred genom att varje mening relaterades till texten som helhet. De delar som innehöll spår av den avvaktande hållningen till vårdvetenskap visade sig innehålla flera nyanser av allt mellan att den

---

<sup>24</sup> I sammanhanget är det viktigt att påpeka att Gadamer (2004/1960) inte har någon metod för analys. Det Gadamer erbjuder kan snarare beskrivas som metodprinciper i form av exempelvis öppenhet, följsamhet och problematisering av förförståelsen. Det är också viktigt att notera att de faser som analysen genomgår inte ska ses som separerade från varandra, utan analysen sker i en ständig rörelse. Att använda sig av Fleming et al (2003) var alltså inte ett sätt att definiera separata faser i analysen, utan ska ses som ett stöd att se delar såväl som helhet.

<sup>25</sup> Den förförståelse som bland annat har relevans för denna studie är hur vårdvetenskap och ett vårdvetenskapligt patientperspektiv förstås, tidigare erfarenheter av att i kliniska sammanhang arbeta med vårdvetenskaplig kunskap och hur mötet mellan teori och praxis kan förstås.

vårdvetenskapliga kunskapen var alltför abstrakt till att det fanns en önskan om att få mer kunskap inom området. I enlighet med Dahlberg et al. (2008) kompletteras den öppna läsningen med en kritisk inställning i syfte att blottlägga dolda innebörder. Till stöd i denna process användes teorin om caritativ vård (Eriksson, 1987, 2002, 2007) och caritativt ledarskap (Bondas, 2003, 2006, 2009). Enligt Dahlberg et al. (2008) är denna del att betrakta som en lägre del i den hermeneutiska spiralen och analysen förväntas gå vidare till en övergripande tolkning som leder fram till en ny helhet (högre nivå i den hermeneutiska spiralen). Analysen av delstudie I avslutades dock på den lägre nivån<sup>26</sup> och utmynnade i tre teman. De olika delarna i analysprocessen skedde inte separerade från varandra, utan allteftersom förståelsen ändrades böljade analysen fram och åter genom de olika stegen.

Interaktionen i fokusgruppen har under analysen funnits med som en bakgrund till texten. Exempelvis har tystnad vid specifika frågeställningar, såsom då huvudhandledarna får frågan om hur de ser på sin roll i förhållande till forskning och utveckling, vävts in i analysen.

## Delstudie II och III

Delstudie II och III har analyserats fenomenologiskt med stöd i RLR. Analysfasen genomförs inte i separerade steg, utan sker genom en pendling mellan helhet och delar. Pendlingen mellan helhet och delar är ett stöd för att vidmakthålla öppenhet gentemot fenomenet (Dahlberg et al., 2008)<sup>27</sup>.

Intervjuerna transkriberades ordagrant. Känslouttryck såsom skratt och gråt, samt tystnader infogades i texten. I lyssnandet, skrivandet och genom den tid det tar att transkribera fördjupas relationen till materialet. Texten blir nu fokus för den fortsatta forskningen. Av detta följer att hur texten transkriberas är av stor vikt (Dahlberg et al., 2008).

Då allt intervjumaterial transkriberats och lästs igenom ett flertal gånger i syfte att lära känna texten som en helhet, ändrar läsningen karaktär och fokus förflyttas mot delar i texten. Fokus på fenomenet kvarstår genom hela processen och är "ledstjärnan" i sökandet efter mening och innebörd. Indelningen av texten inleds med sökandet efter meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet står alltid i relation till det aktuella fenomenet. En meningsbärande enhet kan bestå av en eller flera längre eller kortare delar av texten (Giorgi, 1997). I studie II och III genomfördes detta genom att meningsbärande enheter markerades i intervjutexten varpå de fördes över i en "mind map". De meningsbärande enheterna arbetades därefter igenom i sökandet efter innebörder.

---

<sup>26</sup> I metoddiskussionen problematiseras analysen vidare.

<sup>27</sup> Fenomenet för studie II är: Vårdande med specifikt fokus på teammötet, så som det erfars av den äldre patienten". Fenomenet för studie III är: Patientens delaktighet vid teammötet så som det erfars av sjuksköterskan.



De innebörder som identifierats fördes därefter samman i kluster. Ett kluster är ett tillfälligt steg på vägen mot fenomenets innebördsstruktur. Klustren relateras till varandra i ett sökande efter innebördsmonster och på ett sådant sätt att en beskrivning av fenomenet möjliggörs (Dahlberg et al., 2008). I den avslutande delen av analysen beskrivs fenomenets innebördsstruktur, vilken består av essensen tillsammans med konstituenterna. Essensen är till sin form abstrakt, medan konstituenterna beskriver de mer kontextuella variationerna av fenomenet (Dahlberg, 2014). Samtidigt som essensen är abstrakt behöver abstraktionsnivån balanseras gentemot det faktum att essensen måste hållas öppen, obestämd och föränderlig (Dahlberg et al., 2008, s. 252). Då fenomen är föränderliga är också essenser föränderliga och obestämda. Mening uppstår i förhållande till händelser i livsvärlden och när livsvärlden förändras, förändras också innebörden. Utifrån detta kan innebördsstrukturerna i studie II och III betraktas som ett försök att förstå innebörd och mening av ett specifikt fenomen (teammötet på en vårdavdelning för äldre patienter), vid en specifik tidpunkt och utifrån sjuksköterskorna och patienternas perspektiv.

Under hela analysfasen arbetades aktivt med att försöka behålla öppenhet och följsamhet samt att inta ett tyglade förhållningsätt. Frågor ställdes genom hela analysprocessen till materialet. I handledning och seminarier diskuterades, reflekterades och ifrågasattes det som visade sig. Analysen tilläts också att ta tid, något som var viktigt för att dels inte fixera resultatet för tidigt och dels för att möjliggöra för det som inte var direkt synligt att träda fram.

## Delstudie IV

Analysen av delstudie IV har genomförts i två steg. Inledningsvis sammanfördes de två essensbeskrivningarna från delstudie II och III till en generell struktur. I nästa steg fördjupades förståelsen av den generella strukturen genom en filosofisk belysning. Analysprocessen finns illustrerad i bild I.

### Generell Struktur

Förfarandet att via analys av essenser komma fram till en generell struktur har tidigare beskrivits av bl.a. Dahlberg et al. (2008) och Hörberg (2008). Enligt Dahlberg et al. (2008) innebär den generella strukturen att resultatet från tidigare studier lyfts till en mer abstrakt nivå. Den mer abstrakta nivån måste dock relateras till det sammanhang som forskningen är genomförd i. I föreliggande studie innebär detta teammötet på en vårdavdelning för äldre patienter i Sverige. Att sammanhanget kvarstår innebär enligt Dahlberg et al. (2008) dock inte att resultatet inte kommer att kunna användas i andra kontexter. Tvärtom kan forskningsresultatet, efter kritisk granskning och reflektion, ofta överförs till en bred sfär av verksamheter.

Analysprocessen följer metodprinciperna för RLR (Dahlberg et al., 2008). Under analysen pågick en ständig pendling mellan delar och helhet i

materialet. Syftet var att de båda essenserna från delstudie II och III skulle skapa en ny helhet utifrån fenomenet ”den äldre patientens närvaro vid teammötet”. Essensbeskrivningarna lästes ett flertal gånger. Essensbeskrivningarna var väl kända, men genom att föra dem samman skapades ett nytt underlag och med stöd i nya forskningsfrågor och med utgångspunkt i fenomenet, kunde förståelsen fördjupas. Exempel på nya forskningsfrågor var: Hur visar sig den äldre patientens närvaro vid teammötet när essensbeskrivningarna förstås i relation till varandra? Vad innebär, på en djupare nivå, patientens närvaro vid teammötet? Vad innebär patientens närvaro för de mellanmännsliga dimensionerna i teammötesituationen?

Utifrån pendlingen mellan helhet och delar samt med stöd i aktuellt fenomen och ovan beskrivna frågeställningar, har en generell struktur formulerats. Som tidigare beskrivits har den generella strukturen krävt på sig att uppnå en hög abstraktionsnivå och det är också fenomenet som ska stå i fokus. I den mån det är möjligt har detta eftersträvat vid framskrivningen, men då den generella strukturen bygger på att två perspektiv möts har det för tydlighetens skull ibland varit nödvändigt att skriva fram subjektet (sjuksköterskan respektive patienten).

### Filosofisk belysning

För att ytterligare fördjupa förståelsen för fenomenet: den äldre patientens närvaro vid teammötet, genomfördes en filosofisk belysning. De delar av den generella strukturen som berörde framförallt de mellanmännsliga aspekterna och i viss mån tidens betydelse i sammanhanget påkallade ett behov av ytterligare fördjupning. Ur den generella strukturen väcktes frågor såsom; hur kan vi förstå det som händer i det mellanmännsliga mötet? Hur kan tiden och de temporala aspekterna förstås?

I föreliggande filosofiska belysning har texter av Heidegger (2013/1927) och Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945) använts. Heidegger bidrar till fördjupad förståelse för tillvarons existentiella väsen, i vilken människan<sup>28</sup> befinner sig ”kastad” in i en tillvaro tillsammans med andra människor och där människans sårbarhet i en ändlig (tidslig) tillvaro finns ständigt närvarande. I denna, till stora delar oförutsägbara tillvaro, menar Heidegger dock att människan också har möjlighet att genom medvetna val påverka och ta ställning. Merleau-Ponty bidrar med förståelse om intersubjektiviteten i det mellanmännsliga mötet och fördjupar förståelsen för kroppens centrala plats i tillvaron. Heideggers och Merleau-Pontys texter är skrivna i en annan tid och för ett annat sammanhang än den konkreta situation som teammötet på en vårdavdelning i dagens Sverige utgör. Inte desto mindre finns det en värdefull insiktsfullhet i texternas existentiella budskap som bidrar till förståelse för komplexiteten i det mellanmännsliga varat och i den mellanmännsliga

---

<sup>28</sup> Heidegger skriver inte om ”människan” utan om Dasein (tillvaron), här har dock ”människan” som begrepp valts för att i möjligaste mån göra texten mer tillgänglig.

relationen som ett teammöte är. Intentionen har varit att läsa och tillämpa de filosofiska texterna med stor ödmjukhet och på ett sådant sätt att de ger styrka åt och fördjupar förståelsen för empirin, snarare än att de tolkas och analyseras ur ett filosofiskt perspektiv.

Frågeställningarna som väcktes ur den generella strukturen har guidat läsningen av de filosofiska texterna. Den filosofiska belysningen genomfördes på så sätt att valda delar ur den generella strukturen problematiserades gentemot relevanta delar ur de filosofiska texterna. Detta arbete har inneburit läsning av såväl originaltexter (i översättning till svenska och engelska) som referenstexter<sup>29</sup>. Referenstexterna har använts som ett stöd i förståelsen av originaltexterna och ingår inte i den filosofiska belysningen. Under denna läsning och analys har den generella strukturen och de filosofiska texterna omväxlande framträtt som figur och bakgrund. Genom att placera den generella strukturen som figur mot en bakgrund av de filosofiska texterna framträdde exempelvis betydelsen av att fördjupa förståelsen för obalansen mellan deltagarna i situationen. Genom att placera exempelvis Merleau-Pontys (2011/1945) filosofiska texter som figur mot bakgrund av den generella strukturen erhöles fördjupad förståelse för hur intersubjektiviteten får betydelse när den äldre patienten närvarar vid teammötet. Denna process har utmynnat i fyra meningsstrukturer<sup>30</sup>.

Som vid all analys med en RLR ansats har öppenhet, följsamhet och tyglade av förståelsen genomsyrat analysen av såväl den generella strukturen som den filosofiska belysningen (Dahlberg et al. 2008). Å ena sidan finns det en risk att öppenhet, följsamhet och tyglade påverkas av att materialet är väl känt sedan tidigare, men å andra sidan är det också behovet av att fördjupa förståelsen från de tidigare studierna som ligger till grund för behovet av att gå vidare med materialet. Öppenheten innebär alltså inte att lägga åt sidan de tidigare studierna, utan snarare att vidareutveckla dessa utifrån ett delvis nytt fenomen och genom att studiernas essenser får smälta samman med varandra till en ny helhet. Följsamheten ligger i föreliggande studies natur, då den har uppstått ur behovet av att fördjupa förståelsen från de tidigare studierna. Tyglandet har betydelse och som Dahlberg et al. (2008) beskriver innebär inte tyglandet att all förförståelse kan sättas åt sidan, istället är det viktigt att forskningsprocessen genomförs på ett sådant sätt att fenomenet ges rättvisa. Det är också viktigt att på ett medvetet plan reflektera över innebörden i det som visar sig. Reflektioner i handledningsgruppen och seminarier har varit ett stöd i denna process. Den generella strukturen såväl som den filosofiska belysningen har granskats utanför handledningsgruppen av oberoende, sakkunnig person.

---

<sup>29</sup> Exempel på referenstexter är: Benktson (1971), Dahlberg (2011; 2013) och Ruin (2005; 2013).

<sup>30</sup> I avsaknad av traditionell metodlitteratur inom området valdes här begreppet ”meningsstruktur” för att markera dels meningssökandet som incitament och dels nödvändigheten av att vid redovisningen hålla en struktur.

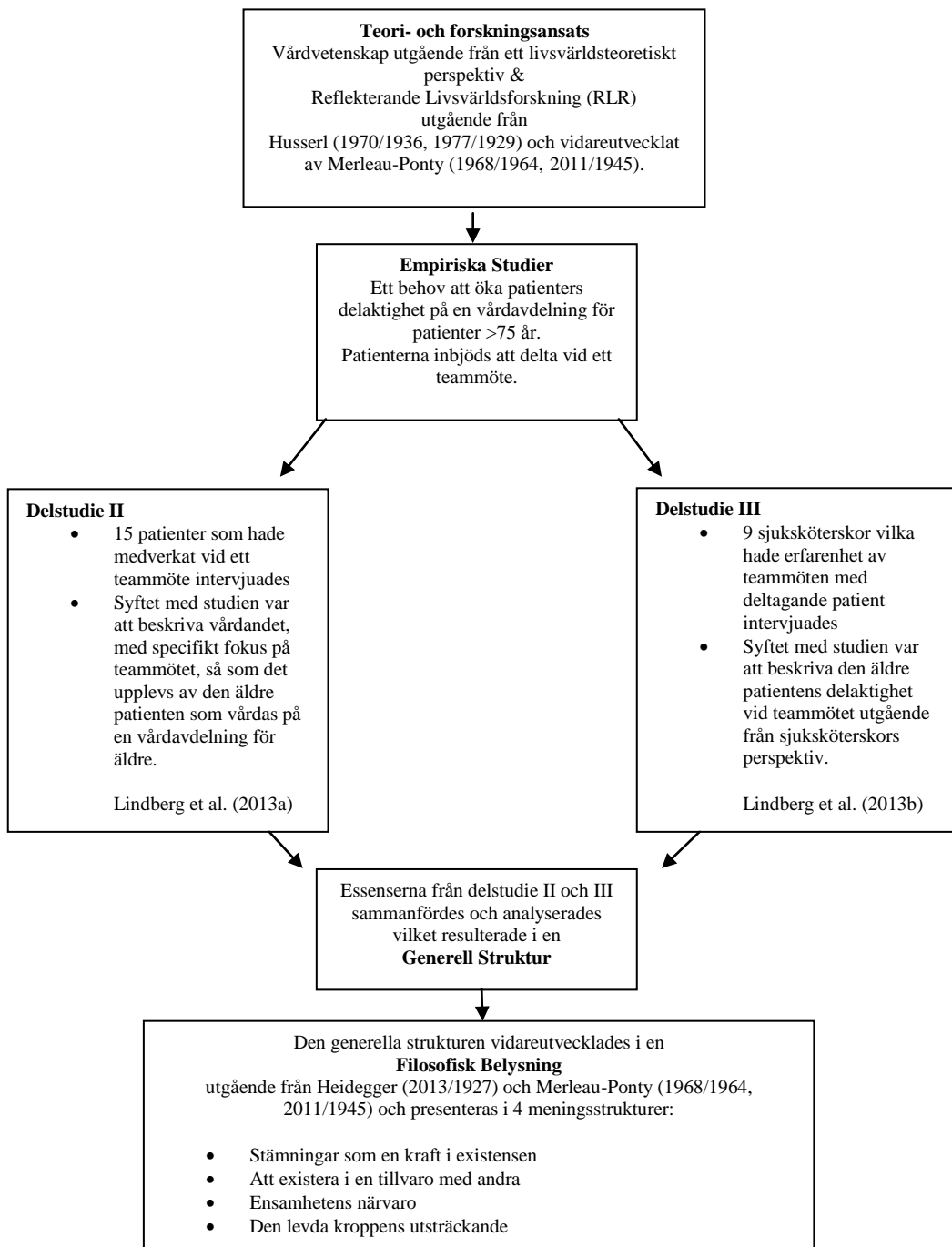


Bild 1. Beskrivning av analysprocessen studie IV.

