

# **Bemötande av akut insjuknade äldre personer på hälsostationen**

Charlotta Falck

Helene Storgårds

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	2678 & 2688
Författare:	Charlotta Falck & Helene Storgårds
Arbetets namn:	Bemötande av akut insjuknade äldre på hälsostationen
Handledare (Arcada):	Marianne Tast
Uppdragsgivare:	Esbo stad
<p>Sammandrag:</p> <p>Denna studie är ett beställningsarbete av Esbo stad. Avsikten med denna studie är att ta reda på hur akut insjuknade äldre patienter över 75 år bemöts på hälsostationen ur vårdarnas synvinkel. Syftet är att förbättra kvaliteten på vården. Forskningsfrågorna för denna studie är: Hur bemöts åldringen på hälsostationsjouren? Hur kommunicerar vårdaren med åldringen på hälsostationsjouren?</p> <p>Den teoretiska referensramen innefattar Katie Erikssons teorier om caritativ vård och lidande samt Kerstin Sivonens teori om mötet. Metoderna för denna studie är temaintervju och observation. Sammanlagt finns det fyra stycken intervjuer och tio stycken observationer.</p> <p>Resultatet av intervjuerna visade att vårdarna tycker att följande faktorer är viktiga i bemötandet av den äldre patienten; jämställt bemötande, god stresshanteringsförmåga, professionalitet, god kommunikation, omsorg, att bry sig om, tillit, respekt, tålamod och förståelse.</p> <p>Resultatet av observationerna visade på positiva och negativa faktorer inom både verbala och non-verbala möten med patienter. De viktigaste faktorerna som kom fram i dessa resultat var att patienten inte alltid fick vård på eget modersmål, dock hade vårdarna god kommunikationsförmåga.</p>	
Nyckelord:	”bemötande”, ”vårdrelation”, ”tillit”, ”lidande”, ”tidsbrist”, ”caritas”, ”kommunikation”, och ”Esbo stad”.
Sidantal:	63
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	26.04.2010

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Vård
Identification number:	2678 & 2688
Author:	Charlotta Falck & Helene Storgårds
Title:	Bemötande av akut insjuknade äldre på hälsostationen
Supervisor (Arcada):	Marianne Tast
Commissioned by:	Esbo stad
<p>Abstract:</p> <p>This study is commissioned by the town of Espoo. The purpose with this study is to investigate how severely sick elderly patients over 75 years of age are confronted at the emergency department from a nurse's point of view.</p> <p>The goal is to improve the quality of service. Research questions are: How is the elderly confronted at the emergency department? How is the nurse communicating with the elderly at the emergency station?</p> <p>The theoretical frame of reference includes Katie Eriksson's theories about caritative healthcare and suffering and Kerstin Sivonen's theory about confrontation. The methods are theme survey and observations. In total there is four interview and ten observations.</p> <p>The result from the interviews showed that the nurses had the following factors in the confrontation of elderly; equal confrontation, good stress handling, profession, good communication, care, trust, respect, patience and understanding.</p> <p>The result of the interviews showed positive and negative facts in both verbal and non-verbal confrontation of the patient. The most important things that came up in this study were that the patient always got treated on his/her own mother tongue, hence the nurses had good communication skills.</p>	
Keywords:	Confrontation, carerelations, trust, suffering, lack of time, caritas, communication and town of Espoo
Number of pages:	63
Language:	Swedish
Date of acceptance:	26.04.2010

# INNEHÅLL

<b>FÖRORD</b> .....	<b>6</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>7</b>
<b>2 AVSIKT, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING</b> .....	<b>9</b>
<b>3 BAKGRUND</b> .....	<b>11</b>
3.1 Försämring av allmäntillståndet .....	12
3.2 Vården på en jourpoliklinik ur vårdarens synvinkel .....	13
3.3 Vården på en jourpoliklinik ur patientens synvinkel .....	13
3.4 Undersökning och bedömning av den äldre patienten .....	14
3.5 Sakkunskap inom äldre vården .....	15
<b>4 DESIGN OCH STUDIENS GÅNG</b> .....	<b>17</b>
<b>5 TEORETISK REFERENS RAM</b> .....	<b>20</b>
5.1 Caritativ vård .....	20
5.2 Lidande .....	21
5.3 Mötet .....	21
5.4 Sammanfattning av teoretiska referensramen .....	23
<b>6 LITTERATURÖVERSIKT</b> .....	<b>24</b>
SAMMANFATTNING AV LITTERATURÖVERSIKTEN .....	33
<b>7 METOD</b> .....	<b>34</b>
7.1 Datainsamling .....	34
7.2 Halvstrukturerad temaintervju .....	34
7.3 Kvalitativ innehållsanalys av intervjuerna .....	36
7.4 Schema för innehållsanalys .....	37
7.5 Observation som metod .....	38
7.5.1 <i>Analys och tolkning av resultat</i> .....	38
7.5.2 <i>Analys av kvantitativ data</i> .....	39
7.5.3 <i>Analys av kvalitativ data</i> .....	39
7.5.4 <i>Fördelar med observation</i> .....	39
7.5.5 <i>Nackdelar med observation</i> .....	39
<b>8 FORSKNINGSETIK</b> .....	<b>41</b>
<b>9 INTERVJUERNA, TILLVÄGAGÅNGSSÄTT OCH ANALYS</b> .....	<b>42</b>
<b>10 RESULTAT AV INTERVJUERNA</b> .....	<b>43</b>

<b>11</b>	<b>OBSERVATIONSSITUATIONEN</b> .....	<b>52</b>
<b>12</b>	<b>RESULTAT AV OBSERVATIONERNA</b> .....	<b>53</b>
12.1	Observationsanalysen gav följande resultat .....	53
12.1.1	<i>Non-verbalt resultat</i> .....	53
12.1.2	<i>Verbala resultat</i> .....	54
<b>13</b>	<b>GEMENSAM SAMMANFATTNING AV ANALYSERNAS RESULTAT</b> .....	<b>55</b>
13.1	Sammanfattning av observationsresultatet .....	55
13.2	Sammanfattning av intervjuresultatet .....	56
<b>14</b>	<b>KRITISK GRANSKNING</b> .....	<b>57</b>
	Studiens validitet och reabilitet .....	57
<b>15</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>59</b>
	<b>KÄLLOR</b> .....	<b>61</b>
	<b>BILAGA 1</b> .....	<b>64</b>
	<b>BILAGA 2</b> .....	<b>65</b>
	<b>BILAGA 3</b> .....	<b>66</b>
	<b>BILAGA 4</b> .....	<b>67</b>

## **Figurer**

Figur 1: Design.....	17
Figur 2: Schema för innehållsanalys.....	37

## **Tabeller**

Tabell 1: Artikelsökning.....	25
Tabell 2: Fråga, förenkling och resultat.....	44
Tabell 3: Non-verbalt resultat.....	53
Tabell 4: Verbalt resultat.....	54

## FÖRORD

Två vårdstuderande träffades för tre år sedan, ingendera hade någon som helst bakgrund inom vården men båda var intresserade av att förbättra sitt eget vårdande. För snart ett år sedan tog vi tillsammans emot en utmaning som skulle ge oss en inblick i vad som vi som kommande vårdare kommer att ha nytta av. Vi hoppas att denna studie också kan vara till nytta för många andra. Detta äventyr stärkte inte bara vår teoretiska kunskap inom vården, utan även vår vänskap. Vi vill tacka varandra för detta arbete vi gjort tillsammans, för stödet vi fått och gett varandra även då det känts tungt.