Studie	Datainsamling	Informanter	Kvinnor /Män	Analys	Kontext
I	Fokusgrupps-intervjuer	<u>Grupp 1</u> 3 vårdenhetschefer  <u>Grupp 2</u> 4 Huvudhandledare  <u>Grupp 3</u> 7 Sjuksköterskor	14/0	Tolkande ansats med utgångspunkt i (Dahlberg et al., 2008; Fleming et al., 2003)	Utbildningsvårdsenheter
II	Observation med uppföljande intervju	15 patienter födda 1917-1937 I genomsnitt 85 år vid intervjutillfället	12/3	Fenomenologi med utgångspunkt i RLR (Dahlberg et al., 2008)	Vårdavdelning för äldre patienter
III	Intervju	9 sjuksköterskor	9/0	Fenomenologi med utgångspunkt i RLR (Dahlberg et al., 2008)	Vårdavdelning för äldre patienter
IV	Essensbeskrivningar från studie II & III. Valda delar av Heidegger (2013/1927); Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945)			Generell struktur och filosofisk belysning med utgångspunkt i RLR (Dahlberg et al., 2008)	Vårdavdelning för äldre patienter

Tabell 1 Översikt över datainsamling, informanter, analys och vårdkontext för delstudie I-IV.

# FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Forskningsetiska överväganden har reflekterats fortlöpande. De empiriska studierna har genomförts i enlighet med de forskningsetiska riktlinjer som finns i Helsingforsdeklarationen (WMA, 2009). Riktlinjerna innehåller föreskrifter avseende informations-, samtyckes-, konfidentialitets- och nyttjandekrav. Nedan följer reflektioner i förhållande till specifika ställningstaganden.

Datansamling har genomförts via fokusgruppsintervjuer och enskilda intervjuer som i vissa fall föregåtts av observationer. Den inledande studiens fokusgrupper genomfördes, i enlighet med de rekommendationer som finns i litteraturen, med homogena grupper avseende funktion och profession. Detta för att i möjligaste mån skapa ett tryggt samtalsklimat och förebygga att maktrelationer påverkade diskussionen (Morgan, 1997). Detta innebar att intervjuer genomfördes med grupper sammansatta utifrån profession och/eller funktion i verksamheten (vårdenhetschefer, huvudhandledare och sjuksköterskor).

Vid de fenomenologiska livsvärldsintervjuer som ligger till grund för studie II och III beaktades möjligheten av att intervjusituationen skulle kunna innebära att känslor rördes upp. En reflekterande hållning, i vilken uppmärksamhet riktades gentemot känslor och stämningar som informanten gav uttryck för, var nödvändig framförallt under patientintervjuerna. Tecken på trötthet eller oro har beaktats och vid ett par tillfällen har intervjuerna avslutats på grund av att patienterna visat tecken på trötthet. För att kunna utveckla vårdandet bedömdes den äldre patientens upplevelse av delaktighet och närvaro vid teammötet dock som mycket betydelsefullt. Informanterna uttryckte vid flera tillfällen tacksamhet dels över att få bidra med kunskap och dels över att få berätta om sin situation.

Observationerna av möten, samtal och arbetet på avdelningen var en del i den bakomliggande processen för att försöka finna former för patientens delaktighet. De observationer som genomförts har varit i form av

bandinspelade teammöten, samt observationer av möten, samtal och av den dagliga verksamheten på avdelningen. De olika formerna för observation hade det gemensamt att de krävde lyhördhet och reflektion över hur och på vilket sätt närvaron av någon utomstående påverkade situationen. Observationerna innebar också specifika ställningstagande inför varje situation. Inför bandinspelningen av teammöten informerades berörd personal som också fick ge skriftligt och muntligt godkännande (vid dessa möten närvarade inga patienter). Då de transkriberade materialet från bandinspelningarna användes vid en utbildningsdag valdes de delar av materialet bort där enskilda personer hade kunnat identifieras. Vid observationerna i samband med patientintervjuerna tillfrågades såväl deltagande patienter som personal innan observationen genomfördes.

Att forska i och tillsammans med en verksamhet ställer krav på medvetet reflekterade val i relation till enskilda situationer (Johnson, 2007). Risken finns att personer inte vill eller vågar tacka nej till deltagande på grund av att detta kan påverka hela gruppens medverkan. Med tanke på att studien pågick under en längre period fanns behov av att upprepa förfrågan om medverkan (Long, 2007). Inför varje intervju och observationstillfälle tillfrågades samtlig berörd personal om medverkan. Regelbunden närvaro på avdelningen i formella såväl som informella sammanhang prioriterades i ett försök att ”finnas till hands” för frågor.

Tillstånd för respektive studie har inhämtats från sjukhusledning och vårdenhetschefer.

Förutsatt att kraven för informerat samtycke beaktats och att studien inte skulle innehålla någon form av fysisk intervention, fanns då studie I genomfördes inte krav att enligt lag ansöka om etikprövning (SFS 2003:460). Etiskt tillstånd för studie II-IV har beviljats av etikkommittén vid Göteborgs Universitet (dnr 757-09), en komplettering till etikansökan avseende patientintervjuerna i studie II gjordes i ett senare skede och beviljades. Alla deltagare (i studie I-III) har informerats både skriftligt och muntligt dels om syftet med projektet men också om möjligheten att tacka nej till medverkan. Deltagarna har informerats om att allt material kommer att behandlas enligt forskningsetiska riktlinjer. Den skriftliga informationen är ett komplement till den muntliga. Alla deltagare har skrivit under ett samtyckesformulär utformat enligt riktlinjer från etikprövningsnämnden (SFS 2003:460; WMA, 2009).

# RESULTAT

I detta avsnitt presenteras resultaten från de fyra delstudierna. Resultatet från studie I presenteras som en sammanfattning. Resultaten för studie II och III presenteras i form av essensbeskrivningarna. Delstudie IV består av en analys i två steg, som här presenteras i form av den generella strukturen och en kort sammanfattning av den filosofiska belysningen. För resultaten i sin helhet hänvisas till respektive artikel.

## Studie I

Det finns en önskan och en vilja att arbeta med integrering av vårdvetenskaplig teori i praxis. Det som hindrar deltagarna i denna process är dels faktorer relaterade till den egna organisationen, men också faktorer i relationen mellan den kliniska verksamheten och akademien, där akademien ses som en auktoritär institution med begränsad förståelse för vardagen i en vårdande verksamhet. Det finns även en osäkerhet avseende den egna funktionens ansvar att bidra till utveckling av vårdvetenskaplig kunskap. Resultatet presenteras i tre teman: Integrering någon annans ansvar; Sjukhuset som en ”produktionskultur”; Sjukhuset och universitetet – olika verkligheter.

Det egna ansvaret avseende att arbeta med utveckling av vårdvetenskapliga frågeställningar beskrivs som oklart. Likaså finns ingen klar bild över hur eller på vilket sätt de studenter som genomför VFU på avdelningarna kan bidra i processen att utveckla vårdandet. Tvärtom ifrågasätts värdet av studenternas kunskaper. Det framkommer också en skeptisk inställning till att involvera studenterna i pågående projekt på avdelningen.

Även om det finns goda intentioner om att utveckla vårdandet, hamnar dessa i skymundan av organisatoriska och ekonomiska krav. De ord deltagarna i studien använder för att beskriva sin vardag och den organisation de arbetar i ger bilden av en verksamhet långt ifrån vårdvetenskapliga värden. Det dagliga arbetet på avdelningarna beskrivs i termer av ”produktion”, ”presterar” och ”krav”, medan det vårdande sammanhanget benämns som ”företaget”.



Förhållandet till akademien är ambivalent. Å ena sidan efterfrågas stöd i processen att arbeta med vårdvetenskaplig kunskap, och å andra sidan finns en skeptisk inställning gentemot den kunskap som akademien kan bidra med.

Sjuksköterskorna är den grupp som beskriver en närhet till både patienter och studenter samtidigt som de påtalar ett tydligt behov av att utveckla den vårdvetenskapliga kunskapen i klinisk praxis. För att möjliggöra denna utveckling är dock sjuksköterskorna i behov av stöd från organisationen och från ledarskapet på avdelningen.

En slutsats utifrån studien är att det finns ett behov av former för samverkan mellan akademien och vårdverksamheten avseende utveckling av vårdvetenskaplig kunskap. Utifrån detta resultat och med stöd i tidigare forskning genomfördes det samverkansprojekt som ligger till grund för de övriga delstudierna. Fokus avgränsades i de följande studierna till den äldre patientens delaktighet och närvaro vid teammötet.

## Studie II

Fenomenet för studie II är: Vårdande med specifikt fokus på teammötet, så som det erfars av den äldre patienten. Resultatet för studien presenteras i form av essensbeskrivningen.

Teammötet kan inte separeras från vårdandet och livet. När behov av sjukhusvård uppstår tar vardagslivet en paus. Friheten och självständigheten som finns i vardagen sätts inom parantes då behovet av att överlämna sig i andra människors händer och träda in i en patientroll uppstår. I livet är relationer till andra människor en drivkraft som ger mening och stöd då sårbarheten ökar eller blir övermäktig. I vårdandet och under teammötet finns en längtan efter och önskan att bli sedd och bekräftad som unik, men sårbar människa. De professionella har en viktig roll för hur upplevelsen av vårdandet och teammötet ska gestalta sig. Det sätt på vilket de professionella har förmåga att bekräfta sårbarheten och skapa en vårdande relation, påverkar såväl kampen för välbefinnande som möjligheten att upprätthålla värdigheten. De professionellas förmåga att gå på djupet och se den unika människan stärker och ger tillförsikt. I situationer där mötet får en mer ytlig och generell karaktär lämnas människan ensam med sin sårbarhet.

Teammötets fokusering på nutid med inriktning mot framtid innebär att dåtidsperspektivet/historiciteten reduceras till den medicinska anamnesen och att livsberättelsen ges en undanskymd plats. För att helheten ska synliggöras under teammötet måste utrymme för helheten erövrats, livet så som det levts blir annars avskuret från nuet och innefattas inte i framtiden. Förbiseendet av historiciteten reducerar helhetssynen och försvårar meningsskapandet. Ett långt liv ger erfarenheter och att träda in i det okända, i detta fall teammötet, reflekteras mot erfarenheter i livet och mot möten i vården. Erfarenheter av (bemötandet vid) tidigare möten finns närvarande som en känsla och en

referensram i den aktuella vården. I sökandet efter trygghet och meningsskapande påverkar de tidigare erfarenheterna upplevelsen av den aktuella situationen.

Teammötet är ett känslösamt möte som berör livet och existensen. Glädje och tacksamhet inför möjligheten att återuppta livet blandas med rädslan inför en osäker framtid och sorg över förlorade möjligheter. Behovet av sjukhusvård innebär en känslomässig kamp för att besegra sårbarheten och återfå vardagslivets frihet. Då sårbarheten får plats utarmas krafterna och kampen förlamas. Får de livsbejakande krafterna plats stärks kampen för att återerövra vardagsjaget. Drivkraften är längtan att träda ur pausen, återfå friheten och återuppta livet.

Den essentiella innebörden av fenomenet: Vårdande med specifikt fokus på teammötet så som det erfars av den äldre patienten, utvecklas vidare i följande konstituent: Sårbarheten begränsar livet; Livet lämnas i någon annans händer; Livet är en helhet; Utrymme för existensen.

## Studie III

Fenomenet för studie III är: Patientens delaktighet vid teammötet så som det erfars av sjuksköterskan. Resultatet för studien presenteras i form av essensbeskrivningen.

Teammötet är inte begränsat till tid och plats; teammötet är ständigt närvarande i vårdandet. Tiden före, under och efter teammötet är sammanflätat till en helhet i vilken patientens delaktighet behöver uppmärksammas.

Patientperspektivet upprätthålls genom att patienten får utrymme som både biologi och existens, blir lyssnad till och får göra sin röst hörd. Patientens delaktighet stärks av trygga vårdande relationer, i vilka patienten blir guidad genom situationen, och av en trygg, tillåtande atmosfär.

Delaktigheten utmanas av patientens sårbarhet och av den underordnade roll som patienten tilldelas. Patienten reduceras lätt till ett objekt om han/hon inte kan handla utifrån teammötets agenda och oskrivna regler. Patientens delaktighet påverkar relationen mellan teammötets deltagare och patientperspektivet utmanas av behovet av att upprätthålla en känd struktur. I strävan efter den kända strukturen vidmakthålls mönster som bidrar till vårdarnas trygghet på bekostnad av patienten.

Den essentiella innebörden av fenomenet utvecklas vidare i följande konstituent: Behovet av en guide; Patientdelaktigheten utmanas av strukturer; Utrymme för hela människan.

## Studie IV

### Generell struktur

Teammötessituationen präglas av en obalans mellan aktörerna, i vilken det är synligt vem som har makten och vem som är i underläge. Att få tillträde till att närvara vid teammötet är för de professionella en självklarhet, men inte för patienten, för vilken det krävs en inbjudan. Då patienten accepterar inbjudan till teammötet riskerar patientens sårbarhet att förstärkas som en följd utav obalansen i situationen. Sårbarheten vägs mot möjligheten av att få vara delaktig och att få vara i en gemenskap.

Stämningen i rummet påverkas av närvaron av något okänt (patienten). Känslor och förväntningar laddar atmosfären och rubbar en annars trygg struktur. Patientens närvaro kan öppna upp för ett ömsesidigt engagemang och meningsfullt möte, men situationen kan också komma att präglas av en vilshenhet från samtliga aktörer.

En förutsättning för delaktighet är tillgången till en gemensam uttrycksform. Dialogen såväl som det mellanmänniska samspelet är väsentliga. Då den gemensamma uttrycksformen saknas, distanseras aktörerna från varandra. Spänningen kan lägga sig som en ”ridå” över hela situationen. Inbjudan till delaktighet kan paradoxalt nog förvandlas till ensamhet och ge upphov till känslor av att överges eller bli osynlig. Att gå utanför invanda ramar eller att aktivt arbeta för att skapa förutsättningar för att samtliga i rummet ska beredas möjlighet till delaktighet, innebär en risk för att ställas utanför gemenskapen.

Tiden har betydelse för patientens närvaro vid teammötet. Teammötet är inte begränsat till klocktid eller till platsen som rum, utan är utsträckt i vårdandet och inbegriper livet som en helhet. Aktörerna vid teammötet förväntas dock infinna sig och uppehålla sig i rummet vid och under en bestämd tid. Det krävs mod och kraft för att uppmärksamma den levda tiden då den både utmanar den kända strukturen/rutinen för teammötet och också tar klocktid i anspråk. Ett meningsfullt vårdande kan skapas i ögonblicket, men kan likaväl byggas upp under en utsträckt tidsperiod. Viktigt är att se hela människan. Att lyssna och ta vara på hennes berättelse och utifrån detta samskapa en framkomlig och meningsfull väg in i framtiden.

### Filosofisk belysning av den generella strukturen

Den filosofiska belysningen har, utgående från den generella strukturen, utmynnat i fyra meningsstrukturer: Stämningar som en kraft i existensen; Att existera i en tillvaro med andra; Ensamhetens närvaro; Den levda kroppens utsträckande. Nedan följer en kort sammanfattning av meningsstrukturena.

## Stämningar som en kraft i existensen

Stämningar, känslor och relationer visar sig ha en stor plats i mötet mellan teammötets deltagare. Patientens närvaro i rummet är främmande för samtliga inblandade och tillför en extra dimension av direkthet, i form av exempelvis känslouttryckningar, som kräver uppmärksamhet för att mötas och tas emot. För patienten kan teammötet vara en känslös situation. Diskussioner om hemsituation och ohälsa konfronterar patienten med den egna sårbarheten och tårarna går inte alltid att hålla tillbaka.

Heidegger problematiserar stämningen som något som alltid redan finns närvarande; människan är ”stämd” i sin tillvaro. Heidegger (2013/1927) skriver på sidan 160/136 att: ”Stämningen faller över en. Den kommer varken ”utifrån” eller ”inifrån”, utan uppstiger som en form av i- världen- varo ur denna själv”. De personer som deltar vid teammötet befinner sig i en stämning då de kommer in i rummet, samtidigt som det också uppstår en stämning i den aktuella situationen.

Stämningarna influerar de vårdande mötena. Patienterna känner av de professionellas stress och kan i ett försök att skydda personalen undvika att be om hjälp eller stöd. Personalen kan välja att uppmärksamma och bekräfta patientens stämning och på detta sätt skapa förutsättningar för ett vårdande möte. Personalen kan också välja att förbise de uttryck för stämningar som patienten ger och på detta sätt bidra till ett möte som i värsta fall beskrivs som icke- vårdande.

## Att existera i en tillvaro med andra

Mötet mellan människorna i teammötessituationen förutsätter någon form av förståelse för den andre. Genom vår gemensamma erfarenhet av att vara människor kan vi utveckla förmågan att ana den andres sårbarhet. Merleau-Ponty (2011/1945) beskriver intersubjektiviteten som en möjlighet att närma sig den andra människans erfarenhet. Vi existerar inte bara som från varandra separerade ”jag”, utan i ett interagerande ”vi”. Genom den egna erfarenheten av att vara en tänkande, kännande och handlande människa kan vi ana oss till att också andra människor är tänkande, kännande och att deras handlingar har en avsikt och ett mål. Vi kan erfara *att* en annan människa känner glädje, sorg eller ilska, men vi kan inte känna *hur* denna känsla erfars av den andra. Vi kan dela upplevelser med andra människor, men vi upplever dem inte på samma sätt. I denna spänning mellan vårt anande av den andras känslor och den andres faktiska upplevelser finns möjligheter att utveckla vårdandet.

De personer som medverkar vid teammötet är inte bara enskilda individer, separerade från varandra och ”placerade” i rummet för ett specifikt uppdrag. Mellan människorna finns också något mer, något som skapas av och uppstår ur det specifika mötet. Genom att dela erfarenheter och kunskaper, samt genom att medvetandegöra situationens traditionella och existentiella laddning kan mötet mellan människorna i situationen utvecklas.