Vi vill även passa på att tacka alla som varit involverade i detta arbete. Vi vill tacka Kerstin Falck för språkkonsultationen. Dessutom vill vi tacka Freddy Strömholm som stött och hjälpt oss tekniskt med hela arbetet. Sist men inte minst vill vi tacka vår handledare Marianne Tast som inte bara hjälpt oss genom hela arbetet och kämpat med oss, utan även varit med och lärt oss under hela utbildningens gång.

## 1 INLEDNING

Strukturella förändringar i samhället såsom högre pensionsålder och därmed ett ökat antal äldre har en stor inverkan på finländsk social- och hälsovård. Inom de närmaste åren går allt fler vårdare i pension, vilket leder till brist på vårdare som i sin tur kan leda till försämrad vård och tidsbrist. Vårdvetenskapen har en central roll för att den gamla värdegrunden inte skall falla i glömska. Trots dessa negativa faktorer får vi inte glömma bort den caritativa vården, den som utgör en viktig del av allt vårdande.

I detta kapitel förklaras även kort de begrepp vi kommer att använda i denna studie samt lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992).

Ett begrepp som följer genom hela arbetet och även styr vårdaren är empati. Empati innebär ”att kunna leva sig in i en annan människas känsloläge och behov”.(Nationalencyklopedin) Detta innebär att man som vårdare måste kunna sätta in sig i sin patients situation, förstå patienten från dennes synvinkel och därmed kunna vårda och bemöta på rätt sätt. Det är dock viktigt att man inte börjar lida med patienten utan alltså bara är införstådd med lidandet.

För att kunna vårda och förstå patienten krävs även god kommunikation. Men kommunikation menas överföring av information. (Nationalencyklopedin) För att kunna ta reda på vad patienten vill och varför denne sökt vård måste man kunna kommunicera, detta kräver ett gemensamt språk samt utrymme. Med kommunikation menas även att kunna lyssna.

För att ens kunna kommunicera med patienten och få denne att öppna sig krävs tillit. Tillit kan även beskrivas som övertygelse om någons trovärdighet eller goda avsikter.(Nationalencyklopedin) Det är alltså på vårdarens ansvar att skapa tillit till patienten, då detta skapats är det lättare att samarbeta med patienten, det bildas en sorts relation.



Med relation menas ett förhållande mellan två. (Nationalencyklopedin). Denna relation skall innehålla dessa viktiga begrepp som vi behandlar i detta kapitel, alltså empati, kommunikation samt tillit. En sådan relation borde alla vårdare borde sträva efter för ett gott bemötande.

I bemötandet av patienten är det även viktigt för vårdaren att använda sig av den caritativa kärleken, det betyder alltså att man finns till för att hjälpa andra som befinner sig i mer eller mindre akut lidande. Den caritativa vården används alltså i ett bestämt syfte. (Eriksson 1990:2-3)

Då dessa begrepp inte existerar i vården av patienten bringar det lidande. Med lidande menas att bringa psykisk skada. (Nationalencyklopedin) Lidandet är alltså någonting ont (Eriksson 1994:11-12), men någonting som är en livsviktig känsla, en av grunderna till livet och som gör människan till en helhet. (Eriksson 1994:13-17). Det är alltså nödvändigt för individen att kunna lida och acceptera sitt lidande för att kunna få hjälp och sedan bli förstådd.

I 3 § 1 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) sägs det att var och en som varaktigt bor i Finland har utan diskriminering och inom gränserna för de resurser som vid respektive tidpunkt står till hälso- och sjukvårdens förfogande rätt till sådan hälso- och sjukvård som hans eller hennes hälsotillstånd förutsätter.

Enligt 3 § 2 och 3 mom. har varje patient rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras. Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder skall i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet.

## 2 AVSIKT, SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Avsikten med denna studie är att ta reda på hur akut insjuknade äldre patienter över 75 år bemöts på hälsostationen ur vårdarnas synvinkel. Syftet är att förbättra kvaliteten på vården, alltså att få fram hur en äldre patient skall bemötas så att patienten får tillit till vårdaren och upplever vårdhandlingen som positiv. Som vårdare är det viktigt att kunna se patienten som en helhet, att lyssna och reagera. Det är alltså viktigt för vårdaren att känna sig trygg i sin roll och därmed kunna överföra denna trygghet till patienten.

Men kan detta försämrats på grund av tidsbrist eller någon annan negativ faktor? Hur anser sig vårdarna klara av denna press? Finns det ändå tillräckligt ork för att klara av den individuella vården?

Vi är två sjukskötarstuderande, båda studerar fjärde året på Arcada och har arbetat mycket inom vården, på både avdelningar och jourer. Vi har sett hur viktigt det är för patienten att bli rätt bemött, att få sin röst hörd, även då det ibland råder tidsbrist. En fungerande kommunikation är viktig, inte bara för patienten utan även för vårdaren, för att bägge parterna ska må bra. Vi har även sett hur rutiner inte alltid är bra för patienten, eftersom dessa kan skapa en opersonlig vårdkontakt med patienten. Då en patient insjuknar akut är det viktigt att skapa trygghet, att finnas där, visa att man bryr sig och ser på patienten som en unik enskild individ.

Idén till arbetet fick vi av en överskötare på en hälsostation. Det är alltså ett beställningsarbete som ansetts behövt för att kvaliteten på vården av äldre patienter skall kunna förbättras.

Frågeställningar för studien är:

- Hur bemöts åldringen på hälsostationen?
- Hur kommunicerar vårdaren med åldringen på hälsostationen?

Under observationen skall vi också kartlägga vårdmöten och därmed framhäva det positiva liksom det negativa i bemötandet. Forskningsöversikten visar att vid tidsbrist råder det sprickor i vårdrelationen vilket resulterar i ett försämrat möte. Vid optimal vårdkultur, såsom kompetens och förståelse, mår både vårdaren och patienten bra, vilket leder till en caritativ vård.

### 3 BAKGRUND

I detta kapitel behandlar vi kort den finländska åldringen och hälsan samt hur de påverkar varandra. Dessutom ser vi på vården på en jourpoliklinik från både patientens och vårdarens synvinkel.

En stor del av åldringarna i Finland anser att de har god hälsa och ser åldrandet som en positiv sak. De vill bo så länge som möjligt i sitt eget hem. Åldringarna använder majoriteten av sjukvårdstjänsterna i Finland. De lider av allvarliga sjukdomar, ensamhet och avsaknad av sociala nätverk. Hälsotillståndet och funktionsförmågan styr behovet av de tjänster åldringar använder sig av. Dålig hälsa är inte endast en diagnostiserad sjukdom, utan inbegriper smärta, känslor, rädsla, hjälplöshet, utmattning och otrygghet. (Koponen 2003:8)

Det är viktigt att det etableras en relation med patient och vårdare inom vården. Då man har en god relation till patienten skapas tillit och detta skapas genom vårdarens beteende och uppförande. Vårdaren skall kunna visa respekt och kunna förstå människor, dvs. empati. Omvårdnaden bygger på en humanistisk syn och betyder att man vårdar sina patienter med kärlek, barmhärtighet och omsorg. (Jahren-Kristoffersen, 2005:137)

En relation med en människa betyder att man påverkas känslomässigt av den andra människan och man använder sina verktyg för att förstå den andra. Alla människor har relationer med andra människor och genom dessa möten och relationer har våra karaktärer utvecklats ända sen spädbarnsåldern. En god jagbild är en grundläggande faktor för ett gott möte och för förmågan att skapa relationer till andra människor. (Jahren-Kristoffersen, 2005:138-139)

Till vårdarens professionalitet hör att denne ger god vård och jämställt bemötande åt alla patienter oavsett om personkemin fungerar eller inte. Det handlar om ett vårdförhållande och inte om personlighetsdrag. Det är inte vissa personlighetsdrag hos en person som ger rätt till vård utan personens behov av vård. Vårdaren skall inte heller gå in på ett alltför personligt plan med alla patienter, oroa sig för och sörja över alla. Då blir det omöjligt att arbeta inom sjukvården. Man skall kunna skilja på yrkesrollen och

den personliga rollen, utan att för den skull glömma empatin. Om man glömmer att se patienten som en helhet och glömmer empatin, kommer vårdaren att orsaka lidande och förnedring för patienten. (Jahren-Kristoffersen, 2005:141-143)

### **3.1 Försämring av allmäntillståndet**

En åldrings plötsliga insjuknande ger sig ofta till känna som en nedsättning av funktionsförmågan, t.ex. delirium, minnesstörningar och att benen inte mera bär. Ju snabbare förändring, desto allvarligare sjukdom. En akut insjuknad åldring skall vårdas så snabbt som möjligt, eftersom åldringens funktionsförmåga blir sämre ju längre tid det går och en äldre person förlorar muskelmassa mycket snabbare än en ung människa. Den förlorade funktionsförmågan kan bli ett kvarstående men.

Den akuta vården och rehabiliteringen måste påbörjas genast. En akut sjuk åldring kan undersökas och vårdas effektivt på en jour, däremot försämrar ett långt jourbesök åldringens allmäntillstånd. Åldringar som är mångsjuka löper en stor risk att utveckla delirium och dessa patienters prognos är inte bra. Det fördubblar chanserna för institutionsvård och ökar dödsrisken. Åldringens grundsjukdomar skall följas upp med jämna mellanrum i syfte att märka de förändringar som sker sakta. Det är lättare att åtgärda förändringar innan symptomen plötsligt förvärras. (Mustajoki & Korhonen, 2009)

En jourpoliklinik är rätt ställe för akut sjuka patienter, men inte ett bra vänteställe. Stress, otrygghet, långa väntetider, smärta, orörlighet, kommunikationssvårigheter (dålig hörsel och dålig syn), brist på mat och vätska samt utveckling av inkontinens leder till att åldringen väldigt snabbt kan utveckla delirium och funktionsförmågan försämrar. Jourpoliklinikerna är nuförtiden väldigt uppgiftsrelaterade och man försöker hålla vårdtiderna korta. (Taipale 1995:6)

En aktiv mobilisering borde påbörjas genast på jourpolikliniken och förflyttning till bäddavdelningen borde ske snarast möjligt. Patienten hemförlovas ifall det inte finns medicinska skäl till vård på sjukhus. Före hemförlovningen skall det säkerställas att hemförhållandena är trygga och att åldringen klarar sig där. (Mustajoki & Korhonen, 2009)

Fall är en av de vanligaste orsakerna till att åldringar över 75 år kommer till jourpolikliniken. Andra vanliga orsaker är hjärtrelaterade, dehydrering och undernäring. (Taipale 1995:5)

### **3.2 Vården på en jourpoliklinik ur vårdarens synvinkel**

Till en vårdarens professionalitet hör att behärska teorin, ha olika färdigheter, kritiskt synsätt, erfarenhet att kunna bedöma behovet av vård och att kunna fatta beslut självständigt. Vårdaren skall också kunna ta patientens lidande och smärta i beaktande. För att kunna förstå patientens lidande och upplevelse av sjukdomstillståndet skall vårdaren vara en empatisk, öppen och en ansvarsfull person. Empatin utgörs av en vilja att hjälpa patienten, vänlighet, glatt lynne, medlidande och ett genuint intresse för patienten. En vårdare träffar otaliga patienter i arbetet och alla patienter upplever sin sjukhusvistelse på olika sätt. (Koponen & Sillanpää 2005: 23-29)

Patienten är ofta osäker i en ny och skrämmande situation och kan visa aggression, hat, hjälplöshet, rädsla, tysthet, klängighet och uppgivenhet. Detta kräver att vårdaren kan använda sig av sina kunskaper och färdigheter. Hon eller han skall även kunna handskas med mycket olika och snabbt föränderliga situationer och människor med mycket varierande bakgrund och kultur. Målet för vården är att betjäna patienten och det görs patientenkäter för kontinuerlig bedömning och utveckling av vården i ett multiprofessionellt team. (Koponen & Sillanpää 2005: 23-29)

Hiidenhovi (2001) har forskat i betjäningen på en jourpoliklinik. Faktorer som påverkade betjäningen var personalens kunskap om växelverkan mellan personer, exempelvis att vara förvissad om sin kunskap, aktivt uppmärksamma patienten, föra vidare information, vara flexibel och uppföra sig enligt god sed. (Koponen & Sillanpää 2005: 23-29)

### **3.3 Vården på en jourpoliklinik ur patientens synvinkel**

Akut insjuknande och intagning på en jourpoliklinik är en stor förändring och stressfaktor i en människas liv. Personen har inte kunnat förbereda sig på detta i förväg. Alla patienters upplevelse är individuell. Ofta befinner man sig i en chockfas när man är

på jourpolikliniken. Patienten upplever omvärlden och händelserna på ett annorlunda sätt och förtränger sina känslor. Situationen känns drömlig, patienten drabbas av sömnlöshet och en känsla av överklighet. Även tidsuppfattningen kan rubbas. Man kanske koncentrerar sig mera på sin smärta och på att överleva. Ofta kan det hända att patienten får ett s.k. ”superminne” och kommer ihåg alla små detaljer i vårdprocessen på jourpolikliniken. Patienten kan väldigt noggrant registrera vad som händer i omgivningen, vårdarens miner, gester, ord, beteende etc. (Koponen & Sillanpää 2005:23-24)

För att uppnå ett gott bemötande och en god vårdrelation är det viktigt för vårdaren att fästa avseende vid sitt professionella beteende. Patienten skall kunna lita på och känna sig trygg i vårdarnas händer. Patienternas upplevelser av vården och bemötandet uppstår oftast av korta vårdsituationer och vårdtider, jourpolikliniken utgör ofta ”porten” till hela sjukhuset. Att vårdpersonalen lyckas med sitt arbete har stor betydelse för hur patienten upplever sin vård på sjukhuset. Nyckelord kan sägas vara kommunikation och hur man förhåller sig till patienten. (Koponen & Sillanpää 2005:23-24)

Patienten förväntar sig att få god vård, lindring av sitt lidande och tröst på jourpolikliniken. Patienten har även rätt till ett värdigt bemötande och respekt i en situation där patientens egen kapacitet inte räcker till att sköta om sig själv och sina rättigheter. Patienten förväntar sig närhet, trygghetskänsla, känslan av att bli hjälpt, att ha en möjlighet att själv bestämma över sitt liv och att hitta krafter i sin nya situation. (Koponen & Sillanpää 2005:23-24)

### **3.4 Undersökning och bedömning av den äldre patienten**

Då man undersöker en patient är det viktigt att ta del av anamnesen och sedan utföra ålderspassande fysikaliska undersökningar. I anamnesen är det viktigt att få fram vad för mediciner patienten äter och för vilken sjukdom. En funktionsbedömning av den äldre bör göras vid varje besök med avseende på att patienten ska klara sig hemma. Samtidigt skall man även fråga om boendeförhållanden, ifall patienten klarar av att bo där hon eller han bor för tillfället. (Dehlin & Rundgren 2007:59-60)