## Ensamhetens närvaro

Medvaron eller mellanmänskligheten handlar inte bara om en faktisk samvaro med andra människor. Heidegger (2013/1927, s. 142/120) menar att ensamheten är en form av medvaro ”*Saknas kan den andre bara i och för en medvaro*”<sup>31</sup>. Tillvarons tvetydighet framträder i de variationer av ensamhet och medvaro som människan befinner sig i. Människan är på samma gång helt ensam och i ständig gemenskap med andra. Åldrande och sjukdom kan begränsa tillgången till andra människor och möjligheten till gemenskap. Ensamheten blir mer närvarande i livet. Många gånger utmanar ensamheten välbefinnandet och behöver mot bakgrund av detta belysas i situationer då människans hälsa diskuteras.

Den obalans som finns mellan teammötets aktörer innebär att även sjuksköterskorna i olika situationer kan bli lämnade ensamma i vårdandet. Ensamheten uppstår framförallt i situationer när de har mod att gå utanför etablerade ramar och då de tar upp kampen för patienten gentemot andra vårdare.

## Den levda kroppens utsträckande

Teammötet är inte en situation som uppstår av sig själv och som sker i ett isolerat vakuum. Medvaron skapas inte enbart i det här och nu som teammötet är. Medvaron byggs istället upp under såväl den aktuella vårdtiden, som genom tidigare erfarenheter av vårdande eller ”icke vårdande”. Händelser under tidigare vårdtillfällen kan leva kvar och skapa otrygghet och olust inför den situation som är här och nu.

Välbefinnandet kan sträcka ut sig utanför den egna kroppen och mot andra betydelsefulla människor, djur eller intressen. Då den egna hälsan sviker, kan välbefinnandet och livslusten komma ur betydelsefulla relationer. Friheten och existensens möjligheter finns i vardagslivets stora och små skeenden, där längtan efter familjen eller husdjuret kan utgöra drivkrafter.

Kroppen sträcker således ut sig i en tidlig såväl som mellanmänsklig dimension. Kroppen sträcker även ut sig i rummet. I kropparnas rörelser och gester återfinns möjligheten att ana intentioner hos människor och genom att läsa av personalens kroppar letar patienterna efter en inbjudan till delaktighet.

I den generella strukturen framkommer avsaknaden av ett gemensamt språk mellan personalen och patienten som en försvärande omständighet. De institutionella ramarna, formella rollmönster och ovanan att mötas i samtal om existentiella frågeställningar bidrar på olika sätt till svårigheten att finna det gemensamma språket. Som varande i underläge efterfrågar patienten en inbjudan från personalen till att få lov att ta plats i situationen.

---

<sup>31</sup> Ruin (2005, s. 48) förtydligar att ”Ensamheten är ett sätt att vara tillsammans med andra i deras (eventuellt sörjda) frånvaro.

## Avhandlingens resultat i förhållande till övergripande syfte<sup>32</sup>

Sjuksköterskorna har en vilja och en önskan om att utveckla vårdandet som ibland ges möjlighet att blomma ut. Sjuksköterskorna befinner sig dock i ett spänningsfält där intentionen om den goda vården utmanas av organisatoriska och ekonomiska krav. Intentionen utmanas också av att ansvaret för att vidmakthålla och utveckla vårdandet inte med självklarhet ses som en del av den egna professionen eller funktionen, och av att sjuksköterskan inte tar eller får plats i en traditionsbunden organisation.

Tiden är både ett hot och en möjlighet, där hotet ligger i klocktidens obevekliga gång och där tiden i alla dess dimensioner är en bristvara. Såväl vårdare som patienter för en ständig kamp mot tiden. För sjuksköterskorna gäller det att hinna med dagens arbetsuppgifter, medan tiden har en mer existentiell dimension för patienterna, då livet riskerar att rinna dem ur händerna. Tiden som en möjlighet finns i det närvarande nuet och i värdesättandet av det mellanmänskliga mötet.

I ett vårdande där patientperspektivet är i fokus är den vårdande relationen central, och det är vårdarna som har makten att skapa goda relationer eller avvisa patientens önskan om vård. Teammötet är inte bara ett tillfälle för planering av vården, utan är också ett känslösamt möte där de existentiella dimensionerna behöver få utrymme. Patienterna behöver sjuksköterskans vägledning innan, under och efter teammötet. Då patienten inte bekräftas eller får vägledning förstärks sårbarheten. Sårbarheten förstärks ytterligare av traditionsbundna strukturer i vårdandet och under teammötet samt av inbördes motsättningar i personalgruppen. Som en konsekvens av dessa faktorer riskerar patientperspektivet att tappas bort i vårdandet och i utvecklingen av vården. Såväl vårdare som patienter behöver vara modiga för att utmana etablerade mönster och maktstrukturer. Tydligast utvecklas vårdandet då patientperspektivet finns tryggt förankrat hos sjuksköterskan och då sjuksköterskan har modet att forma vårdandet utgående från patientens berättelse.

---

<sup>32</sup> Denna del är ett försök att knyta ihop samtliga delstudiers resultat i förhållande till det övergripande syftet. Texten är inte en produkt av någon ny analys, utan kan ses som en sammanfattning.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

### Avhandlingens röda tråd

Utgångspunkten i samtliga studier är ett vårdvetenskapligt patientperspektiv så som det beskrivs i bakgrunden. Det övergripande syftet har tjänat som en riktning och framförallt bidragit till att upprätthålla fokus på patientperspektivet. Öppenheten i syftet har möjliggjort för nya och emellanåt oväntade riktningar.

Det finns skillnader mellan studierna. En aspekt som kan innebära otydlighet är steget mellan studie I och övriga delstudier. Fokus på studentmedverkan som finns i studie I har fått stå för sig själv. Samtidigt är det den i studie I efterfrågade samverkan avseende vidareutveckling av vårdandet som ligger till grund för de övriga studierna. Avdelningen på vilken studie II-III är genomförda hade inriktning mot vård av äldre och fokus kom därför att bli utvecklingen av vårdandet i sammanhanget äldre personer. En ytterligare skillnad mellan delstudie I och de övriga studierna är att den inledande studien saknar fokusering på teammötet. De bakomliggande faktorerna till detta har redovisats tidigare. Förhoppningsvis har dock ramberättelsen bidragit till att väva samman samtliga delstudier på ett sådant sätt att avhandlingen kan bidra till fördjupad förståelse för komplexiteten av att vidmakthålla och utveckla det vårdvetenskapliga patientperspektivet i vårdandet.

### Genomförande

Fokusgruppsintervjuerna i studie I präglades av en dynamik i intervjusituationen som överraskade. Även om samtliga tre fokusgrupper bidrog med reflektioner skilde sig interaktionen i de olika grupperna åt. I gruppen med sjuksköterskor flöt samtalet på med tydlig riktning mot forskningsfrågan. I chefsgruppen var deltagarna mer avvaktande och även om denna intervju bidrog med mycket intressant kunskap utifrån forskningsfrågan, hade ett alternativ kunnat vara att i denna grupp genomföra enskilda intervjuer.

Den utsatta situation som patienterna i studie II befann sig i, med stor oro inför framtiden, krävde uppmärksamhet och kom flera gånger till uttryck under intervjuerna. Patienterna kunde då börja gråta och beskriva sina ofta svåra känslor inför en otrögg framtid. Intervjusituationen med den äldre patienten innebar även praktiska utmaningar såsom att informanterna ibland hade svårt att höra. Vid flera tillfällen bad också patienterna om ursäkt för att de inte kom ihåg, eller inte uppfattade frågan. Alla dessa aspekter var viktiga att hela tiden vara lyhörd inför och hela intervjusituationen behövde ibland avdramatiseras. Observationerna som föregick intervjuerna visade sig vara ett bra sätt att skapa en relation till patienten. Observationerna bidrog även till att intervjun relativt omgående kunde fokuseras mot forskningsfrågan. Detta var bra, då det visade sig att informanterna vid flera tillfällen inte orkade med längre intervjusituationer.

Genomförandet av reflekterande livsvärldsintervjuer innehåller en rad utmaningar. Att i intervjusituationen vara följsam mot såväl det som informanten berättar som mot forskningsfrågan innebär en balansakt där närvaro och öppenhet i situationen är av betydelse. Det gäller att ha mod att släppa taget och låta informantens berättelse blomma ut även om det i stunden kanske verkar som att fokus på fenomenet förloras. Då handlar det om att ha tillit till att informantens berättelse berör det som har betydelse för honom eller henne. Som intervjuare är det viktigt att fånga upp det centrala, återknyta och fördjupa i förhållande till fenomenet, en konst som stundtals leder fram till innehållsrika beskrivningar.

## Ansats och metod

I avhandlingen har såväl tolkande som beskrivande ansats använts och intentionen har varit att försöka fånga levda erfarenheter. Samtidigt som dessa traditioner har stor betydelse för avhandlingen har de även inneburit utmaningar. Finlay (2011) menar att det är en tidskrävande process att i analysen ge materialet en innebörd som fördjupar förståelsen för det undersökta fenomenet. Processen innebär ett behov av teoretisk- såväl som förkroppsligad kunskap, samtidigt som det är ett hantverk. Analysprocessen i föreliggande arbete har tagit mycket tid i anspråk. De tidsgränser och krav på prestationer i form av vetenskapliga publikationer som tillhör ett doktorandprojekt gynnar inte alltid kreativiteten. I mötet med praxis kan behovet av tid för datainsamling, analys och sammanställning utgöra ytterligare en utmaning. Behovet från den kliniska praktiken av att få kunskap om hur den konkreta förändringen erfars finns i ett här och nu, medan den vetenskapliga processen rör sig i ett långsammare tempo.

I relation till ansats och metodprinciper kan det finnas behov av att tydliggöra specifika ställningstaganden som gjorts i respektive delstudie. Den tolkande ansats som ligger till grund för studie I utgår visserligen från Gadamer (2004/1960), men för att erhålla struktur under analysprocessen



refereras i delstudien till Dahlberg et al. (2008) och till Fleming et al. (2003). Så här i efterhand hade studiens kvalitet förbättrats om detta tydliggjorts bättre. I delstudie III krävdes en fördjupad teoretisk beskrivning utgående från Merleau-Pontys (1968/1964, 2011/1945) tankar om intersubjektiviteten för att förtydliga fenomenet och hur det i vår delade tillvaro är möjligt att samskapa förståelse för situationen.

Försöket att i studie IV använda sig av delar av Heideggers och Merleau-Pontys filosofi har genomförts med stor ödmjukhet inför att filosofernas verk innehåller mångt fler aspekter än vad som framkommer i delstudie IV. Intentionen har varit att med hjälp av mycket begränsade delar av nämnda filosofers arbeten ge utrymme för att extra dimensioner av patientens närvaro vid teammötet ska kunna framträda. Det innebär dock alltid en risk när saker tas ur sitt sammanhang. Fragmentiseringen kan lätt leda till missförstånd. För att i möjligaste mån undvika detta och ge filosofin rättvisa har såväl originaltexter som referenstexter lästs. Både filosofin och appliceringen av den samma i sammanhanget ”den äldre patientens närvaro vid teammötet” har diskuterats i olika former av seminarier och sakgranskats av oberoende person.

Att välja både Heidegger och Merleau-Ponty kan innebära ytterligare fragmentisering. Valet motiveras dock av att de i förhållande till mellanmännsliga aspekter av patientens närvaro vid teammötet kompletterar varandra. Merleau-Ponty bidrar med tankar om intersubjektiviteten och människans sammanflätning med världen. Heidegger ger perspektiv på hur människor blir till i samvaron med varandra och bidrar även genom sina tankar om stämningar till en fördjupad förståelse för komplexiteten i att vara människa bland andra människor. Genom den filosofiska belysningen uppmärksammas och medvetandegörs dimensioner som annars är svåra att få syn på.

## Samspel mellan aktionsforskning och fenomenologi

Genomförandet av studierna är tätt sammanlänkat med det kliniska sammanhanget och har under forskningsprocessens gång kommit att sammanflätas med den teoretiska ansatsen. Inledningsvis var intentionen att efter den första kartläggande studien gå vidare med någon form av aktionsforskningsinriktat projekt. Tidigare studier har visat att vården av äldre patienter kan utvecklas genom aktionsforskning (Glasson, Chang, Chenoweth, Hancock, Hall, Hill-Murray & Collier, 2006). I studie II-III initierades patientens delaktighet vid teammötet utifrån personalens upplevelse av att patienterna inte i någon större utsträckning var delaktiga i vården. Samtliga steg i planeringsprocessen och i genomförandet av att bjuda in patienten vid teammötet skedde i ett nära samarbete med personalen.

Samarbetet med all engagerad personal har inneburit en drivkraft. Även om avhandlingen lyfter fram utmaningar och behov av utveckling, har detta kunnat diskuteras och reflekteras i personalgruppen. Ledarskapet har haft stor betydelse i denna process, men det har också varje enskild medarbetares

tankar och reflektioner. Att våga öppna upp och blotta den egna verksamhetens sårbarhet kräver mod! Den process som avvecklingen av avdelningen innebar påverkade naturligtvis både personal och patienter. Även det påbörjade samarbetet mellan akademien och klinisk praxis påverkades. Målet att i forskningens olika faser arbeta tillsammans med personalen visade sig vara svårt att realisera. Tiden räckte inte riktigt till och då avdelningen ställdes inför hotet att stängas, räckte inte heller av förklarliga skäl orken och lusten till. Stängningen av avdelningen kan tyckas anmärkningsvärd då de vetenskapliga belägg som finns för betydelsen och värdet av vårdavdelningar med specialistkompetens och intresse för den äldre sårbara patienten är samstämmiga. För att möta utmaningen av en åldrande befolkning behövs vårdavdelningar med specialistkompetens och intresse för den äldre människan (Ellis, Whitehead, O'Neill, Langhorne, & Robinson, 2011; Kydd, 2008; SBU 2013).

Allteftersom kunskapen om den fenomenologiska traditionen växte fram, kom denna att bli ett komplement och stöd till aktionsforskningen även avseende genomförandet av studie II-III. Finlay (2011, s. 26) beskriver hur fenomenologin inte bara är en filosofisk och teoretisk tradition, utan hur den även är ett projekt för livet: "It is not just a research method. It offers a way of both being in and of seeing the world, from inside and out. It is not just an intellectual project; it is a life practice."

Fenomenologin har också beskrivits som en möjlig teoretisk grund till praktisk kunskap. Utgångspunkten är Husserls intention om att gå tillbaka till sakerna själva och på så sätt finna tänkbara meningsmönster som världen kan bestå av. Dessa meningsmönster är i sin tur sammanlänkade med att ha praktisk kunskap (Svenaeus, 2009). Att med öppenhet gå tillbaka till sakerna själva har varit en grundläggande förutsättning i föreliggande forskning. Samverkan med vårdverksamheten bygger på behov formulerade utifrån det dagliga arbetet, och det kan vara svårt att precist och direkt sätta ord på och formulera frågeställningar som relaterar till den praktiska kunskap som finns i en verksamhet. Formuleringen av frågeställningar blir istället en öppen process där grundläggande teoretiska antaganden (i detta fall ett vårdvetenskapligt förankrat patientperspektiv) utgör riktningen och ramen.

Samtidigt som fenomenologin innehåller möjligheter till såväl samverkan mellan akademi och klinisk praxis, som förståelse för den praktiska kunskapen, finns det en fara i att driva processen för långt. Risken finns att verkligheten bara blir begriplig utifrån de vetenskapliga teorierna; "de [vetenskapliga teorierna] kan bli till instrument för att behärska verkligheten snarare än att förstå den" (Bengtsson, 2001 s. 47). En tolkning av denna risk är att det finns ett behov av att "verkligheten får vara verklighet" utan att teoretiseras. Kan det vara så att det behöver finnas en spänning mellan teori och praxis och att det är det faktum att vi inte kan förstå och förklara allt som ger oss drivkraft? Det Merleau-Ponty (1968/1964) beskriver som ett mellanrum kanske är en dubbelhet, ett både och, som inte alltid kan eller ska

sammanfalla. När teori och praxis möts kan det istället bli något mer utifrån dess mellanrum. Likväl när människor möts sker relationen (intersubjektiviteten) och närvaron i mellanrummet vilket innebär att mötet blir något mer än ”bara” du och jag- det skapas också ett vi. På så sätt är inte mellanrummet något som ska överbryggas till varje pris. Om det istället underhålls och förstås som något nödvändigt, livgivande och utmanande i positiv bemärkelse kan det öppna upp för nya möjligheter och dimensioner.

Avslutningsvis återvänds till en av de inledande frågorna från delstudie I. Har samverkan mellan akademien och den kliniska praktiken bidragit till att utveckla vårdandet? Intentionen att på vetenskaplig grund beforska den konkreta förändring i form av patientens delaktighet och närvaro vid teammötet, har genom studie II och III bidragit med fördjupad kunskap som förhoppningsvis kan vara användbar i den vårdande vardagen. En svaghet är att resultatet från studie II och III aldrig kunde omsättas i den aktuella verksamheten. En annan svaghet är att själva samverkan inte har utvärderats och att personalens och patienternas möjligheter att vara delaktiga i forskningsprocessen var begränsade.