Vid mötet är det viktigt att ha en diskussion med patienten där denne får komma fram med egna önskemål och där man tillsammans kan diskutera olika vård- och behandlingsmöjligheter. Som vårdare är det även viktigt att komma ihåg att en äldre person kan ha flera symtom även då den bara har en sjukdom, eller inte ha några symtom alls fastän det finns en bakomliggande sjukdom, t.ex. vid en luftvägsinfektion kan hosta saknas eftersom hostreflexen är försvagad. (Dehlin & Rundgren 2007:61-63)

Det är alltså viktigt att göra en helhetsbedömning av den äldre patienten så att de faktiska bakomliggande orsakerna till sjukdomen kommer fram och framtida problem kan undvikas. Undersökningen måste inbegripa inte bara det somatiska utan även det psykologiska, sociala och funktionella. (Dehlin & Rundgren 2007:64)

### **3.5 Sakkunskap inom äldre vården**

I gerontologiskt vårdarbete behövs brett kunnande och sakkunskap. Vårdare bör kunna fatta självständiga beslut om den äldre patientens komplexa problem. Ur etiskt perspektiv skall vårdaren uppskatta och kunna ta hänsyn till de äldre patienterna och deras familj samt deras värdegrunder, attityder, roller, kulturella faktorer, religioner och livsstilar. (Tiikkainen & Teeri 2009)

I kommunikation och interaktion med den äldre patienten stöder vårdaren patienten och hjälper denne att behålla sin värdighet och tillåter individualitet. Äldre människors unika karaktär och mångfald kräver individuella möten. Vårdaren bör beakta den äldre patientens funktionella, fysiska, kognitiva och psykosociala förändringar. (Tiikkainen & Teeri 2009)

I vården av den äldre patienten är det viktigt att se helheten och ha kunskap om vad för tjänster som erbjuds inom den offentliga och den privata sektorn. (Tiikkainen & Teeri 2009)

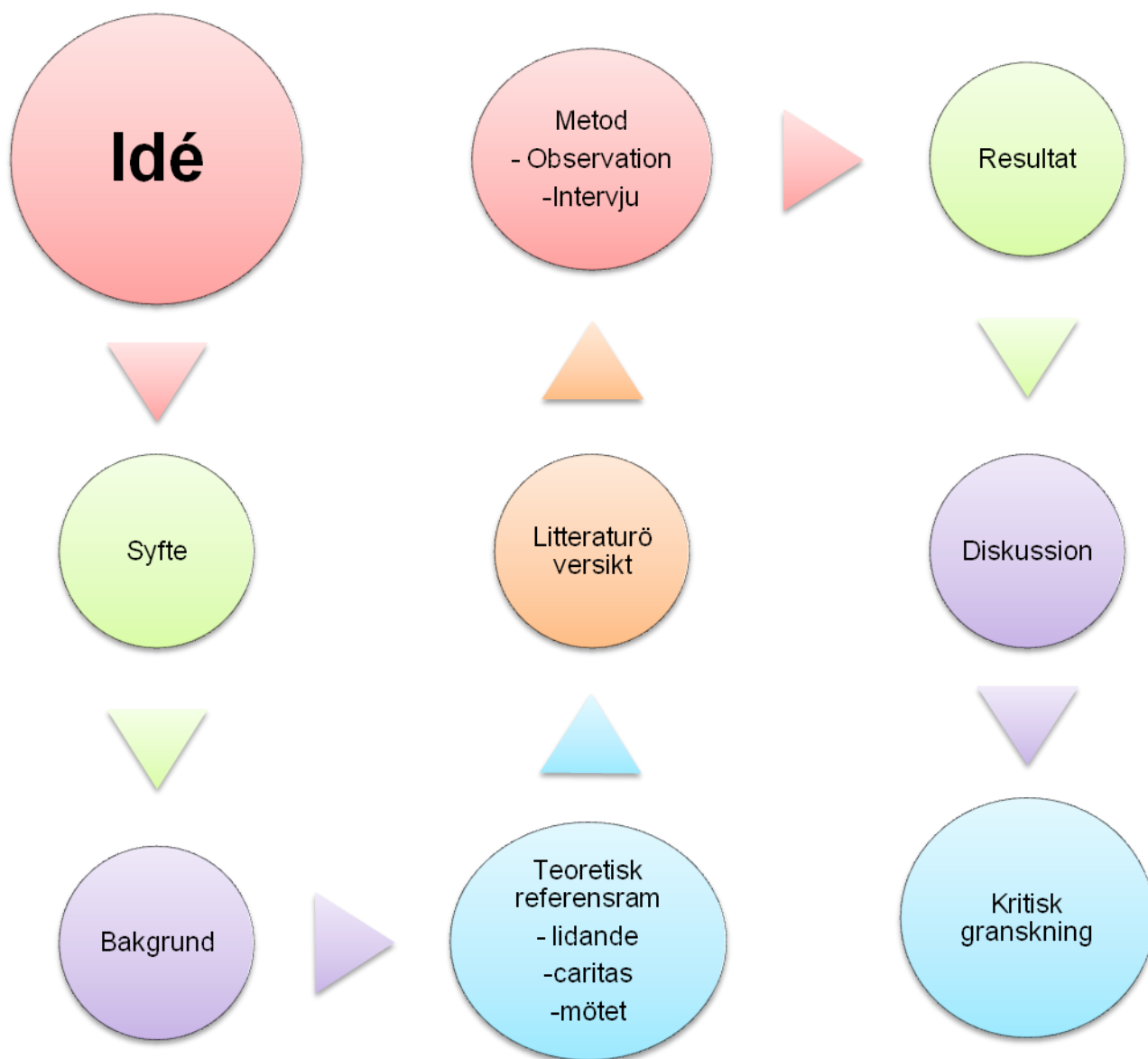
I vården av äldre poängteras vårdarens ansvar vilket förutsätter självständigt beslutsfattande och problemlösningsförmåga. Vårdarnas ansvar kommer att växa i framtiden. Det är en utmaning att säkerställa en frisk och aktiv ålderdom pga. att hälsa och funktionsförmåga påverkar åldringars välmående, liksom behovet av social – och hälsovårdstjänster. I organisationer där äldre vårdas borde det finnas vårdare med



gerontologisk vårdkunskap och gerontologiska sjukskötare. De vårdare som har denna specialkunskap ser den äldre patienten som en helhet och koncentrerar sig inte endast på någon specifik sjukdom. (Tiikkainen & Teeri 2009)

## 4 DESIGN OCH STUDIENS GÅNG

Designen (i fig. 1) beskriver hur arbetet framskrider under studiens gång. Idén är arbetets kärna, därifrån arbetet utgår.



*Figur 1: Design*

Vi fick information om detta arbete redan under våren 2009 då det presenterades flera förslag till examensarbete. Detta beställningsarbete intresserade oss eftersom vi båda är inriktade på krävande vård. Detta ansågs vara ett mycket givande arbete, eftersom vi båda kommer att ha nytta av det i framtiden efter att vi har studerat det vårdande mötet.

Efter detta presentationstillfälle kontaktade vi personen som beställt arbetet och gjorde upp en plan om hur arbetet skulle framskrida. Eftersom vi ännu våren 2009 var mitt i våra studier hade vi en mycket flexibel tidtabell. Från början var planen att få arbetet färdigt till vintern 2009, då vi även borde ha blivit utexaminerade, men på grund av studier och arbete fick vi det uppskjutet till våren 2010.

Vi har med jämna mellanrum varit i kontakt med personen som beställt arbetet och informerat om vår tidtabell, men också för att få reda på hennes tidsschema. Samarbetet under arbetets gång har hela tiden varit tillmötesgående och fungerande.

Vi påbörjade våra förundersökningar redan våren 2009 genast efter att vi tagit emot detta arbete, men på grund av att sommaren kom och sommarjobbet kallade måste vi sätta arbetet på hyllan. Hösten 2009 fortsatte vi våra förundersökningar och skrev på den förkortade planen som skulle in till etiska rådet. Vi gick även på handledning hos Marianne Tast med jämna mellanrum för att rapportera om hur arbetet framskred.

Eftersom Etiska rådet inte hade något möte under december månad kunde vi skicka in vår förkortade plan först i januari. Den 27 januari fick vi utlåtande av Etiska rådet och de ansåg att vi ännu inte hade en korrekt plan utan att den krävde genomgång. Detta åtgärdade vi med det samma för att sedan skicka in planen på nytt till Etiska rådet i februari. Den 25 februari fick vi utlåtande av dem igen och då blev vi godkända att påbörja studien.

Personen som beställt detta arbete hade redan i förväg skickat in en ansökan om forskningslov ansökan till Esbo stad, och den hade blivit godkänd direkt.

Vi hade redan den 12 februari besökt hälsostationen i Esbo där vi gjorde denna studie och informerat dem om vem vi är och vad vi skulle göra hos dem. Detta för att alla informanter skulle få lite betänketid innan vi sedan kommer och påbörjar studierna där

och för att det sedan skulle vara lättare för oss att närma sig dem då de redan vet vem vi var och vad vi skall göra där.

Eftersom arbetet var uppdelat i två olika delar, observationer och intervjuer, kunde vi också dela upp dem mellan oss. Charlotta Falck koncentrerade sig på observationerna. Detta innebär alltså att hon skrev om metoden, analysen, resultatet och utförde alla observationer på hälsostationen.

Helene Storgårds koncentrerade sig på intervjuerna och har således skrivit om metoden, analysen och utfört intervjuerna på hälsostationen.

Studierna ägde rum under vecka 9, då vi tillbringade två hela arbetsdagar per man på hälsostationen för att få ihop det material vi behövde. Informanterna var väldigt hjälpsamma och de flesta ställde frivilligt upp utan större problem. Tidsbristen och utrymmen var dock negativa faktorer som ibland var emot oss. Men trots detta var vi mycket nöjda med samarbetet med både informanterna och personen som beställt detta arbete.

Efter att vi fått ihop allt material som behövdes för att kunna fortsätta studierna började vi analysera resultatet. Analysen utfördes följdriktigt så att Charlotta Falck analyserade materialet vi fått ihop från observationerna och Helene Storgårds analyserade materialet vi fått genom intervjuerna.

## 5 TEORETISK REFERENSRAM

Vi har använt oss av Katie Eriksson och Kerstin Sivonen då vi behandlar fenomen som caritativ vård, lidande och bemötande. I detta kapitel behandlas dessa tre vårdvetenskapliga begrepp. Alla dessa utgör en viktig punkt i människans välbefinnande och kopplas starkt ihop med vårt arbete.

### 5.1 Caritativ vård

Den caritativa vården kan även kännas igen som den vårdande, den caritativa kärleken som vi tar i bruk i vårt yrke. Vi använder den i livets, hälsans och människans tjänst. Inom vården använder vi den för att hjälpa andra som befinner sig i mer eller mindre akut lidande, alltså en nöd av något slag. Den caritativa vården används alltså i ett bestämt syfte. (Eriksson 1990:2-3)

Den caritativa vården är alltså med andra ord all verklig vård, människogemenskap grundad på kärlek till medmänniskan och ett ansvar för den andra. Den caritativa vården är en vilja att vårda och hjälpa den andra, i vårt fall patienten. (Eriksson 1990:5)

Caritas är alltså grundmotivet till vården och vårdvetenskapen, man vill förmedla tro, hopp och kärlek genom ansning, lek och lärande. Detta innebär att man i en anda av tro, hopp och kärlek vill hjälpa människan med det hon behöver. (Eriksson 1990:21)

Tro, hopp och kärlek utgör de tre grundstenarna. De utgör ursprungliga, naturliga och självklara förutsättningar för caritativ vård, alltså en grund för mötet. (Eriksson 1990:69)  
Caritas kan alltså beskrivas närmast som människokärlek och barmhärtighet. (Eriksson 1990:21)

## 5.2 Lidande

Lidandet kan beskrivas som ett mysterium på grund av dess gränslöshet, man kan jämföra det med ett universum, lidandets universum. Vi måste alltså försöka förstå lidandet eftersom det utgör en del av allt mänskligt liv, någonting personligt och för att leva måste man lida, att lida är ett döende. (Eriksson 1994:11)

I grund och botten vill ingen människa lida. Lidandet är någonting ont och har ingen djupare mening, men då man inte låter lidandet besegra livet och vinner denna kamp har man med hjälp av detta kunnat skapa en livsmening. (Eriksson 1994:11-12)

Meningen med livet är liv och död, lidande och lust. Det måste alltså finnas någonting positivt och någonting negativt i varje människas liv för att skapa balans och tillfredsställande. Vore någonting av dessa i obalans skapar detta ett lidande, fattas någonting av dessa bringar det tomhet. Lidandet är alltså en kamp mellan det onda och det goda. Alla människor har dock inte förmågan att lida, någonting som är en livsviktig känsla, en av grunderna till livet och som gör människan till en helhet. (Eriksson 1994:13-17)

Med att dölja lidandet döljer man de verkliga problemen. För att känna igen sitt lidande måste man ha förmåga att lida, man skall kunna lida och uttrycka lidandet så som omgivningen förväntar för att konstateras som en hel och själsfrisk individ. (Eriksson 1994:14-21)

## 5.3 Mötet

Mötet kan beskrivas som en inbjudan, ett välkomnande, något som riktar sig mot en främling där det skall finnas uppmuntran, skämt, bekräftelse, förhandling, tystnad, lyssnande och ett inre lugn. För att kategoriseras som möte måste mötet ske ansikte mot ansikte. Mötet är även ett löfte om ett förnyat möte, alltså en vårdrelation. (Sivonen 2000:42-43)

Vårdaren skall möjliggöra mötet genom sin egen inställning och sin tro på mötet som en möjlighet, det måste även finnas rum för mötet. Det vårdande mötet kräver mod, tillit och hoppfullhet.(Sivonen 2000:42-43)

Mötet kan äga rum i relation till en själv, andra, Gud och naturen. En caritativ inställning i mötet kan göra mötet positivt och betydelsefullt. Ett möte kan upplevas som negativt då det caritativa elementet saknas. Mötet som fenomen kan relateras till olika nivåer som vårdande, vårdplanering och vårdprocessen. (Sivonen 2000:30)

Människan är en enhet av kropp, själ och ande och vid mötet är det viktigt att ta hänsyn till alla dessa enheter. Mötet i vården blir en källa till ny mening och andlig tillväxt som kan ge nytt innehåll i den professionella vårdarens liv. (Sivonen 2000:1-5)

Mötet har både goda och onda attribut. Som kliniskt begrepp inom vårdvetenskapen kan det kasta ljus över mötets innebörd för den lidande människan. Ett gott möte ger näring som lockar fram välbefinnande, liv och skönhet. Inom den sedda, hörda, lidande människan kan längtan efter goda möten framhävas tydligt. Det är viktigt att vårdaren är medveten om att mötet har betydelse och en personlig innebörd för individen. (Sivonen 2000:1-5)