Med utgångspunkt i resultatet från delstudie I var förhoppningen att kunna ge personalen stöd till att påbörja egna forsknings- och utvecklingsprojekt, något som i tidigare studier har visat sig ha god effekt för att öka forskningsanvändning i klinisk praxis och utveckla vårdandet (Bäck-Pettersson et al., 2012). Inte heller detta hann påbörjas.

Även om avgörande delar saknas för att fullt ut definiera den process som genomförts som aktionsforskning, framträder i resultatet dimensioner som uppmärksammar vikten av att olika perspektiv får göra sina röster hörda. Fenomenologins fokus på människors erfarenade har i stora delar bidragit till detta.

## Objektivitet och Validitet

Den kvalitativa forskningsprocessen styrs av krav på såväl objektivitet som validitet, men är samtidigt ett hantverk och en konst. Därav följer att det kan vara svårt att till fullo beskriva exakt hur alla steg utförts, inte heller är det möjligt att redogöra för alla de val och ställningstaganden som görs. Målet är dock att det ska vara möjligt för läsaren att bilda sig en uppfattning och att det ändå ska vara synligt att alla steg i processen är väl reflekterade och teoretiskt underbyggda (Dahlberg et al., 2008; Finlay, 2011).

För att uppnå objektivitet får inte forskarens förförståelse eller föreställningar färga resultatet (Polit & Beck, 2012). För att uppnå detta är fenomenorienteringen betydelsefull (Dahlberg et al., 2008). Öppenheten inför fenomenet i respektive studie har vidmakthållits genom att i möjligaste mån tygla förförståelsen och genom att i olika sammanhang reflektera och granska det som visar sig i materialet. Granskning har skett såväl i seminarier som i handledningsgrupp.

Validiteten upprätthålls genom att varje led i forskningsprocessen så långt möjligt redovisas (Dahlberg et al., 2008). I avhandlingen har väl beprövade metodprinciper använts och noggrannhet samt tyglad hållning har eftersträvat. Metodkapitlet redogör för hur samtliga led genomförts. Delstudie I utmynnade inte i någon övergripande tolkning, vilket är att betrakta som en svaghet. De preliminära tolkningarna undersöktes dock utifrån de av Dahlberg et al. (2008) angivna kriterierna för validitet. Detta innebar att tolkningar jämfördes i syfte att mönstra ut den mest rimliga och meningsfulla tolkningen i relation till frågeställningen. Motsägelser i data visavi en preliminär tolkning innebar att tolkningen sorterades bort.

I relation till att delar av avhandlingen har genomförts i samverkan med klinisk praxis finns specifika validitetskriterier vilka bör beaktas. Forskningens relevans i vårdandet, etiska aspekter och möjligheten för ”olika röster” att göra sig hörda är sådana exempel (Reason & Bradbury, 2001). Relevans för klinisk praxis diskuteras under ”överförbarhet” och i etikavsnittet beskrivs reflektioner i förhållande till etiska ställningstaganden. I avhandlingen har olika perspektiv fått mötas, men röster saknas. Exempelvis hade både undersköterskor, läkare eller närståendes perspektiv berikat på olika sätt. Endast tre informanter är män (samtliga män ingår i studie II). Samtidigt bidrar uppställandet vid teammötet i tre av avhandlingens delstudier, tillsammans med valet att använda sig av RLR som metodprincip till att fördjupad kunskap erhålls.

## Överförbarhet

För att kunna avgöra om överförbarhet är möjligt behöver sammanhanget i vilken forskningen är genomförd, informanterna som medverkat i studierna och ställningstaganden under forskningsprocessen beskrivas utförligt (Polit & Beck, 2012). Viktigt är också att beskriva processen fram till resultatet (Ladkin, 2005). Fenomenorienteringen och en relativt hög abstraktionsnivå kan bidra till att forskningens resultat är överförbart och kan appliceras på fler sammanhang än det undersökta (Dahlberg et al., 2008).

Urvalet av informanter är begränsat till specifika vårdavdelningar, vilket har redovisats i metodkapitlet. Som tidigare nämnts belyser avhandlingen endast patienter och sjuksköterskors perspektiv. I vårdandet och i teamarbetet ingår andra professioner som hade kunnat bidra med fördjupad förståelse.

Sammanhanget för forskningen begränsar till viss del överförbarheten. Samtidigt vårdas personer över sjuttiofem år på många vårdavdelningar. Resultatet torde också i stor utsträckning kunna gälla även andra grupper av vuxna patienter som av en eller annan anledning är i behov av sjukhusvård. Sammanhanget för studie I var UVA- enheter med ett nära samarbete med akademien. Sjuksköterskestudenter gör klinisk praktik på många olika former av vårdavdelningar och delar av resultatet från studie I borde vara överförbart till andra sammanhang.

Förhoppningsvis bidrar också resultatet och erfarenheterna från samarbetet mellan akademien och den kliniska praktiken i studie II och III till ett lärande som framtida samarbetsprojekt kan vidareutveckla. Denna ofta röriga process är, menar Ladkin (2005), viktigt att beskriva då den bidrar till ett lärande som går utöver det konkreta forskningsresultatet.

### Forskningens förmåga att beröra

Fenomenologisk forskning balanserar mellan vetenskap och konst, därav följer att det också är viktigt att beskriva resultatet på ett sådant sätt att det slår an en ton hos läsaren. Att läsaren kan känna att innehållet berör och har betydelse för människor (Finlay, 2011)<sup>33</sup>. Denna ”extra dimension” av vetenskaplighet kan vara utmanande gentemot traditionella strukturer för vetenskapliga arbeten. Samtidigt är det viktigt att det vetenskapliga inte blir för kliniskt och stelt. För att budskapet ska nå fram behöver människor bli berörda och för att beröra behöver kreativiteten få finnas med och balansera det vetenskapliga språket. I varierande utsträckning har denna tanke funnits med genom avhandlingsarbetet. I den följande resultatdiskussionen görs också ett försök att efter varje del avsluta med en kort vinjett<sup>34</sup>, vilken är tänkt att levandegöra området och tydliggöra berättelsens kraft i vårdandet. Vinjetterna är skapade utifrån det empiriska materialet. För att beakta informanternas konfidentialitet är samtliga vinjetter en sammanflätning av flera personers berättelser och innehåller även delar från de observationer som genomfördes.

## Resultatdiskussion

Avhandlingens resultat har kommit att röra sig mellan empiri och ett mer filosofiskt perspektiv och i resultatdiskussionen reflekteras följande områden: Drömmen om det goda vårdandet; Delaktighetens dilemma – Om delaktighet, närvaro och att få överlämna sig; Traditionens makt; (Oss) människor emellan; I ett långsamt nu rusar livet förbi; Berättelsen som mötesplats.

### Drömmen om det goda vårdandet

I bakgrunden beskrivs, utgående från Eriksson (2007), begreppet ethos. Att vara bärare av ett ethos kan liknas vid att ha en inre kompass, där kompassnålen är inställd mot att efter bästa förmåga göra det som är bra för en annan människa. I delstudie I och III framträder hur personalen balanserar mellan ett inre ethos som drivkraft och de krav som verksamheten ställer på vårdandet. I denna balansakt finns en längtan efter det goda vårdandet, en längtan som alltför ofta måste läggas åt sidan.

---

<sup>33</sup> Finlay (2011) använder det engelska ordet ”resonance”.

<sup>34</sup> Att genom vinjetter levandegöra komplexiteten i vårdandet har tidigare använts av exempelvis Galvin och Todres (2009).

Redan i avhandlingens inledande studie finns tydliga spår mot att vårdandet och utvecklandet av vårdandet handlar om mycket mer än om hur kunskap ska förankras och utvecklas. I de processer som uppstår då någon form av förändring sker påverkas den enskilda människan. I den inledande studien framkommer en önskan om att utveckla vårdandet. Samtidigt upplever informanterna begränsade möjligheter till att realisera förbättringar. Spänningen mellan den inre bilden av en vård i utveckling där fokus är på patientperspektivet och den vardag personalen befinner sig i bidrar till känslor av otillräcklighet. Hur krav på ökad effektivitet påverkar personalen har beskrivits även i tidigare studier. Exempelvis beskrivs situationer i vilka sjuksköterskors tid företrädesvis används till att utföra medicinska åtgärder separerade från vårdandet. Då sjuksköterskorna inte kan vara nära patienterna i vårdandet leder detta till känslor av uppgivenhet och frustration, samtidigt som det påverkar kvalitén på den vård som patienterna får (Ranheim, Kärner, & Berterö, 2011). För att hantera en stressfylld arbetsdag kan sjuksköterskorna välja att bortse från patienternas behov. För att hantera de känslor av otillräcklighet som uppstår i dessa situationer kan personalen välja att lägga över ansvaret för den uteblivna vården på arbetskamrater, organisationen eller till och med på patienten (Milton-Willey & O'Brian, 2010).

Studie III bekräftar i vissa delar de känslomässiga aspekterna av att vilja, men inte uppleva sig ha möjlighet att utveckla vårdandet. Tidigare forskning har belyst hur faktorer såsom exempelvis en begränsad tillgång på vårdplatser gör att sjuksköterskor och läkare känner sig tvingade att fokusera tid och kraft på att så snabbt som möjligt skriva ut äldre, sjuka patienter till hemmet. Vilket ofta görs utan att patienten har haft möjlighet att vara delaktig i beslutet. Även denna studie belyser hur prioriteringar sliter och tär på personalens krafter (Wissendorff Ekdahl, Linderholm, Hellström, Andersson & Friedrichsen, 2012b).

Ramarna för den vård som kan erbjudas regleras till stor del av politiska beslut och ekonomiska förutsättningar. Ett samhälle har inte obegränsade resurser och därför är denna reglering nödvändig. Problemet som uppstår är dock att politiska och ekonomiska system ofta "spiller över" och infiltrerar verksamheter på ett sätt som inte gagnar den enskilda människan. I resultatet från studie I framkommer hur deltagarna använder sig av ord som "produktion", "presteras" och "krav" då de beskriver vårdandet. Det vårdande sammanhanget beskrivs samtidigt som "företaget". Enligt Axelsson (2000) har den svenska sjukvården, i ett historiskt och internationellt perspektiv, varit föremål för exceptionellt många omorganisationer. Ofta har inspiration hämtats från den privata företagsvärlden och förändringar implementerats i vården utan krav på evidensprövning. En tendens som stärkts av politiska beslutsfattaress jakt på snabba, ekonomiskt fördelaktiga lösningar.

Sammantaget visar avhandlingens resultat tillsammans med tidigare forskning på ett behov av att uppmärksamma människan i en föränderlig tillvaro. De existentiella och meningssökande frågorna är viktiga att

uppmärksamma i relation till såväl patienters som vårdares välbefinnande. Att som vårdare ofta uppleva en känsla av otillräcklighet i mötet med patienten och i förhållande till förväntningar på att utveckla vårdandet sliter. Enligt Wärnå, Lindholm och Eriksson (2007) finns en relation mellan stolthet över yrkesfunktionen och den egna hälsan. Men hur kan längtan få näring och hur kan stoltheten över det som faktiskt utträttas i mötet med patienten upprätthållas, om känslan som sitter kvar är otillräcklighet?

Vårdvetenskapen, som en autonom vetenskap utgående från ett ethos grundat i respekt för människan, måste värnas i vårdandet för att det ska få fäste (Eriksson, 2002). För att kunna argumentera för och fokusera på människan istället för produktionen behöver andra dimensioner och kunskaper finnas med i diskussionerna. Behovet av ett vidgat filosofiskt och vårdvetenskapligt perspektiv som komplement till det politiska, ekonomiska och medicinska perspektiven har beskrivits i litteraturen (Bullington & Fagerberg, 2013; Galvin & Todres, 2013).

Vårdandet har i avhandlingen exemplifierats utifrån teammötet och av tradition är det de medicinska frågeställningarna som diskuteras vid dessa tillfällen. Samtidigt beskriver Svenaeus (2013) hur patienten också i mötet med vårdarna behöver få möjlighet att samtala om existentiella frågor. För att möta detta behov behövs andra perspektiv som kompletterar det medicinska och som kan möta lidandets utmaningar. Filosofiska perspektiv med tankar om vad en människa är och hur hon finner mening i sin tillvaro och vårdvetenskaplig kunskap med fokus på hälsa och lidande kan på olika sätt visa vägen till vidgade dimensioner av vårdande och vidareutveckling av vårdandet. Vårdvetenskapen är professionsneutral (Dahlberg & Segesten, 2010), det borde dock vara sjuksköterskan som är bäst rustad för att synliggöra det vårdvetenskapliga perspektivet och därmed skapa möjligheter för patienten att överlämna sig, närvara och vara delaktig utifrån sina egna önskemål och i sin egen takt.

## Vinjett 1

*Maja sitter på sängen med ryggen vänd bort från rummet som hon sedan några dagar tillbaka delar med tre andra patienter. Bredvid Maja i sängen står två plastpåsar med hennes tillhörigheter. Maja sitter och väntar på taxin som ska ta henne hem. På fötterna har hon ett par skor som hon fått låna på avdelningen, några egna skor fick hon aldrig med sig in till sjukhuset. Maja är ledsen, rädd och orolig. Under dagarna på sjukhuset har hon flera gånger försökt få hjälp med att ordna ett annat boende. Det hus där hon bott under många år har senaste tiden blivit henne övermäktigt och hon känner sig ensam, otrygg och rädd. Samtidigt står sjuksköterskan Diana i dörröppningen, det är hon som under de senaste dagarna försökt ge Maja stöd för att komma till ett annat boende. Beslutet är dock taget. Maja är för frisk för att vara kvar på avdelningen och eftersom hon fortfarande kan gå, stå och klara det mesta av sin praktiska tillvaro själv ska hon hem. Maja väcks ur*

*sina tankar av att Diana lägger en hand på hennes axel och säger att det är dags att gå, taxin väntar.*

*Mötet mellan Maja och Diana illustrerar hur en ekonomisk realitet drabbar den enskilda människan. Sjuksköterskan Dianans längtan efter att kunna erbjuda god vård har varit en kamp där hon tillsammans med Maja försökt att arbeta för en trygg boendesituation. Majas längtan efter trygghet i form av ett annat boende kunde inte tillmötesgå, hon var helt enkelt inte tillräckligt sjuk enligt de ramar och riktlinjer som styr. Såväl Majas, som Dianans längtan påverkas av strukturer som de har små möjligheter att påverka. Den inre längtan i relation till att skapa trygghet för Maja i hennes vardagstillvaro får ge vika för generaliserade riktlinjer. Sjuksköterskan Diana gjorde mycket för Maja. Tillsammans kämpade de för ett annat boende och hon försökte också trösta och uppmuntra när det stod klart att Maja skulle hem. Men känslan är ändå att hon borde gjort mer, att Maja har svikits och på så sätt har Diana också svikit sig själv. Den längtan och de drömmar som hon har om en god vård.*

## Delaktighetens dilemma

### - Om delaktighet, närvaro och att få överlämna sig

Delaktighet kan beskrivas som en rörelse mellan att som patient ha ett behov av att överlämna sig (Sahlsten et al., 2008) till att delaktighet kan leda till en upplevelse av kontroll och minskad sårbarhet (Eldh et al., 2006; Frank et al., 2009). För informanterna i delstudie II, som alla levde med någon form av ohälsa, fanns ett behov av att i varierande grad överlämna sig till vården. Droppen hade fått bägaren att rinna över. Samtidigt som behovet av att överlämna sig var påtagligt var det ingen av informanterna som hade sökt sjukhusvård på eget initiativ. Vården söktes istället på inrådan från hemsjukvård, hemtjänst, primärvård eller med stöd från närstående. Även de informanter som blivit akut sjuka eller fallit i hemmet, kontaktade först antingen närstående eller hemsjukvård och uppmanades av dessa att söka akutsjukvård. Så länge som möjligt försökte informanterna att klara av sin situation i hemmet på egen hand, men till slut tog orken slut och det var då sjukhusvård söktes.

Att få överlämna sig i vårdarnas händer kan som resultatet i delstudie II visar innebära vila, men också hjälp att ta tag i och reda ut det som för stunden känns svårt och övermäktigt. Överlämnandet kan också innebära en sorg. Krafterna som inte räcker till och kroppen som sviker gör delaktighet svårt att realisera. För att överleva både i kroppen och i existentiell mening tvingas den enskilde ge avkall på sina egna önskemål och på det som tidigare i livet varit viktigt. Överlämnande och delaktighet ska dock inte ses som motpoler. Istället finns dimensionerna av överlämnande, delaktighet och närvaro sida vid sida och för att möta behovet i stunden behöver de olika dimensionerna reflekteras och balanseras i vårdandet.



Patientens delaktighet vid teammötet visade sig handla om mer än att bjuda in och tillåta patienten att närvara. Patientens närvaro vid teammötet gjorde något med situationen i sin helhet och med det mellanmänniska samspelet i synnerhet. Patientens närvaro kom att pendla mellan att vara ett tillfälle av gemenskap i vilken patientens vård, behandling och planering inför framtiden genomfördes i dialog och öppenhet; till att vara ett tillfälle där patienten fysiskt var närvarande i rummet men utan möjlighet att påverka situationen. I en gemenskap kan patienten själv välja på vilket sätt och i vilken utsträckning personen önskar eller orkar vara delaktig.

Som framkommer i delstudie II och III är en förutsättning för delaktighet att patienten får stöd och att sjuksköterskan kan agera vägvisare i situationen. Med stöd i Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945) finns en möjlighet att i de mellanmänniska situationerna skapa ett "vi". Om inte patienten får stöd riskerar denne att bli passivt närvarande utan möjlighet att påverka graden av engagemang. I situationer då patienten inte kan eller orkar formulera önskningar, kan vårdaren för kortare eller längre stunder behöva bistå patienten. Detta måste göras med stor ödmjukhet och respekt för patienten (Eriksson, 1987). För att fullfölja uppdraget som vårdare, menar Rundqvist (2004) att vårdaren behöver vara ödmjuk inför patientens unikhet och med tålamod invänta patientens inbjudan. Något som kan vara utmanande att realisera i en konkret situation.

Vårdarna har således betydelse för i vilken utsträckning patientens behov av överlämnande, närvaro och delaktighet realiserar. I nästa avsnitt diskuteras traditionens makt och påverkan på bland annat patientens möjlighet till delaktighet.

## Vinjett 2

*Aina är inbjuden att vara med på ett teammöte. Nu sitter hon här tillsammans med fem andra personer. Aina känner igen läkaren och sjuksköterskan, men de tre andra har hon aldrig träffat. Aina funderar lite på varför de sitter med, de säger ju ingenting! Kanske vill de kontrollera hur hon fungerar i situationen? Under teammötet har det varit mest läkaren som pratat och Aina har svarat på de frågor som läkaren har ställt till henne. Sedan en stund tillbaka sitter nu läkaren och sjuksköterskan och pratar om Ainas mediciner; tydligen är det en ordination på ett läkemedel som läkaren ifrågasätter. Aina harklar sig för att säga att hon vet hur ordinationen ska vara. Ingen tar dock notis om hennes försök att få uppmärksamhet. Ingen kommer heller på tanken att fråga Aina om medicinen. Aina suckar, öppnar handväskan och tar fram en medicinlista från sin distriktsläkare. Hon lägger listan på bordet och stillsamt skjuter hon fram den mot läkaren.*

*Ainas upplevelse av teammötet var att det var bra. Hon kunde svara på de frågor hon fick av läkaren och hon fick också möjlighet att ställa egna frågor. Men när det kom till diskussionen om Ainas läkemedel fanns hon plötsligt inte i rummet, det var som att svaret på hur läkemedlet skulle ordinerar fanns*

*någon annanstans. Tilltron till att Aina själv hade kontroll på sin behandling tycktes borta. Det är inte förrän Aina visar läkemedelslistan från distriktsläkaren som hon får utrymme i samtalet. Att hon själv hade kunskap och kontroll räckte inte. Det krävdes ett bevis för att bli uppmärksam. Diskussionen mellan läkaren och sjuksköterskan pågick under en lång stund helt i onödan, hade Aina involverats hade tiden kunnat användas till andra frågeställningar.*

## Traditionens makt

De val som vårdarna gör påverkar patienten. I delstudie III framträder hur sjuksköterskornas val påverkar patientens möjlighet till delaktighet. Sjuksköterskan kan i situationer där patientens närvaro vid teammötet ifrågasätts välja att antingen ta med eller välja att avstå från att bjuda in patienten. En anledning till att inte bjuda in är då sjuksköterskan upplever att läkaren uttrycker en ovilja mot att patienten närvarar<sup>35</sup>. På detta sätt har läkaren, men också sjuksköterskan makt att bidra till att sätta gränser för patientens delaktighet. Denna aspekt av att vara i besittning av en maktposition i vilken sjuksköterskan kan bidra till eller försvåra patientens möjlighet till delaktighet tycks till stora delar vara oreflekterad. Istället framhåller sjuksköterskan emellanåt en bild av sig själv som en del i en stor organisation i vilken hon ser sig själv som underordnad med liten makt att påverka. Denna bild av att som sjuksköterska uppleva sig vara placerad lågt i hierarkin har tidigare uppmärksammats (Orchard, 2010; St-Pierre & Holmes, 2008), och det har även uppmärksammats hur känslan av att vara underordnad kan förstärkas i situationer såsom ronder och teammöten (Atwal & Caldwell, 2006; Manias & Street, 2001). Paradoxalt delas inte alltid denna syn av andra professioner som istället värdesätter sjuksköterskan (Orchard, 2010). Teammötet som ett sätt att utveckla rondens, hade inte fått fäste på avdelningen. Detta innebar att traditionella strukturer och rollmönster från rondens levde kvar och påverkade situationen.

Foucaults (1975/2003) beskrivning av rondens som en *examination*, där examinationen utgör ett sätt för den som har makten att objektifiera och underkasta, lever till viss del kvar. Resultatet i studierna visar att det inte enbart är patienten som examineras. Det sker också en intern examination i personalgruppen, där ingen personalkategori går säker, alla måste vara på sin vakt för att kunna möta frågeställningar som den enskilde vårdaren förväntas svara på. Rädslan för att inte kunna leva upp till de förväntningar som ställs i situationen är stor.

---

<sup>35</sup> Hur andra professioner än sjuksköterskan upplevde patientens närvaro vid teammötet framkommer inte i avhandlingen, men tidigare studier har visat att läkare kan uppleva osäkerhet i mötet med äldre patienter. Osäkerheten förstärks av att patienten inte på ett tydligt sätt kan eller orkar uttala sina önskemål (Wissendorff Ekdahl, Hellström, Andersson, & Friedrichsen, 2012a).

Ojämlika strukturer i en vårdorganisation har visat sig få konsekvenser för patienten. En konsekvens kan vara att vårdarna strikt förhåller sig till organisationens ramar istället för att till fullo ta upp kampen för och tillsammans med patienten (Rundqvist, 2004). Varken standardiserade riktlinjer eller vetenskap kan i alla lägen vara ensam garant för vad som är det bästa i den konkreta situationen. För att möta människans sårbarhet behövs också ett reflekterande omdöme (Martinsen, 2006).

De mellanmännsliga relationerna påverkas av omgivande faktorer. Patienterna i studie II kände av och påverkades av stämningen på avdelningen och i personalgruppen. Personalens inbördes relationer, men också det faktum att avdelningen under stora delar av datainsamlingen riskerade att läggas ned oroad och påverkade patienterna. Att en stämning präglad av oro kan påverka äldre patienter och i sin tur leda till att sjukhusvistelsen inte blir ett tillfälle för vila och återhämtning, utan tvärtom leder till ökad oro och frustration, har visat sig i tidigare studie (Kydd, 2008). De inbördes maktförhållandena som finns mellan olika aktörer påverkar de mellanmännsliga dimensionerna i en sjukhuskontext. För att patienterna ska uppleva trygghet behöver en ”hemlik” känsla skapas i sjukhusmiljön (Norlyke, Martinsen, & Dahlberg, 2013). Något som kan vara svårt att realisera då personalens krafter till stora delar fokuseras på oro inför den egna arbetssituationen.

Den filosofiska belysningen beskriver hur den som vågar gå emot invanda rutiner och istället se till patienten också riskerar att bli ensam. Personalens sårbarhet och osäkerhet behöver få utrymme och tid att reflekteras annars riskerar den att ta över situationen och begränsa patientens möjligheter. Teamarbetet är en utmaning, inte bara på ett organisatoriskt plan, utan också på ett existentiellt. Möter inte patienten trygga vårdare med en samsyn runt patientperspektivet riskerar patienten att glömmas bort. Vårdarens mognad, inte position i hierarkin, har betydelse för hur och om vårdaren får förtroende från patienten i vårdandet (Rundqvist, 2004). Ett argument i föreliggande avhandling för att det finns alternativ till att se sig själv som tilldelad en underordnad position är de beskrivningar i studie III (och delvis också i studie I) där sjuksköterskor beskriver att de har modet att stå upp för patienten. Sjuksköterskorna väljer patienten, står upp för dennes rätt att närvara och skapar på så sätt förutsättningar för delaktighet. Det är i dessa beskrivningar där sjuksköterskan väljer patienten, som patientperspektivet och utvecklingen av det samma förs framåt!

### Vinjett 3

*Det är tidigt på morgonen. Gunhild ligger kvar i sängen. Hon känner sig yr och trött. För en stund sedan var personalen inne och frågade vad hon ville äta till frukost. Bara tanken på mat fick henne att känna sig illamående. Lite längre fram på förmiddagen återkommer personalen, nu vill de att hon ska följa med på ett möte. Gunhild förstår inte varför, och hon känner sig*

*fortfarande matt och yr. Samtidigt orkar hon inte riktigt protestera. Lättast är att bara följa med.*

*Med stöd av en personal går Gunhild sakta mot rummet där mötet ska äga rum. Personalen sitter redan samlade runt ett bord och då Gunhild kommer in i rummet blir det alldeles tyst. Personalen tittar på varandra, ingen säger någonting, ingen hälsar. Gunhild känner osäkerheten komma krypande. Mötet börjar. Gunhild är placerad i ena ändan av bordet, längst bort från den läkare som för samtalet. Hon har svårt att höra det som sägs. Samtidigt sitter en annan person i personalgruppen under hela mötet med ryggen mot henne, vänd mot en datorskärm. Gunhild känner sig osäker i situationen, samtidigt som yrseln och illamåendet gör sig påmint. Hon får mobilisera alla sina krafter för att inte illamåendet ska ta överhanden och detta gör att hon har svårt att svara på de frågor hon får. Hon märker också själv att hon tar lång tid på sig att formulera sina svar och att hon upprepar sig. Gunhild känner hur irritationen sprider sig i rummet. Personalens kroppsspråk och ansiktsuttryck talar sitt tydliga språk; detta tar för lång tid! Personer i personalgruppen börjar prata sinsemellan och blåddra i papper.*

*Gunhild tittar mot den sjuksköterska som hon känner igen sedan tidigare för att få hjälp, men sjuksköterskan slår ner blicken och vänder sig mot den övriga personalen. Gunhild vill bara därifrån. Bort från rummet och det sammanhang i vilket hon genom sin uppenbara sårbarhet och blotta närvaro stör personalens rutiner och tar deras tid i anspråk.*

### (Oss) människor emellan

*... vi strävar alltid efter att man ska klara sig själv, men människor klarar sig inte själva!*

Det inledande citatet är från en sjuksköterska i studie III och illustrerar den tvetydighet som finns mellan å ena sidan självständighet och å andra sidan beroende. I varierande utsträckning är människor genom hela livet beroende av andra människor. Samtidigt är strävan, både på individ och samhällelig nivå, ofta att individen ska vara oberoende. I avhandlingens samtliga studier framträder de mellanmännsliga dimensionerna som viktiga och avhandlingen har till stora delar kommit att röra sig runt mötet mellan människor och hur detta gestaltar sig och ger avtryck. I bakgrunden såväl som i framförallt studie IV utvecklas och reflekteras intersubjektiviteten med stöd i ett filosofiskt perspektiv utgående från i första hand Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945).

I den inledande studien beskriver sjuksköterskorna hur de försöker att skapa relationer till patienterna, trots att tiden är begränsad och arbetsbördan stor. I de övriga studierna blir det teammötet som arena för relationerna som hamnar i centrum. Även om det finns en "ram" för vad teammötet ska syfta till påverkas situationen till stor del av människorna som närvarar i den. Det går

inte att bortse från den påverkan som människorna har. Alla som närvarar bär med sig stämningar, tankar och känslor in i situationen och bidrar på så sätt till att fylla det mellanmännsliga rummet. I denna mellanmännsliga väv efterfrågar patienten stöd att hitta sin plats och få utrymme till att återerövra välbefinnande och självständighet. Samtidigt visar resultatet att patientens närvaro vid teammötet gör något med situationen. Patientens närvaro innebär att personalen tvingas se sårbarheten direkt i ögonen. Att som personal möta patientens lidande innebär en stor utmaning och ställer krav på vårdarna. För att se patientens unika situation och vårda utifrån denna menar Todres, Galvin och Dahlberg (2014) att vårdarna behöver få fatt i öppenheten inför situationen och medvetandegöra den egna sårbarheten. Samtidigt behöver de också förhålla sig till gränserna för vad som är möjligt att förstå i relationen till en annan människa.

Avhandlingens resultat visar på vikten av att patientens framtid innehåller möjligheter, inte bara på ett praktiskt plan, utan att patienten också kan se en framtid som rymmer möjligheter på ett existentiellt plan. Todres och Galvin (2010) beskriver, utgående från Heidegger, hur välbefinnandet kan stödjas genom att människan dels kommer till ro med situationen så som den är här och nu och dels genom att framtidens möjligheter i form av stora och små livsprojekt får framträda. Även Hall och Høy (2012) visar i en studie hur viktigt det är att sjuksköterskan kan återupprätta patientens värdighet genom att ta del av patientens livsberättelse och genom att patienten får stöd att se framtida möjligheter.

Det är viktigt att som vårdare vara medveten om det tillitsfulla och trygga mötets kraft i vårdandet (Todres et al., 2014). Med stöd i Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945) fördjupas i delstudie IV förståelsen för hur tidigare möten med vården kan sträcka ut sig och påverka den nuvarande situationen. Minnet av att inte ha blivit bra bemött eller bekräftad vid en tidigare vårdkontakt lever kvar och påverkar situationen här och nu. Även tankar och känslor inför framtida situationer påverkas. Detta är en hissnande tanke som innebär ett stort ansvar för alla som i sin profession möter sårbara människor. Vårdarens förhållningsätt i mötet kan skapa förtröstan och lindra lidande, men också leda till en misstro och otrygghet som är nästintill irreparabel. Situationen i vilken teammötet sker, de mellanmännsliga såväl som de mellanrumsliga dimensionerna bidrar till att skapa förutsättningar till att realisera människans möjligheter. Kontaktytan<sup>36</sup> mellan människor och mellan människan och världen bidrar till ett samskapande av framtidens möjligheter. Samtidigt bygger det till stora delar på att det finns en vårdande relation som i linje med vårdvetenskaplig forskning genomsyras av jämlikhet, respekt och öppenhet.

---

<sup>36</sup> I bakgrunden beskrivs kontaktytan utifrån Dahlberg (2013) som i sin tur utgår från Merleau-Ponty (1968/1964).

De mellanmännsliga dimensionerna innehåller en stor grad av ensamhet. Ensamheten kan ha många skepnader, allt från att vara en konkret avsaknad av andra människor i den egna omgivningen till att vara en upplevd ensamhet mittibland andra människor. Med åldrandet riskerar tillgången till andra människor att minska. Kroppen som sviker gör det svårare att ta aktiv del i sociala aktiviteter och med tiden försvinner betydelsefulla människor bort. Att ensamheten tar kraft från individen, påverkar initiativförmågan och undergräver självkänslan har beskrivits (Haugen & Kirkevold, 2012) och sjukhusmiljön riskerar att förstärka känslan av att vara övergiven och ensam (Norlyke et al., 2013). Ensamheten kan hanteras genom en upplevelse av inre styrka och med stöd från familjen. Något som är viktigt för vårdpersonalen att känna till (Haugen & Kirkevold, 2012). Personalen måste också kunna ge patienterna stöd i att se möjligheterna i situationen (Norlyke et al., 2013). Informanterna i studie II gav uttryck för hur kraften i den egna kroppen inte alltid räckte till. För att kompensera kraftlösheten blev engagemanget i andra människor eller i ett husdjur viktigt. Ett engagemang som kan förstås som ett utsträckande mot tillvaron. Sjukhusvistelsen begränsade denna utsträckthet och längtan efter vardagen och kontakten med barnbarn eller att få klappa katten blev en drivkraft för att återvinna vardagstillvaron.

#### Vinjett 4

*Lars sitter i en fåtölj inne på patientsalen. Han lutar sig tillbaka, ser nöjd ut och ler mot sjuksköterskan, Diana, som precis kommit in på rummet. Diana ler tillbaka, lägger sin hand på Lars arm och frågar hur han tyckte att det var att vara med vid teammötet. Lars ser plötsligt osäker ut, tittar på Diana och säger att han tyckte att det var bra att vara med, men att han är rädd för att han inte kommer ihåg allt som sades under mötet. Diana säger att det inte gör någonting, men hon ber honom också att försöka sätta ord på det som han upplevde var bra. Lars funderar en stund sedan säger han att han tyckte det var bra att alla var så vänliga och snälla. Det var ingen som hade bråttom eller som ställde för svåra frågor till honom. – Alla var väldigt vänliga och det var lätt att förstå det som sades. Jag kände mig ”omsluten”<sup>37</sup> i rummet, säger Lars. Lars berättar själv att han har lite svårt att komma ihåg saker, men han bor fortfarande hemma och i samtalet med Diana beskriver han hur mycket han värdesätter att få bo kvar i det egna hemmet.*

*För patienter som Lars, där minnet ibland sviker, blir situationen här och nu desto viktigare. Det som finns kvar hos Lars efter teammötet är inte information om mediciner, sjukdomar eller planering inför hemgång. Det som*

---

<sup>37</sup>Inför genomförandet av studie IV lästes bl.a. Merleau-Ponty (1968/1964). I den engelska översättningen finns ordet envelop, vilket enligt Oxford Dictionary for advanced learner kan ha betydelsen ”to wrap somebody/something up or cover them or it completely” och den svenska översättningen av envelop kan vara ”omsluta”. I samband med analysen av studie IV lästes delar av intervjuutskriften igenom igen. En av informanterna hade uttryckt sig i termer av att känna sig ”omsluten” i rummet.