Då vårdaren och patienten möts för första gången är de två främlingar för varandra som inte har någonting gemensamt, därför är mötet i detta fall en utmaning för båda parter. Man kan beskriva mötet mellan två främlingar som någonting opersonligt, där intresset och respekten saknas till en del. (Sivonen 2000:40-41)

Som patient är det viktigt att vårdaren accepterar henne sådan som hon är och bemöter henne med tro på att ett möte är emotionellt möjligt. Oberoende om mötet varit planerat eller inte så har det ett syfte. Förväntningar inför mötet påverkar dialogen eftersom vardera parten upplever någon mån av valfrihet inför att mötas, även öppenhet är en betydande faktor. (Sivonen 2000:40-41)

Vårdaren relaterar ofta till sig själv för att känna igen den andra, en sorts inre enhet som kännetecknas av delaktighet i relationen. Dialogen är även en viktig del av mötet, den kännetecknas av närvaro, kallelse och svar på kallelsen.(Sivonen 2000:40-41)

Mötet skall leda till ny mening och andlig tillväxt, det skall ge en positiv syn på det professionella yrket som vårdare samt en större självkänedom och säkerhet hos

vårdaren. Varje möte har ett syfte och en mening som ger en innebörd. (Sivonen 2000:43-54)

Mötet är startpunkten för uppbyggnaden av en relation och är en medveten vårdhandling. Ett möte skall leda till frigörande av lidande och begär. Ett icke-vårdande mötet ger ensamhetskänsla och modlöshet, det kan även leda till livsförståelsemörker, ordlöshet och i värsta fall död. (Sivonen 2000:43-54)

## **5.4 Sammanfattning av teoretiska referensramen**

Den caritativa vården är alltså grundstenen för allt vårdande, det som utgör gemenskapen bland vårdaren och patienten.

Då den caritativa vården uteblir eller glöms bort skapar detta lidande. Patientens lidande är något vårdaren måste försöka förstå, kan man inte själv lida så kan man inte hjälpa någon annans lidande. Lidandet är en del av livet, på grund av lidandet söker vi hjälp av varandra och detta bildar gemenskap.

Mötet är en del av gemenskapen, det krävs mod tillit och hoppfullhet för att det vårdande mötet skall skapas. Patienten som söker hjälp skall bli välkommen och inbjuden av vårdaren för att skapa en vårdrelation. Denna vårdrelation är ett löfte om ett förnyat möte, detta ger patienten hoppfullhet och tillit till vårdaren.

Man kan alltså säga att utan den caritativa vården i själva mötet skapar ett sorts lidande för patienten och ibland även för vårdaren.



## 6 LITTERATURÖVERSIKT

Artiklar söktes från olika databaser. De flesta artiklarna hittades från Cinahl och en artikel från Medic (se tabell 1). Artiklarna är från åren 1989 till 2009. Kriterier för sökningarna var att artiklarna skall vara full text.

*Tabell 1: Artikelsökning*

DATUM	DATABAS	SÖKORD	RESULTAT	ANVÄNDA ARTIKLAR st.	ARTIKEL NAMN
19.5.2009	Cinahl	Communication+ elderly	106	4	1. Factors related to nurse communication with elderly people  2. Non-necessary touch in the nursing care of elderly people  3. The role of communication in nursing care for elderly people; a review of the literature  4 Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally
19.5.2009	Cinahl	Geriatric + acute	8	0	

		care setting			
19.5.2009	Cinahl	Meet + elderly + nurse	8	0	
19.5.2009	Cinahl	Healthcare + elderly + acute + nurse	8	0	
19.5.2009	Cinahl	Attitude + elderly + healthcare	51	0	
19.5.2009	Cinahl	Elderly +nurse + conversation	9	0	
19.5.2009	Cinahl	Nurse + emergency + older	22	1	5. Caring for older patients at an emergency department – emergency nurses' reasoning
19.5.2009	Medic	Ensiapu päivystys + vanhus	4	1	Hoito ensiapupoliklinikalla - potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta: tutkielma
26.3.2010	Cinahl	attitude +nurse +acute care set- ting	5	1	Attitudes and behaviours of nurses towards the elderly in an

					acute care setting
26.3.2010	Cinahl	Older patient + meeting + nurse	150	1	Acute care and older people: challenges and ways forward

Syftet med Taina Taipales forskning; Hoito ensiapupoliklinikalla - potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta var att ta reda på hur åldringar över 65 år upplever vården på en jourpoliklinik. Målet var att få reda på vad åldringen tyckte var viktigt i vården och hur dennes vård hade genomförts. Forskningen utfördes på 30 stycken över 65-åriga patienter som hemförlovades med en inremedicinsk diagnos. Som datainsamlingsmetod användes temaintervju. (Taipale 1995)

Faktorer som undersöktes var åldringens och vårdarens växelverkan, bemötande, uppskattning, individualitet, jämbördighet, saklighet, förtroende, hopp, att minska rädsla, rådgivning, informationsflöde, tryggheten av basbehov, känsla av smärtfrihet, trygghetskänsla, självbestämmanderätt, beslutsfattande, intimitet, anhöriga och väntetiden. (Taipale 1995)

Det visade sig att lite över två tredjedelar upplevde vården som saklig, även majoriteten tyckte att de blivit bemötta individuellt och jämställt. Hälften ansåg sig blivit bemötta vänligt. (Taipale 1995)

Väntetiden ansågs vara både negativ och positiv eftersom patienterna tyckte att väntandet hör till jourpolikliniken. Om patienten fått vänta länge uttrycktes detta dock som missbelåtenhet och otålighet. Att man frågade patienten hur denne mår vid ankomsten till jourpolikliniken visade respekt och jämbördighet. Även det att man niade patienterna visade respekt. Fastän det var bråttom på jourpolikliniken tyckte patienterna att de blev väl bemötta och att man lyssnade på dem. Patienterna upplevde jämbördighet för att de kände att de fritt kunde ställa frågor om saker. (Taipale 1995)

Patienterna kände sig uppskattade för att det oftast fanns en vårdare som mötte dem vid dörren till jourpolikliniken. Patienterna tyckte att de blev både vänligt och sakligt bemötta och detta gav även trygghetskänsla. Saklighet betydde ofta för patienterna att ärendet gick framåt och att vårdaren fördjupade sig i patientens tillstånd. En del tyckte dock att vårdaren kunde ha varit varmare och fördjupat sig mera i patientens ärenden. (Taipale 1995)

Underställdhet blev ett nytt fynd i forskningen. Lite under en tredjedel tyckte att bemötandet fick dem att känna sig underställda. Individualiteten visade sig genom att man svarade mot patientens behov. Underkastelsen kom fram genom att man inte själv

deltog i vården utan bara väntade på vad som kommer att hända. (Taipale 1995)

Caris- Verhallen et. al. gjorde denna studie år 1999 för att få reda på vilka faktorer som påverkar vårdarnas kommunikation med äldre patienter. Studien gjordes på ett ålderdomshem och ett slags hemsjukvårdsorganisation. Studien omfattade 47 vårdare och 109 patienter. Datainsamlingsmetoden bestod av videomaterial (observation) och frågeformulär. Studien utfördes i Nederländerna. (Caris- Verhallen et al, 1999)