*finns kvar hos honom är istället en känsla av välbefinnande över att ha fått delta i ett sammanhang där han har känt sig lyssnad på och där han har känt sig trygg. Diana funderade länge innan hon bjöd in Lars till teammötet: han verkade vara en orolig själ och i personalgruppen hade det uppmärksammats att han var lite glömsk. För Diana hade det varit lätt att gömma sig bakom detta och inte bjuda in, men samtidigt var det lugnt på avdelningen den här dagen. Det fanns tid att förbereda både Lars och den övriga personalen på hans medverkan. Det fanns också tid att följa upp samtalet efteråt. Att Lars fick möjlighet att vara närvarande och delaktig vid teammötet blev en positiv upplevelse för både honom och personalen.*

### I ett långsamt nu rusar livet förbi

Sjuksköterskor på vårdavdelningar är nära patienterna dygnets alla timmar (Elstad & Torjuul, 2009) och vårdandets karaktär av ständigt pågående process påverkar tiden och tidsmedvetandet i vårdandet (Jones, 2001; Elstad & Torjuul, 2009). Samtidigt är vårdandet som process svårvärderat i en organisation där värdet av det som utförs mäts i klocktid och pengar (Jones, 2001). Vårdpersonalens upplevelse är att tiden inte räcker till. Istället upplever de sig tvingade till val som inte alltid är i överrensstämmelse med en inre övertygelse om vad som i stunden är den bästa vården. Fokus blir på att hålla verksamheten igång utan att alltid kunna eller orka vidareutveckla. En av informanterna i delstudie I uttryckte att "Man gör ju inte ett bra jobb någonstans" och detta hastande mellan uppgifter och prioriterande av ibland ändlösa behov, tär och tar kraft. Att uppleva att det aldrig är tillräckligt, att det alltid kunde ha gjorts mer blir som en djup existentiell suck, som kväver och tar udden av alla tankar på att vidareutveckla vårdandet.

Samtidigt har tidigare studier lyft frågeställningen om det enbart är brist på tid som gör det svårt att hinna med att involvera äldre patienter i vården. Tiden kan vara något att gömma sig bakom när det egentligen är exempelvis brist på kunskap om eller engagemang för den aktuella patientgruppen, som är den egentliga orsaken (Milton-Wildey & O'Brian, 2010; Wissendorff Ekdahl et al., 2012a). Ovanstående studier indikerar att tiden kan tjäna som något att gömma sig bakom då patienten inte får en god, omsorgsfull vård. I ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär utebliven vård alltid en kränkning av patientens värdighet (Eriksson, 1994), samtidigt som det indikerar ett maktutövande från vårdpersonalens sida (Rundqvist, 2004).

Ur patienternas perspektiv framträder temporaliteten tydligt. Klocktiden och den levda tiden finns invävt i patienternas kroppar som minnen och erfarenheter, men också som avtryck och sår. Det mesta av tiden i form av timmar och minuter har förbrukats, men finns samtidigt kvar som levd tid. "Att inte ha tid" relaterar för patienterna till en existentiell fakticitet i förhållande till att sjukdomar och sårbarhet på ett påtagligt sätt påverkar deras framtida möjligheter och påminner om livets ändlighet.

Samtidigt som tiden kan kännas kort, livet har gått fort, kan tiden också upplevas som lång i stunden. Ensamhet och begränsningar i tillvaron som gör att det som tidigare var en del av livet inte längre kan genomföras, gör att dagar och nätter ibland blir oändligt långa. Sjukhusmiljön bidrar till att i många fall förstärka upplevelsen av ensamhet och av att tiden går långsamt. I studie II beskriver patienterna hur behovet av vård innebär att vardagslivet tar en paus. Pausen kan innebära alltifrån ett avbrott som förstärker sårbarheten till en möjlighet för vila och återhämtning. I ett vårdvetenskapligt vårdande kan andrummet bli en del i patientens läkningsprocess och på så sätt blir själva andrummet vårdande (Nurminen, 2012).

Den tid som delas av patient och vårdare påverkas av de olika upplevelserna av tid (Nurminen, 2012). I vårdandet möts vårdpersonalens tidspress och patientens både levda tid och långsamma nu. Patienterna är uppmärksamma på personalens tidspress och stör inte i onödan. Samtidigt är personalens inbjudan till mellanmänniska möten viktiga och betydelsefulla. Intersubjektiviteten och delandet av tillvaron är svårt att få tillstånd vid flyktiga möten. För att närma sig varandras världar krävs inte lång tid, men det krävs medveten tid och en önskan att se varandra.

Genom att belysa de empiriska resultaten från studie II och III, med utvalda delar av Heideggers och Merleau-Pontys filosofi framträder i studie IV möjligheten av att förstå teammötet som en del i vårdandet. Vårdandet har idag krav på sig att vara tidseffektivt och genom att se teammötet som integrerat i vårdandet och utveckla de vårdande aspekterna i situationen blir inte teammötet något som "tar tid", istället kan det utvecklas till att mer tydligt bli en del i vårdandet. Om teammötet i sig blir vårdande behöver målet med mötet inte ensidigt fokuseras på att producera resultat (såsom planer och behandlingsstrategier) utan de mellanmänniska aspekterna kan värderas och i sig själva vara ett mål.

## Vinjett 5

*Anna ligger i sin säng på avdelningen och väntar på att läkaren ska komma förbi och berätta vad provsvaren visade. Anna är orolig och väntan känns lång. Samtidigt vandrar tankarna fram och tillbaka. För en stund sedan var hon i tanken tillbaka i barndomshemmet. Det var tidig morgon och hon var på väg att gå till skolan. Anna minns olustkänslan inför dagens läxförhör. Anna hade egentligen inte svårt för sig i skolan, tvärtom, men hon var blyg och lärarens auktoritet skrämde. Anna kan känna lite av den känslan återkomma till henne. Läkaren var i och för sig trevlig, men han verkade stressad och Anna hade svårt att förstå vad han sa vid deras förra samtal. Samtidigt på vårdavdelningen håller sjuksköterskan Diana på att förbereda Annas antibiotikainjektion. Diana tänker att hon måste stanna upp och prata med Anna, hon verkar ledsen och orolig och Diana vill få veta mer om vad det är som gör Anna ledsen. Då Diana precis ska gå in till Anna ringer telefonen i*



*hennes ficka. Det är jousen som ringer och berättar att det kommer en ny patient till avdelningen. Samtalet med Anna får vänta.*

*I berättelsen finns olika dimensioner av tiden, där klocktid och levd tid inte går att separera utan på olika sätt finns närvarande. Annas väntan på läkaren känns lång. Hon är orolig för vad provsvaren visar, men hon är också orolig inför mötet med läkaren och hur hon ska hantera situationen. Den tankemässiga vandringen tillbaka till barndomens läxförhör och rädslan för lärarens auktoritet kommer tillbaka till henne i stunden. Sjuksköterskan Diana har uppfattat Annas oro, men hinner aldrig in till Anna för ett samtal. Som en tidslig dimension står Annas tid stilla i väntan på läkarens besked, i en annan dimension rusar tiden på då Anna har en inre känsla av att livet rinner henne ur händerna. För Diana rusar tiden iväg det finns få stunder att stanna upp och samtidigt som hon utför en sak med sina händer, utför hon en annan i tanken. Vårdandet sker i en ständigt pågående rörelse, framåt, bakåt, i tanken och i kroppen. Här och nu existerar bara i korta stunder under en arbetsdag, det gäller att ligga steget före att planera och prioritera.*

## Berättelsen som mötesplats

Med berättelsen vävs diskussionens hittillsvarande delar samman. I berättelsen finns drömmen om den goda vården, temporaliteten, intersubjektiviteten och delaktigheten. I berättelsen finns också möjligheten att utveckla vårdandet med fokus på patienten. Berättelsen är något att mötas runt, utgå från och använda sig av i vårdandet.

Berättelsen har en tidslig struktur och kan utgöra det ”kitt” som binder samman det förflutna med nuet och skapar möjligheter inför framtiden. Genom livet formas och omformas berättelserna allteftersom tiden går och andra människors berättelser blir en del av den egna. En berättelse är på detta sätt inte sann i objektiv mening och berättelsen kan anta olika former beroende på situationen och människan bakom berättelsen (Jenner & Henriksson, 2008). För att förstå vem man är i den nuvarande situationen, söks förklaringar i det som varit. Patienterna vandrar i berättelsen tillbaka i livet för att på så sätt ge en bild av sig själva och den situation de är i idag. Bilden som skapas i berättelsen rör sig dels runt den egna personen, men innefattar också tillvaron i ett vidgat perspektiv. Båda dessa dimensioner är viktiga att beakta utifrån att det fanns en generationsskillnad mellan patienterna i studie II och vårdarna. För att återvända till Heidegger (2013/1927) är patienter och vårdare inte inkastade i samma tid. Genom berättelsen möjliggörs ett möte mellan människor och mellan olika tider som är viktig för förståelsen av situationen så som den är. Berättelsen kan bli det avstamp som möjliggör samskapande av framtida möjligheter.

Berättelsens yttersta syfte är att skapa mening och för att berättelsen ska bli meningsfull behöver den bli mottagen och lyssnad till av andra människor (Frank, 2000; Jenner & Henriksson, 2008). Berättandet har alltså en dimension

starkt kopplad till relationen mellan människor (Frank, 2000). När patienterna i studie II beskriver hur de önskar dela sina historier, innebär denna inbjudan en möjlighet för vårdarna att ta del av och få en känsla för hur patienten erfar sin situation. I delandet av berättelsen finns intersubjektiviteten så som den tidigare beskrivits utifrån Merleau-Ponty (1968/1964, 2011/1945) närvarande. Vårdarna ges en möjlighet att ana vad som har betydelse för patienten. Berättelsen kan ses som en gåva till vårdaren från patienten (Nurminen, 2012). En gåva som om den tas emot, värdesätts och används kan bli vårdande och bidra till ett lindrat lidande (Skott, 2013).

Patient och vårdare kan bära på motsägelsefulla föreställningar om vad som är relevant kunskap om patienten i situationen. Patientens önskan att berätta sin livshistoria kan skymmas av vårdarnas behov av objektiva, standardiserade uppgifter (Skott, 2013). Patienternas närvaro och önskemål om att berätta utmanade den traditionella strukturen för teammötet. Beroende på personalens förhållningssätt kunde berättelsen så som patienten ville berätta den ges utrymmer eller så formades berättelsen utifrån personalens behov och frågeställningar. Skott (2013) menar att då vårdarna är tilldelade ett tolkningsföreträdare har de på så sätt makt att forma förutsättningarna för vilka berättelser som kommer att berättas.

Det kan vara viktigt att få möjlighet att sätta ord på den upplevda ohälsan och den medicinska diagnosen kan då bidra till att förklara lidandet (Svenaues, 2013). Diagnosen blir ett sätt att förhålla sig till och förstå lidandet; diagnosen blir en meningsprocess. Risken med diagnosen är dock att den lätt blir den enda sanningen och att det blir svårt att få gehör för lidande som inte passar in inom diagnosens ramar (Johannisson, 2006). Resultatet i avhandlingen visar att patienterna inte enbart nöjer sig med att sätta ord genom den medicinska diagnosen, utan också efterfrågar en berättelseform i vilken sökandet efter mening i tillvaron är närvarande. I denna meningssökande berättelseform kan människan träda fram och ge innebörd och mening åt de skeenden som hon är en del av (Frank, 1995). Vårdvetenskapen kan bidra med ord som kompletterar den medicinska diagnosen och ger andra dimensioner på ohälsa. Kanske kan vårdvetenskapen till och med hjälpa människor att förstå sin situation, sin ohälsa och sitt lidande på ett annat sätt än enbart utifrån en medicinsk diagnos?

Vad en berättelse är och vad den i sammanhanget betyder låter sig inte med lätthet beskrivas. Berättelsen innebär en mångfald av innebörder. En slutsats kan vara att berättelsen har ett egenvärde; berättandet hjälper till att skapa mening och lindra lidande. En annan slutsats som följer av detta är att berättaren behöver en uppmärksam lyssnare. Att lyssna är en aktiv handling, att lyssna är något mer än att höra (Martinsen, 2006). I lyssnandet ingår att vara uppmärksam, ställa frågor och på så sätt ge stöd till att ge berättelsen en rörelse. Samtidigt finns en risk; genom att ställa frågor griper frågeställaren in i berättelsen och påverkar den. Om inte lyssnandet och frågandet sker med finkänslighet riskerar fokus flyttas från berättaren till den som lyssnar och

berättelsen blir en annan. Men den som lyssnar kan ta emot inbjudan och genom att bära vittnesbörd om budskapet i berättelsen bidra till meningsskapande.

Others can witness what lives within the storyteller's community actually look, feels, and sounds like. Storytellers tell stories because the texture of any form of life is so dense that no one can describe this form of life; the storyteller can only invite someone to come inside for duration of the story (Frank, 2000, s. 361).

Berättelsen som en del i det mellanmännsliga rummets kontaktyta, berättelsen som ett omfamnande eller berättelsen som en förutsättning för människans sammanflätade möte med världen. Oavsett hur vi väjer att se på berättelsen har den i avhandlingen visat sig ha en betydelsefull plats i vårdandet såväl som i utvecklandet av vårdandet.

#### Vinjett 6

*Bakom fasaden finns barnet, den unga kvinnan, mamman, livskamraten och alla dimensioner av livet kvar. Det ni ser framför er är bara en skärva av ett liv, märkt av sjukdomar, sorger, men också glädje och hopp. Jag har också varit ung, yrkesarbetat, längtat och sörjt. Tyckt om att ha vackra kläder på mig och nu sitter jag här i en sjukhusrock med tofflor på fötterna. Jag som aldrig skulle ha tagit på mig ett par tofflor tidigare! Jag har alltid varit behövd av andra människor, men nu orkar min kropp inte vara behövd längre och vad är jag då? Nu är jag någon som behöver hjälp, någon som behöver insatser i hemmet, behöver matdistribution och blöjor. Jag är inte jag längre, jag är gammal. Ändå finns hon kvar därinne. Den unga vackra levnadsglada kvinnan på väg ut i livet. Och jag vill att ni ska se henne! Se henne och ni ser mig.*

## Avslutande reflektioner

Avhandlingen bidrar med fördjupad förståelse för komplexiteten i att vidmakthålla och utveckla patientperspektivet i vårdandet. Viljan att utveckla vårdandet finns, men den behöver näring och stöd. För att utveckla vårdandet behöver människor också bli berörda, något som vårdvetenskapen och den reflekterande livsvärldsansatsen kan bidra med. Att vara i behov av sjukhusvård innebär i varierande grad en sårbarhet, en sårbarhet som dessutom riskerar att förstärkas av föreställningar, regler och strukturer i vårdorganisationen. Avhandlingen visar på vårdvetenskapens möjlighet att som komplement till annan kunskap och andra discipliner förtydliga vikten av att alltid ha patientens bästa för ögonen. Avhandlingen innefattar också en utmaning till de processer och strukturer i dagens sjukvård som alltför ensidigt

värderar personalens insatser och patientens sårbarhet i mätbara effektivitetsmått. Utmaningen ligger i att också väga in det ovärderliga – människan och hennes tillvaro.

## Kliniska implikationer

De kliniska implikationerna relaterar dels till det övergripande syftet där utveckling av ett vårdvetenskapligt patientperspektiv står i fokus, och dels till delstudiernas mer konkreta resultat avseende patientens delaktighet vid teammötet.

För att förvalta resurser i form av investerat kapital, tid och engagemang, bör samverkansprojekt mellan vårdverksamheten och akademien bygga på långsiktighet. Att bygga upp och vidareutveckla stabila vårdande miljöer tar tid och kraft. Ett ömsesidigt ansvarstagande bland *alla* berörda aktörer är en förutsättning för att nå hållbarhet i vårdandet. Samverkan och vidareutveckling kan inte heller byggas eller bäras upp av enskilda personer, utan måste finnas djupt rotat hos samtliga individer i en verksamhet. Bördan blir övermäktig och sårbarheten för stor om uppdraget inte delas och genomsyrar verksamheten.

För att ytterligare stärka patientens situation och delaktighet i vårdandet kan sjuksköterskans roll och funktion ytterligare uppmärksammas och utvecklas. Intentionaliteten och intersubjektiviteten, som bland annat innebär ett aktivt lyssnande till patientens berättelse, innebär en möjlighet att ta del av patientens livsvärld. Utmaningen finns i att detta inte låter sig göras utifrån checklistor eller PM, utan bygger på att sjuksköterskan i mötet med patienten har förmåga att stanna upp och ta emot det som patienten väljer att prata om.

Teamarbetet är en utmaning, inte bara på ett organisatoriskt plan, utan också på ett existentiellt. Personalens inbördes relationer måste få utrymme att reflekteras, annars riskerar detta att skymma sikten i mötet med patienten. Självkännedom, förmåga att reflektera och en trygg, stabil organisation med tydlig värdegrund kan vara ett stöd för ett patientfokuserat vårdande.

För att begreppet teammöte ska leva upp till sin innebörd, borde det vara en självklarhet att patienten eller dennes närstående aktivt erbjuds medverkan. Utvecklandet av teammötet mot ett mer vårdande perspektiv, ska inte ses som ett försök att minska betydelsen av medicinska diskussioner, utan som ett försök att integrera och vidga perspektivet så att patientens behov kan bli förstådda i sitt sammanhang. Människan är både biologi och existens sammanvävda till en komplex helhet, och det är denna helhet som behöver få plats i situationer då människan är som mest sårbar.