I studien kommer det fram olika faktorer som starkt påverkar kommunikationen med äldre patienter. Det mest märkvärdiga fyndet var vårdarnas utbildningsnivå. Patientens karaktärsdrag som ålder, kön och subjektiva hälsa spelade en mindre roll i kommunikationen. Högre utbildade vårdare hade en mera uppgiftsrelaterad kommunikation med patienterna och kunde berätta mera om ämnen gällande hälsa och sjukdom än vårdare med lägre utbildningsnivå. De kunde också ta bättre hänsyn till patientens självrespekt, värdighet, egna val och självständighet. (Caris- Verhallen et al, 1999)

Ett annat fynd man kom fram till i studien var att vårdare med högre utbildningsnivå använde sig mindre av non-verbal kommunikation än vårdare med lägre utbildningsnivå. Vårdare med längre arbetserfarenhet visade sig vara mera känslofulla i sin kommunikation med de äldre patienterna. Utbildningsnivån verkade inte spela någon roll. Kommunikation har en väldigt viktig roll i vården av patienter och är den största orsaken till missnöjda patienter. (Caris- Verhallen et al, 1999)

Caris-Verhallen et. al. utförde år 1997 en litteraturstudie som handlar om hur vårdpersonal kommunicerar med sina äldre patienter. Artikeln menar att äldre är en relativt heterogen grupp människor som stöter på liknande saker. Vissa äldre kamouflerar effekterna av ålderdomen medan andra stereotypiserar sig själv med sin ålderskategori. Somliga har svårt att acceptera åldrandet, medan andra ser det som en naturlig fas i livet. Dessa olika syner leder till olika ”coping” metoder, värderingar och livskvalitet. För vårdarna är det en utmaning att kunna känna till, bedöma och handskas med alla dessa olika behov. Kommunikationen är en nödvändig förutsättning för att individuell vård skall kunna tryggas. (Caris-Verhallen et. al., 1997)

Artikeln skiljer på verbal och non-verbal kommunikation. Den verbala kommunikationen innehåller allt som har med språket att göra och den non-verbala inbegriper miner, gester, blickar, ögonkontakt, beröring etc. Målet för god kommunikation är att tolka alla dessa meddelanden och ge respons. (Caris-Verhallen et. al., 1997)

Resultat som man kom fram till i studien var att kommunikationen mellan vårdare och patient är liten. I vissa studier framkom att det används barnprat inom äldrevården. Detta betraktas inte som ett positivt fenomen eftersom det kan anses vara nedlåtande och sannolikt har negativa effekter på välbefinnandet och bidrar till att både den fysiska och den psykiska funktionsförmågan hos äldre försämras. I studierna gjord man också skillnad på känslfull och instrumentell kommunikation. (Caris-Verhallen et. al., 1997)

Det kom fram att vårdarna på avdelningar som koncentrerade sig på grundläggande vård använde sig mera av känslfull kommunikation medan vårdarna på avdelningar som i större utsträckning koncentrerade sig på sjukvård använde sig mera av instrumentell kommunikation med patienten. Ett fynd som också gjordes var att högre utbildad och mindre utbildad personal använde sig av samma verbala strategier, men att de högre utbildade betonade självaktning, värdighet, val och självständighet i större utsträckning än lägre utbildad personal. (Caris-Verhallen et. al., 1997)

I en studie i artikeln gjorde man skillnad på expressiv beröring och instrumentell beröring. Den instrumentella beröringen betyder att vårdaren rör vid patienten för att utföra ett ingrepp medan den expressiva beröringen är mera spontan och inte behöver vara uppgiftsrelaterad. Det kom fram att den instrumentella beröringen var klart dominerande och den expressiva beröringen användes väldigt sparsamt. (Caris-Verhallen et. al., 1997)

En annan studie i artikeln visade att vårdarnas attityd, arbetstillfredsställelse, utbildningsgrad och kön hade att göra med hur de bemötte patienterna. De som hade hög arbetstillfredsställelse var mera ömsinta med sina patienter än vårdare med låg arbetstillfredsställelse. (Caris-Verhallen et. al 1997)

Syftet med Pirkko Routsalos forskning år 1995 var att få fram den viktiga delen i vårdaryrket som, förutom att kommunicera, även innebär att vidröra patienten. I studien

iaktogs 182 stycken vårdssituationer varav 178 blev inspelade, alla patienter var över 75 år. En patient som kanske har svårt att uttrycka sig eller har hörselskada har lättare att förstå vårdaren vid beröring t.ex. vid en vårdhandling såsom att hjälpa patienten upp från stolen. (Routsalo, 1995)

I artikeln ”non-necessary touch in the care of elderly people” lyfts även fram hur viktigt det är med en spontan och emotionell handling, alltså någonting utanför själva vårdplanen eller mötet, som en kram eller en klapp på handen, detta för att skapa en bra vårdkontakt och tillit med patienten. Forskningen visar att människan upplever olika dimensioner av närhet, den intima, personliga, sociala och den allmänna. (Routsalo, 1995)

Endast personer med en nära relation till en annan kan komma nära den intima dimensionen. Som vårdare är det då alltså viktigt att kunna bedöma patientens behov och intimitet. Beröring har även bevisats uppmuntra patienten till att äta och ta sina mediciner. Det är dock viktigt att vara lyhörd inför situationen så man inte går för nära patientens område, men detta skall man som vårdare kunna observera. (Routsalo, 1995)

Forskningen pekade på att beröring är naturligt för vissa vårdare. Denna vårdande beröring får de flesta patienterna att känna sig trygga och nära vårdaren, så länge beröringen sker på godkända områden på patienten. (Routsalo 1995)

Studien som är gjord av Annika Larsson et. al. år 2005 var en kvalitativ undersökning vars mål var att undersöka vad som leder till god vård för patienter över 75 år på akutmottagningen. Bakgrunden var att antalet besök ökar dramatiskt då människorna blir äldre, personer över 75 år besöker mottagningen i snitt två gånger om året. Samtidigt blir deras problem allt svårare och kräver mera uppmärksamhet och vård. (Larsson et. al., 2005)

Studien gjordes bland tio utvalda sjukskötare i ett av Sveriges universitetssjukhus och utfördes i en lugn miljö som passade den intervjuade. Resultatet visade att vårdpersonalen måste vara kunnig, ha förståelse för äldre personer och bära sitt ansvar. Dessutom hänvisade många av de intervjuade under intervjun till olika faktorer som

t.ex. hindrar god vård av äldre patienter. Dessa var dagliga medicinska ingrepp, ärenden och rutiner som försämrar kvaliteten på äldre personers vård. Oftast skickas dessutom äldre personer till akutavdelningar där vårdens kvalitet är för låg. (Larsson et. al., 2005)

Det resultat som kom fram i undersökningen kan ses som en utmaning för organisationen och sjuksköterna. I framtiden skall man försöka prioritera annorlunda och bättre inom vården, hålla en bra balans mellan god vård och medicinska/tekniska ärenden så äldre personer kan få så bra vård som möjligt. (Larsson et. al. 2005)

Syftet med Simons et. al. studie från år 1995 var att ta reda på hur man som vårdare kan observera och identifiera smärta hos en äldre patient som inte kan uttrycka sig verbalt korrekt. Metoden utfördes genom observation på akuta enheter och rehabiliteringsavdelningar, där det användes en tabell som kartlägger hur man känner igen smärta. Studien omfattade 105 patienter och 41 vårdare. (Simons et. al., 1995)

Eftersom alla upplever smärta på olika sätt kan det vara svårt att känna igen när det behövs smärtmedicinering, speciellt då patienten inte kan kommunicera. Av studien framgår det att den tabell som vårdarna skulle följa och fylla i underlättade identifieringen av patienter med smärta, men att den dock hade sina brister. Till exempel krävs en viss sorts utbildning för att vårdarna skall kunna använda sig av sådana. (Simons et. al., 1995)