## Fortsatt forskning

Att kunskap, vetenskap och forskning är delar i en ständigt pågående process har blivit tydligt under arbetet med avhandlingen. Entydiga och enkla lösningar på komplexa frågeställningar har inte gått att finna. Inga frågetecken har förvandlats till utropstecken, snarare har existerande frågetecken utvecklats till nya, ibland ännu krokigare. Istället för absolut kunskap eller sanning ligger insikten i ödmjukheten inför föränderligheten. Föreliggande forskningsresultat visar bland annat behov av ytterligare forskning avseende:

- Hur vårdandet kan utvecklas och värdesättas utifrån dess (mellan)mänskliga dimensioner
- Interventionsstudier där patienten är en aktiv aktör
- Patientperspektivet och intersubjektivitetens betydelse i vårdande möten och specifikt under teammöten och ronder
- Fördjupa förståelsen för existentiella dimensioner i vårdande möten, vid teamsamverkan och då vårdandet utvecklas
- Att fortsätta utveckla former för mötet mellan aktionsforskning och fenomenologi

## ENGLISH SUMMARY

The overall aim of the thesis is to examine how a patient perspective grounded in caring science, can be preserved and developed in the context of hospital care. Previous research has indicated challenges in implementing research in clinical practices. A lack of time was mentioned as one example of an aggravating circumstance (Andersson et al., 2007; Kajermo et al., 2008). In study II–IV the context is concentrated on the development of patient participation during the team meetings. The team meeting can be understood as an intention to develop the traditional ward rounds. Patients often experience the round as fragmented and brief, leaving little time for interaction (Persson & Määttä, 2012; Sweet & Wilson, 2011). Changing and developing the ward rounds is described as a challenging task due to the inherent and hierarchical structures it relies on (Fiddler et al., 2010).

The patient perspective is defined in accordance with a caring science perspective in which human is understood as an entity (Eriksson, 1987, 1990, 2002, 2007; Dahlberg & Segesten, 2010). From a caring science perspective, a caring relation that is characterized by mutuality is important (Gustafsson et al., 2012; Holopainen et al., 2012). Furthermore, the patients' potential to participate is essential, although a clear understanding of the concept of patient participation remains elusive and complex (Sahlsten et al., 2008).

The connection between the overall aim and the specific aims of the studies are related to an intention to work in communion between the academy and a clinical context. The first study called for collaboration, and forthcoming studies are a result of that intention.

### Overall and specific aims

The overall aim of the thesis is to examine how a patient perspective grounded in caring science, can be preserved and developed in the context of hospital care.

The specific aims are the following:

- I. To develop insight into how nurses, head nurses and senior preceptors experience the integration of caring science in practice and how they value the contribution of nursing students to the integration of caring science in practice.
- II. To describe the caring, as experienced by older patients on a ward for older persons, with a specific focus on the team meetings.
- III. To highlight nurses' experiences of older patients' participation in team meetings.
- IV. To gain a greater understanding of the interpersonal dimensions when an older patient is present at a team meeting.

## Data collection and analysis

The first study examines attitudes towards caring science in clinical practice. Data were collected through focus group interviews with seven nurses, three head nurses and four senior preceptors. An interpretative approach guided the study (Dahlberg et al., 2008; Fleming et al., 2003). The results required collaboration between clinical praxis and the academy, according to how caring science can be preserved and developed. Study II–III were accordingly conducted in collaboration with a hospital ward for older patients. In an attempt to develop care through increased patient participation, the patients were invited to attend a team meeting. Data from these studies were collected using interviews and observations. Fifteen patients (study II) and nine nurses (study III) who had experienced patient participation in a team meeting participated. In these studies, a reflective lifeworld approach guided the research process (Dahlberg et al., 2008). Study IV is presented as a general structure and philosophical examination. The essences from study II and III constitute the basis for the general structure. The general structure is then further examined through a philosophical examination in the light of the work of Heidegger (1962/1927) and Merleau-Ponty's (1968/1964, 2011/1945) philosophies.

## Findings

The findings from each study are presented in the articles.

In summary, and in relation to the overall aim, the studies indicate that the nurses have a desire to develop care, and this desire is sometimes able to

flourish. However, nurses find themselves in a field of tension where humanizing care is challenged by organizational and economic demands. Time is both an opportunity and a challenge—the challenge is the inexorable continuity of clock time. All dimensions of time are scarce, and both patients and nurses are struggling against time. For the nurses, it is about catching up with the tasks of the day. For patients, time has an existential dimension as their life is at risk of slipping through their hands. Time as a possibility is experienced as a presence in the moment and in encounters between humans.

The caring relation is essential and it is the carers who are in a position to create good relations or reject the patients' desire for care. The team meeting is not only an opportunity to plan care, but is also experienced as an emotional meeting where existential dimensions need to be considered. The patients need guidance from the nurse before, during and after the team meeting. When the patient is not confirmed or guided, their vulnerability increases. Vulnerability is further increased by tradition-bound structures that remain in care, exist during the team meetings, and occur in divergences in the professional group. The patient's perspective is at risk of being lost in care and when care is developed as a consequence of a lack of time; organizational and economic demands; and divergences in the professional group. Carers as well as patients need to be brave to challenge prevailing patterns and power structures. The care is most evidently developed when the patient's perspective is anchored in the nurse and when the nurse has the courage to care based on the patients' stories.

## Conclusions

The thesis contributes to a deeper knowledge of the complexities of sustaining and developing the patient's perspective in hospital care. A desire to develop care is present, but there remains a need for support and encouragement. To develop care, people need to be concerned; this is where caring science and reflective lifeworld research can make a contribution. To be in need of hospital care indicates a degree of vulnerability. This vulnerability is at risk of being reinforced by beliefs, rules and structures in the caring organization. This thesis demonstrates possibilities of caring science as a complement to others' knowledge and disciplines. It is most important to always have the patient's best interest at heart. The thesis also considers the challenge of the processes and structures of today's health care, which values the staff's efforts and patients' vulnerability in quantifiable measures of efficiency. The challenge is to also take into consideration the invaluable—humans and their existence.



# TACK

...och så kommer det allra svåraste. Att i ord uttrycka sin tacksamhet till de människor som på ett eller annat sätt haft betydelse genom den process som avhandlingsarbetet har inneburit. Ord har en tendens att inte räcka till. Tacksamhet uttrycks ofta bäst i handling. Här får handlingen komma till uttryck i ett försök att formulera tacksamheten i ord.

Jag vill börja med att tacka informanterna i studierna. Era berättelser har berört och upprört och för er skull hoppas jag att denna avhandling ska få betydelse.

Utan god handledning hade det dock inte blivit någon avhandling och jag vill tacka mina huvudhandledare professor Terese Bondas och professor Margaretha Ekebergh. Terese för att du trodde på mig i inledningsskedet och Margaretha för att du med jämnmod har tagit dig an min ibland röriga forskning. Stort tack också till mina bihandledare docent Eva Persson och docent Ulrica Hörberg. Eva som har funnits med genom hela processen, uppmuntrat och ifrågasatt. Ulrica som med sin hängivna kunskap i vårdvetenskap och fenomenologi bidragit stort till avhandlingens alla delar. Tack också Ulrica för allt stöd och alla samtal under framförallt den avslutande delen.

Tack till alla er som i olika stadier av avhandlingen läst, granskat och kommit med ovärderliga synpunkter. Granskare vid mittseminariet docent Helle Wijk och docent Åsa Roxberg; granskare vid slutseminarie docent Sofia Almerud Östberg och docent Carina Persson. Fil. Dr. Helena Dahlberg för granskning av studie IV och professor Maria Nyström för granskning av kappan inför disputation. I would also like to extend my thanks to Professor Kate Galvin, University of Hull, for reading, commenting and providing encouragement during this process.

Möjligheten att få ägna sig åt forskning är en förmån och för det vill jag tacka Högskolan i Borås. Tack till prefekt Lotta Dalheim Englund och studierektor Ingela Rydström samt alla arbetskamrater vid Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås. För stöd och hjälp vid Linnéuniversitetet vill jag tacka Kristina Julin, Catarina Gaunitz och David Brunt.

En inte oviktig del av doktorandstudierna är möjligheten att få komma ut och presentera sin forskning. Tack till Sophiahemmets sjuksköterskeförening och Vårdförbundet för ekonomiskt bistånd.

En stor del av avhandlingen bygger på samverkan med klinisk praxis. Utan denna samverkan hade det inte blivit någon avhandling. Jag är djupt imponerad av er kunskap, ert hängivna engagemang och er vilja att alltid göra det bästa för patienten. Ett särskilt tack till Elisabeth Ingemarsson och Pernilla Karlsson. Era visioner, ert engagemang och ert mod har stor del i denna avhandling. Tack också till Arek Grabowski, Kajsa Lundqvist och Monika Ohlsson för att ni på olika sätt har engagerat er under processen. Mina tankar och stora tacksamhet går till Gudrun Wallmyr. Svårt sjuk och med stor erfarenhet av att vårda och vårdas, inspirerade Gudrun i inledningen av forskningsprocessen till att fokusera ett vårdvetenskapligt patientperspektiv. Gudrun förlorade kampen mot sjukdomen sommaren 2010, men i tanke, känsla och handling finns du med i varje steg av avhandlingen. Jag är oändligt tacksam för våra korta möten.

Det är alltid skönt att kunna dela upplevelser med andra människor. Och utan doktorandkollegor i Borås och Växjö hade det blivit en torftig resa! Tack alla för alltifrån småprat till djup kunskap. I Borås vill jag speciellt tacka: Camilla Eskilsson, Katarina Karlsson, Niklas Andersson, Lina Palmér, Sepideh Olausson, Laura Darcy och Karin Högberg. Och i Växjö Margareta Larsson, Hanna Holst, Karin Johansson och Sofia Backåberg. Mina varma tankar går till Azam Edalatojow.

I detta sammanhang är det brukligt att också tacka familj och vänner, men här tar mina ord slut. Sammanhanget är för obetydligt, tacksamheten över att ha er nära för stor. Bakom uppräkningsen av era namn ryms så mycket mer som inte handlar om arbete och forskning: Karin Carlén, Helén Thorin, Ulla och Charlotta Lindberg, Hans, Maria, Amelie och Emma Hedgren, Hanna Kader.

Mamma, du är en riktig kämpe och jag är glad att jag fått ärva lite av din envishet. Men framförallt är jag tacksam för din närvaro, omtänksamhet och kärlek.

Avslutningsvis ni som finns närmast hjärtat: Martin, Jonathan och Alva. All kärlek till er och tack för att jag får dela mitt liv med er!

♥*Amor vincit omnia*♥.

Mölndal 20 juli 2014  
Elisabeth Lindberg

# LITTERATUR

- Agledahl, K., Førde, R. & Wifstad, Å. (2010). Clinical essentialising: a qualitative study of doctors' medical and moral practice. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13, 107-113. Doi:10.1007/s11019-009-9193-z
- Ana (2014). I *Norstedts ordbok*. Tillgänglig: <http://www.ord.se>
- Andersson, L., Burman, M., & Skär, L. (2011). Experiences of caretime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 646-652. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00874.x
- Andersson, N., Cederfjäll, C., Jylli, L., Kajermo, KN. & Klang, B. (2007). Professional roles and research utilization in paediatric newly graduated nurses experiences. *Scandinavia Journal of Caring Sciences* 21(1), 91-97. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00435.x
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdande*. Stockholm: Liber.
- Atwal, A. & Caldwell, K. (2006). Nurses' perceptions of multidisciplinary team work in acute health-care. *International Journal of Nursing Practice*, 12(6), 359-365. Doi: 10.1111/j.1440-172X.2006.00595.x
- Axelsson, R. (2000). The organizational pendulum: Healthcare management in Sweden 1865-1998. *Scandinavian Journal of Public Health*, (28)2, 47-53. Doi: 10.1177/140349480002800109
- Barbosa da Silva, Berggren, I., & Nunstedt, H. (2009). *Omvårdnadshandledning :ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Barbour, R., & Kitzinger, J. (1999). *Developing Focus Group Research. Politics, Theory and Practice*. London: Sage.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: fenomenologi från Husserl till Merleau-Ponty*. Göteborg: Daidalos.
- Benktson, B-E. (1971). *Varat och tiden: Introduktion till Martin Heidegger, Sein und Zeit*. Lund: Gleerup.

- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (1999). *Expertkunnande i omvårdnad. Omsorg, klinisk bedömning och etik*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergqvist, D. (2014). Rond. I *Nationalencyklopedin*. Tillgänglig: <http://www.ne.se.lib.costello.pub.hb.se/lang/rond/295141>
- Blesedell Crepeau, E. (2000). Reconstructing Gloria: A Narrative Analysis of Team Meetings. *Qualitative Health Research*, 10(6), 766- 787. Doi: 10.1177/104973200129118813
- Bondas, T. (2003). Caritative leadership: ministering to the patients. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 249-253.
- Bondas, T. (2006). Paths to nursing leadership. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 332-339. Doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00620.x
- Bondas, T. (2009). Preparing the air for nursing care: a grounded theory study of first line nurse managers. *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 351-362. Doi: 10.1177/1744987108096969
- Bornemark, J. (2013). The genesis of empathy in human development: a phenomenological reconstruction. *Medicine Health Care and Philosophy*, 17(2), 259-268. Doi: 10.1007/s11019-013-9508-y
- Boström, A-M., Kajermo, KN., Nordström, G. & Wallin, L. (2008). Registered nurses' use of research findings in the care of older people. *Journal of Clinical Nursing*, 18(10), 1430-1441. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02370.x
- Bradfield, O. (2010). Ward rounds: the next focus for quality improvement? *Australian Health Review*, 34 (2), 193-196.
- Bridges, J., Flatley, M., & Meyer, J. (2010). Older people's and relatives' experiences in acute care settings: systematic review and synthesis of qualitative studies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(1), 89-107. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2009.09.009
- Bullington, J., & Fagerberg, I. (2013). The fuzzy concept of 'holistic care': a critical examination. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 493-494. Doi: 10.1111/scs.12053
- Bäck-Pettersson, S., Jensen, P., Kylén, S., Sernert, N. & Hermansson, E. (2012). Nurses experiences of participation in a research and development programme. *Journal of Clinical Nursing*, 22(7-8), 1103-1111. Doi: 1111/j.1365-2702.04297.x
- Carlström, E., Kvarnström, S. & Sandberg, H. (2013). Teamarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlen (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Chow, J. (2013). *Vårdandets Symfoni – fenomenet vårdrelation i skenet av två världsbilder*. (Doktorsavhandling, Linnaeus University Dissertations ; 126). Växjö : Linnaeus University Press.

- Claesson, S. (2011). Undervisning i en hermeneutisk- fenomenologisk belysning. I S. Claesson (Red.), *Undervisning och existens*. Göteborg: Daidalos.
- Clegg, A., Young, J., Illiffe, S., Olde Rikkert, M & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381, 752-62. Doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9
- Conway, J., & Elwin, C. (2007). Mistaken, misshapen and mythical images of nurse education: creating a shared identity for clinical nurse educator practice. *Nurse Education in Practice*, 7(3), 187-194. Doi: 10.1016/j.nepr.2006.08.005
- Dahlberg, H. (2011). *Vikten av kropp: frågan om kött och människa i Maurice Merleau-Pontys Le visible et l'invisible*. (Doktorsavhandling, Göteborgs universitet ).Göteborg: Institutionen för litteratur, idéhistoria och religion, Göteborgs universitet.
- Dahlberg, H. (2013). *Vad är kött?: kroppen och människan i Merleau-Pontys filosofi*. Göteborg: Glänta Produktion.
- Dahlberg, K. (2014). *Att undersöka hälsa och vårdande*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2008). *Reflective lifeworld research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande. I teori och praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Dahlberg, K., Todres, L. & Galvin, K. (2008). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. *Medicine Health Care & Philosophy*, 12(3), 265–271. Doi: 10.1007/s11019-008-9174-7
- Dalgaard, KM. & Delmar, C. (2008). The relevance of time in palliative care nursing practice. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(10), 472-476.
- Drennan, J. (2002). An evaluation of the role of the clinical placement coordinator in student nurse support in the clinical area. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 475-483. Doi: 10.1046/j.1365-2648.2002.02396.x
- Ekdahl, A. W., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me." Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education & Counseling*, 80(2), 233-240. Doi: 10.1016/j.pec.2009.10.026
- Ekebergh, M. (2009). *Att lära sig vårda -med stöd i handledning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eldh, A. C., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2006). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 45-53. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.06.002

- Ellis, G., Whitehead, MA., O'Neill, D., Langhorne, P. & Robinson, D. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (7). Doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub2
- Elstad, I. & Torjuul, K. (2009). Continuity of nursing and the time of sickness. *Nursing Philosophy*, (10)2, 91-102. Doi:10.1111/j.1466-769X.2008.00365.x
- Eriksson, K. (1987). *Pausen. En beskrivning av vårdvetenskapens kunskapsobjekt*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1990). *Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård*. Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.
- Eriksson, K. (2002). Caring science in a new key. *Nursing Science Quarterly*, 15(1), 61-65. Doi: 10.1177/089431840201500110
- Eriksson, K. (2007). Becoming through suffering -- the path to health and holiness. *International Journal for Human Caring*, 11(2), 8-16.
- Fiddler, M., Borglin, G., Galloway, A., Jackson, C., McGowan, L., & Lovell, K. (2010). Once-a-week psychiatric ward round or daily inpatient team meeting? A multidisciplinary mental health team's experience of new ways of working. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19 (2), 119-127. Doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00652.x
- Fink, R., Thompson, C. J., & Bonnes, D. (2005). Overcoming barriers and promoting the use of research in practice. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 121-129.
- Finlay, L. (2009). Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenology & Practice*, 3(1), 6-25.
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists : researching the lived world*. Hoboken, N.Y.: Wiley.
- Fleming, V., Gaidys, U. & Robb, U. (2003). Hermeneutic research in nursing: developing a Gadamerian-based research method. *Nursing Inquiry*, 10(2), 113-120. Doi: 10.1046/j.1440-1800.2003.00163.x
- Foss, C. (2011). Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13-14), 2014- 2022. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03505.x
- Foucault, M. (1975/2003). *Övervakning och straff*. (4:e uppl.) Lund: Arkiv förlag.
- Frank, A. (1995). *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Frank, A. (2000). The standpoint of storyteller. *Qualitative Health Research*, 10(3), 354-365. Doi: 10.1177/104973200129118499
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care -- a phenomenographic study based on patients' lived experience.

- International Emergency Nursing*, 17(1), 15-22. Doi: 10.1016/j.ienj.2008.09.003
- Gadamer, H-G. (2004/1960). *Truth and Method*. New York: The Continuum Publishing Company.
- Gair, G., & Hartery, T. (2001). Medical dominance in multidisciplinary teamwork: a case study of discharge decision-making in a geriatric assessment unit. *Journal of Nursing Management*, 9(1), 3-11. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2001.00200.x
- Galvin, K., & Todres, L. (2009). Embodying Nursing Openheartedness. An Existential Perspective. *Journal of Holistic Nursing*, 27(2), 141-149. Doi: 10.1177/0898010108323303
- Galvin, K., & Todres, L. (2013). *Caring and Well-being. A Lifeworld Approach*. Milton Park, Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge.
- Gerrish, K., Ashworth, P., Lacey, A., & Bailey, J. (2008). Developing evidence-based practice: experiences of senior and junior clinical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 62-73. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04579.x
- Gerrish, K., McManus, M., & Ashworth, P. (2003). Creating what sort of professional? Master's level nurse education as a professionalising strategy. *Nursing Inquiry*, 10(2), 103-112. Doi: 10.1046/j.1440-1800.2003.00168.x
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*, 28(2), 235- 260.
- Glasdam, S. (2002). *Inklusion og eksklusion af kræftpatienters pårørende i en onkologisk klinik*. (Doktorsavhandling, Det Humanistiske Fakultet). København: Københavns Universitet.
- Glasson, J., Chang, E., Chenoweth, L., Hancock, K., Hall, T., Hill-Murray, F. & Collier, L. (2006). Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5), 588-598. Doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01371.x
- Gustafsson, L-K., Snellman, I. & Gustafsson, C. (2012). The meaningful encounter: patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health- care. *Nursing Inquiry*, 20(4), 363-371. Doi: 10.1111/nin.12013
- Hall, E. & Høy, B. (2012). Re-establishing dignity: nurses experiences of caring for older hospital patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 287-295. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00931.x
- Harrefors, C., Sävenstedt, S., & Axelsson, K. (2009). Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of*

- Caring Sciences*, 23(2), 353-360. Doi: org/10.1111/j.1471-6712.2008.00629.x
- Haugen, S. & Kirkevold, M. (2012). Variations in older persons' descriptions of the burden of loneliness. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (26)3, 553-560. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00965.x
- Heidegger, M. (2013/1927). *Vara och Tid*. Göteborg: Daidalos.
- Heron, & Reason. (2001). The Practice of cooperative inquiry: Research with rather than on people. In P. Reason & H. Bradbury (Ed.), *Handbook of Action Research*. London: Sage.
- Herr, K., & Anderson, G. L. (2005). *The Action Research Dissertation. A Guide for Students and Faculty*. London: Sage.
- Holopainen, G., Kasén, A. & Nyström, L. (2012). The space of togetherness – a caring encounter. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(1), 186-192. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.01090.x
- Husserl, E. (1970/1936). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology* (D. Carr, Trans.). Evanston, IL, USA: North Western University Press.
- Husserl, E. (1977/1929). *Cartesian meditations* (D. Cairns, Trans.). The Hague, NL: Martinus Nijhoff.
- Husserl, E. (1992/1929). *Cartesianska meditationer. En inledning till fenomenologin*. Göteborg: Daidalos.
- Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. (Doktorsavhandling, Acta Wexionensia 133). Växjö : Växjö University Press.
- Inde, M. (2006). *Framtidens vårdmodell. Patientnärmre vård- Hur gör man?* Karlstad: Landstinget i Värmland.
- Inde, M. (2011). *Ännu närmre :för en god och säker patientnärmre vård*. Karlstad: Landstinget i Värmland.
- Jenner, H., & Henriksson, C. (2008). Att leva sin berättelse - livsberättelsen som grund för meningsskapande. I D. Stiwne (Red.), *Bara detta liv. Texter i existentiell psykologi och psykoterapi*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Johannisson, K. (2004). *Tecknen. Läkaren och konsten att läsa kroppar*. Stockholm: Norstedts förlag.
- Johannisson, K.. (2006). Hur skapas en diagnos? Ett historiskt perspektiv. I G. Hallerstedt (Red.), *Diagnosens makt. Om kunskap, pengar och lidande*. Göteborg: Daidalos.
- Johnson, M. (2007). Ethical issues of intervention in research. In T. Long & M. Johnson (Ed.), *Research Ethics in the real World. Issues and solutions for health and social care*. London: Elsevier.
- Jones, A. (2001). Time to think: temporal considerations in nursing practice and research. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 150-158. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2001.01647.x



- Jones, A., & Jones, D. (2011). Improving teamwork, trust and safety: A ethnographic study of an interprofessional initiative. *Journal of Interprofessional Care*, 25(3), 175-181.  
Doi.org/10.3109/13561820.2010.520248
- Kajermo, K. N., Undén, M., Gardulf, A., Eriksson, L. E., Orton, M., Arnetz, B. B., & Nordström, G. (2008). Predictors of nurses' perceptions of barriers to research utilization. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 305-314. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00770.x
- Kasén, A. (2012). 'Patient' och 'sjuksköterska' i en vårdande relation, I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund : Studentlitteratur.
- Koch, K., & Kralik, D. (2006). *Participatory Action research in Health Care*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Kydd, A. (2008). The patient experience of being a delayed discharge. *Journal of Nursing Management*, 16(2), 121-126. Doi: 10.1111/j.1365-2934.2008.00848.x
- Ladkin, D. (2005). "The enigma of subjectivity": How might phenomenology help action researchers negotiate the relationship between "self", "other" and "truth"? *Action Research*, 3(1), 108-126. Doi: 10.1177/1476750305049968
- Lindahl, B., Dagborn, K., & Nilsson, M. (2009). A student-centered clinical educational unit -- description of a reflective learning model. *Nurse Education in Practice*, 9(1), 5-12. Doi: 10.1016/j.nepr.2008.03.008
- Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E. & Ekebergh, M. (2013a). "It made me feel human". A phenomenological study on older patients' experiences of participating in a Team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8.  
Doi:org/10.3402/qhw.v8i0.20714
- Lindberg, E., Persson, E., Hörberg, U. & Ekebergh, M. (2013b). Older Patients' Participation in Team Meetings – A phenomenological study from the nurses' perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8. Doi: 10.3402/qhw.v8i0.21908.
- Long, T. (2007). What are the ethical issues in research? In T. Long & M. Johnson (Ed.), *Research ethics in the real World. Issues and solutions for health and social care*. London: Elsevier.
- Lyttle, D. J., & Ryan, A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 274-282. Doi: /10.1111/j.1748-3743.2010.00245.x
- Manias, E., & Street, A. (2001). Nurse - doctor interactions during critical care ward rounds. *Journal of Clinical Nursing*, 10(4), 442- 450.  
Doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00504.x
- Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribes.

- Martinsen, K., & Eriksson, K. (2009). *Å se og Å innse. om ulike former for evidens*. Oslo: Akribe.
- Merleau-Ponty, M. (1968/1964). *The visible and the invisible* (A. Lingis, Trans.). Evanston, IL, USA: North Western University Press.
- Merleau-Ponty, M. (2011/1945). *Phenomenology of perception* (D. A. Landes, Trans.). London: Routledge.
- Milton-Willey, K. & O'Brian, L. (2010). Care of acutely ill older patients in hospital: clinical decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 19(9-10), 1252- 1260. Doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03141.x
- Molony, B., Horgan, S., & Graham, I. (2013). Patient Perceptions of the Cardiology Ward Round. *The Irish Medical Journal*, 105(6), 189-190.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus Groups as Qualitative research* (Second Edition ed.). London: SAGE.
- Munn-Giddings, C., McVicar, A., & Smith, L. (2008). Systematic review of the uptake and design of action research in published nursing research, 2000-2005. *Journal of Research in Nursing*, 13(6), 464-477. Doi: 10.1177/1744987108090297
- Myndigheten för vårdanalys. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård – En extern utvärdering och sex rekommendationer till förbättring*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Myndigheten för vårdanalys. (2014). *VIP i vården? Om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom*. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.
- Nordgren, L., Asp, M., & Fagerberg, I. (2007). An exploration of the phenomenon of formal care from the perspective of middle-aged heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 121-129. Doi: 10.1016/j.ejcnurse.2006.06.002
- Norlyke, A., Martinsen, B. & Dahlberg, K. (2013). Getting to Know Patients Lived Space. *The Indo- Pacific journal of Phenomenology*, (13)2. Doi: 10.2989/IPJP.2013.13.2.5.1179
- Nurminen, M. (2012). Tid – vårdande tid. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund : Studentlitteratur.
- O'Hare, J. (2008). Anatomy of the ward round. *European Journal of Internal Medicine*, 19(5), 309 – 313. Doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.016
- Opie, A. (1998). "Nobody's Asked Me for My View": Users' Empowerment by Multidisciplinary Health Teams. *Qualitative Health Research*, 8(2), 188- 206. Doi: 10.1177/104973239800800204
- Orchard, C. (2010). Persistent isolationist or collaborator? The nurse's role in interprofessional collaborative practice. *Journal of Nursing Management*, 18(3), 248-257. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01072.x

- Osborn, R & Squires, D.,(2012). ”International perspectives on Patient Engagement: Result from the 2011 Commonwealth Fund Survey”. *Journal of Ambulatory Care Management*, 35(2): 118-28.
- Parker Oliver, D., Porock, D., Demiris, G., & Courtney, K. (2005). Patient and Family Involvement in Hospice Interdisciplinary Teams. *Journal of Palliative Care*, 21 (4), 270- 276.
- Persson, E., & Määttä, S. (2012). To provide care and be cared for in a multiple-bed hospital room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 663-670. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2012.00976.x
- Peterson, P. (2009). *Att göra abstrakta begrepp och komplexa situationer konkreta: en avhandling om deltagarbaserad aktionsforskning i svensk vård och omsorg*. (Doktorsavhandling). Örebro: Örebro Universitet.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/lippincott Williams & Wilkins.
- Ranheim, A. (2011). *Expanding caring. Theory and Practice intertwined in municipal elderly care*. (Doktorsavhandling, Thesis No. 1217 ). Linköping: Linköping Dissertation on Medical Sciences.
- Ranheim, A., Kärner, A. & Berterö, C. (2011). Eliciting reflections on caring theory in elderly caring practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 6. Doi: 10.3402/qhw.v6i3.7296
- Reason, P., & Bradbury, H. (2001). Introduction: Inquiry and participation in search of a world worthy of human aspiration. In P. Reason & H. Bradbury (Ed.), *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. London: Sage.
- Rudolfsson, G., von Post, I., & Eriksson, K. (2007). The expression of caring within the perioperative dialogue: a hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies*, 44(6), 905-915. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2007.02.007
- Ruin, H. (2005). *Kommentar till Heideggers Varat och Tiden*. Huddinge: Södertörns Högskola.
- Ruin, H. (2013). *Frihet, ändlighet, historicitet. Essäer om Heideggers filosofi*. Stockholm: Ersatz.
- Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt Ett vårdvetenskapligt perspektiv*. (Doktorsavhandling). Åbo : Åbo Akademis Förlag.
- Rönnerman, K. (red.) (2004). *Aktionsforskning I praktiken – erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.
- Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B. & Plos, K. (2008). An Analysis of the Concept of Patient Participation. *Nursing Forum*, 13(1). Doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x

- SBU (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturoversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SFS 1982: 763. *Hälso och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2003:460. *Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor*. Ändring införd: t.o.m. SFS 2008: 198. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- SKL (2013). *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2012. Verksamhet och ekonomi i landsting och regioner*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting. Tillgänglig: <http://webbutik.skl.se/sv/artiklar/ekonomi/statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling-2012.html>
- Skott, C. (2013). Berättelse och etnografi i vårdsammanhang. I C. Skott, L. Dellenborg, M. Lepp. & K. Nässen (Red.), *Människan i vården. Etnografi, vård och drama*. Stockholm: Carlsson Bokförlag.
- Snellman, I., Gustafsson, C. & Gustafsson, L-K. (2012). Patients and Caregivers Attributes in a Meaningful Care Encounter: Similarities and Notable Differences. *International Scholarly Research Network*. Doi: 10.5402/2012/320145
- Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/1855/2/2012-1-5.pdf>
- Stone, C., & Rowles, C. J. (2007). Nursing students can help support evidence-based practice on clinical nursing units. *Journal of Nursing Management*, 15(3), 367-370. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00713.x
- St- Pierre, I. & Holmes, D. (2008). Managing nurses through disciplinary power: a Foucauldian analysis of workplace violence. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 352-359. Doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00812.x
- Svenaues, F. (1999). *The Hermeneutics of Medicine and the Phenomenology of Health. Steps towards a Philosophy of Medical Practice*. (Doktorsavhandling, Linköping Studies in Arts and Science No. 187). Linköping: Linköping University.
- Svenaues, F. (2009). Vad är praktisk kunskap? En inledning till ämnet och boken. I J. Bornemark & F. Svenaues (Red.), *Vad är praktisk kunskap?*. Huddinge: Södertörn studies in practical knowledge.
- Svenaues, F. (2013). *Homo Patologicus. Medicinska diagnoser i vår tid*. Stockholm: Tankekraft Förlag.

- Svenska Akademiens Ordlista [SAOL]. (2014). *Delaktighet/Närvaro*. Tillgänglig: [http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_a\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_pa\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_a_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista)
- Sweet, G. S., & Wilson, H. J. (2011). A patient's experience of ward rounds. *Patient Education & Counseling*, 84(2), 150-151. Doi:10.1016/j.pec.2010.08.016
- Thomé, B., Esbensen, B. A., Dykes, A., & Hallberg, I. R. (2004). The meaning of having to live with cancer in old age. *European Journal of Cancer Care*, 13(5), 399-408. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2004.00542.x
- Tishelman, C., Bergenmar, M., Bernhardson, B., Blomberg, K., Börjeson, S., Foderus, H., ... Ternestedt, B-M. (2008). Using undergraduate nursing students as mediators in a knowledge transfer programme for care for patients with advanced cancer. *European Journal of Cancer Care*, 17(3), 253-260. Doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00840.x
- Todres, L. & Galvin, K. (2010). "Dwelling- mobility": An existential theory of well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5. Doi: 10.3402/qhw.v5i3.5444
- Todres, L., Galvin, & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10(1), 53-63. Doi: 10.1007/s11019-006-9012-8
- Todres, L., Galvin, K. & Dahlberg, K. (2014). "Caring for insiderness": Phenomenologically informed insights that can guide practice. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 9. Doi: 10.3402/qhw.v9.21421
- Toombs, K. (1992). *The meaning of illness- a phenomenological account of the different perspectives of physicians and patient*. Boston:. Kluwer Academic Press.
- Tutton, E. M. M. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2), 143-152. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03373.x
- Vuokila- Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1), 23-32. Doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00406.x
- Wallmyr, G. (2010). Iakttagelser från patientrollen. *Medlemsblad Handledning i Omvårdnad*, 2, 17.
- Weber, H., Stöckli, M., Nübling, W.A., & Langewitz. (2007). Communication during ward rounds in Internal Medicine. An analysis of patient – nurse – physician interactions using RIAS. *Patient Education and Counseling*, 67(3), 343- 348. Doi:10.1016/j.pec.2007.04.011

- WHO. (2013). World Health Organization. *Definition of an older or elderly person*. Tillgänglig:  
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
- Wissendorff Ekdahl, A., Hellström, I., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2012a). Too complex and time-consuming to fit in! Physicians experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: a grounded theory study. *BMJ Open*, 2. Doi: 10.1136/bmjopen-2012-001063
- Wissendorff Ekdahl, A., Linderholm, M., Hellström, I., Andersson, L. & Friedrichsen, M. (2012b). 'Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?' A qualitative observational study. *BMJ Open*, 2. Doi: 10.1136/bmjopen-2012-002027
- Wittenberg- Lyles, E., Parker Oliver, D., Demiris, G., & Courtney, K. (2007). Assessing the Nature and Process of Hospice Interdisciplinary Team Meetings. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 9(1), 17-21. Doi: 10.1097/00129191-200701000-00006
- WMA. (2009). World Medical Association declaration of Helsinki. *Ethical principles for medical research involving human subjects*. Revised version 2009. Tillgänglig:  
<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>
- Wärnå, C., Lindholm, L. & Eriksson, K. (2007). Virtue and health – finding meaning and joy in working life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 191-198. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00455.x
- Ödman, P.-J. (2007). *Tolkning, förståelse och vetande. Hermeneutik i teori och praktik*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