Vårdarna från avdelningen ansåg att de ändå hellre skulle använda sig av professionella inom området än en tabell för medicinering av sina patienter, medan vårdarna på akutenheten ansåg att tabellen nästan alltid var korrekt och dessutom tidsbesparande. I denna artikel kom det även fram att det är lättare att snabbt upptäcka smärta hos män. Detta antas bero på att kvinnor har högre smärttolerans. (Simons et. al. 1995)

Syftet med den studie som utfördes av Armstrong et. al. var att ta reda på vårdpersonalens attityd gentemot äldre patienter och att försöka skilja på olika interaktioner mellan personalen och de äldre patienterna. (Armstrong et. al 1989)



Metoder som användes var frågeformulär och en icke-deltagande observation mellan vårdare och patient. Det handlade om 90 patienter och 105 vårdare. (Armstrong et. al 1989)

Av 105 vårdare svarade 74 stycken på frågeformuläret som mätte attityder gentemot äldre personer. Skalan gick från ett till fem. Siffran fem var positivt svar gentemot de äldre och siffran ett var negativt svar. Medeltalet blev 3,72 vilket innebär att vårdarnas attityd gentemot äldre var positiv. (Armstrong et. al 1989)

Observationerna var 10 minuter långa och man mätte bl.a. patientens aktivitet och vårdare-patient -interaktionen. Patienterna var passiva största delen av tiden, låg i sängen eller satt på sängkanten. Vårdare-patient -interaktionen varade i medeltal 2 minuter och 35 sekunder. Det visade sig att i nästan hälften av observationerna fanns det ingen interaktion mellan vårdare och patient. Patienternas mentala funktionsförmåga spelade ingen signifikant roll i resultatet. Det visade sig också att om patienten var äldre var det vårdaren som tog mer initiativ till att skapa en kontakt, men om patienten var yngre tog han eller hon första initiativet. (Armstrong et. al 1989)

En studie utförd av David Edvardsson och Rhonda Nay år 2009 berättar om hur man kunde förbättra bemötandet av en äldre patient på en jour. Studien är gjord på ett sjukhus. Den äldre patienten är den generation som mest besöker sjukhus, eftersom denna del av befolkningen löper störst risk att insjukna i någon sjukdom. Studien är gjord i syfte att få fram och ge idéer till alternativ vård för den äldre patienten, som exempelvis ett "åldringscenter" där åldringen kan bli intagen för fortsatt vård. (Edvardsson & Nay, 2009)

I Australien blir en kvinna i åldern 40-45 som söker sig till jourpolikliniken kvar på sjukhuset i medeltal 2,8 dagar, medan en kvinna över 85 år stannar 10,9 dagar på sjukhuset. Det är alltså självklart att den äldre generationen är den generation som mest belastar sjukhusen. Åldringar som blir intagna på sjukhuset löper också risk att bli stressade och eller få dysfunktionellt beteende. Stressen på jourpolikliniken kan alltså smitta av sig till den äldre patienten. (Edvardsson & Nay, 2009)

Studien är således inte gjord för att klandra sjuksköterna på jourpolikliniken för att göra ett dåligt arbete. Tidsbrist och personalbrist orsakar stress inte bara för patienten utan också för vårdarna. I ett sådant fall vore ett separat ”åldringscenter” på sin plats. Detta skulle minska köerna och stressen på jourpolikliniken. Den äldre patienten skulle tas emot på ”åldringscentret” av vårdare som är specialiserade på äldre människor. Med större kunskap kan man lätt förkorta sjukhusvistelsen och detta underlättar självfallet för den äldre patienten och får henne att känna sig tryggare. (Edvardsson & Nay, 2009)

## **SAMMANFATTNING AV LITTERATURÖVERSIKTEN**

Viktiga faktorer som kom fram i forskningsöversikten var kommunikation, bemötande, underställdhet, beröring och arbetstillfredsställelse.

I Taipales studie var resultaten överlag positiva. Majoriteten av patienterna upplevde vården som saklig och vänlig och tyckte att de blivit både individuellt och jämställt bemötta. En del tyckte att vårdaren kunde ha varit varmare i bemötandet och fördjupat sig mera i patientens ärenden. Att ha blivit väl bemött gav en trygghetskänsla. (Taipale 1995)

Studierna gjorda av Heinzman et. al. och Caris-Verhallen et. al. visade att kommunikationen är en väldigt viktig del av gott bemötande. Kommunikationen kunde delas upp i verbal och non-verbal kommunikation. Den verbala kommunikationen innehåller allt som har med språket att göra och den non-verbala har att göra med miner, gester, blickar, ögonkontakt, beröring etc. Målet för god kommunikation är att tolka alla dessa meddelanden och ge respons. (Heinzman et. al.1999) (Caris-Verhallen et. al 1997)

Resultatet var att kommunikationen mellan vårdare och patient är knapp och att det också förekommer barnprat inom äldrevården. Detta betraktas inte som ett positivt fenomen eftersom det kan anses nedlåtande och sannolikt har negativa effekter på välbefinnandet och bidrar till att både den fysiska och den psykiska funktionsförmågan hos äldre försämras. (Heinzman et. al.1999) (Caris-Verhallen et. al 1997)

Vårdare med längre arbetserfarenhet visade sig vara mera känslofulla i sin kommunikation med de äldre patienterna. Det tog sig också uttryck i att t.ex. vårdarnas attityd och arbetstillfredsställelse hörde samman med hur man bemötte patienterna. De

som hade hög arbetstillfredsställelse var mera ömsinta med sina patienter än vårdare med låg arbetstillfredsställelse.(Heinzman et. al.1999) (Caris-Verhallen et. al 1997)

I Routsalos studie framkom det bl.a. att beröring av patienten är en viktig del av gott bemötande. Det är viktigt med spontana emotionella handlingar som visar att man bryr sig, som t.ex. en klapp på handen eller en kram. Det är dock viktigt som vårdare att kunna läsa av patientens behov och inte gå in på dennes intima område. (Routsalo, 1995)

Forskningen kom fram till att beröring är naturligt för vissa vårdare. Denna vårdande beröring får de flesta patienterna att känna sig trygga och nära vårdaren, så länge beröringen sker på godkännande områden på patienten. (Routsalo, 1995)

En studie gjord av Annika Larsson et. al. visade att äldre patienter kräver mera uppmärksamhet och vård eftersom de ofta har flera medicinska problem än yngre. Av vårdarna kräver detta god kunskap, ansvarsfullhet och förståelse för äldre. (Larsson et. al 2005)

## **7 METOD**

### **7.1 Datainsamling**

De allmännaste metoderna för kvalitativ datainsamling är intervju, förfrågan och observation. Man kan använda dessa kombinerat eller parallellt. Vi har valt att använda kvalitativ temaintervju och observation som datainsamlingsmetoder. (Tuomi & Sarajärvi 2002:73-74)

### **7.2 Halvstrukturerad temaintervju**

Temaintervju är en metod som har använts mycket inom vårdforskning och som har flera fördelar, även om den är både tids- och kostnadskrävande. Fördelarna med intervjun vinner dock över nackdelarna, eftersom man vid en intervju är ansikte mot ansikte med den intervjuade och får en bättre helhetsbild och kan också få mer

uttömmande svar. I en intervju är det forskaren som styr processen genom på förhand planerade frågor enligt temaområdena. (Eriksson 1992:275-277)

I en temaintervju agerar man genom i förväg planerade teman och följdfrågor. Det går inte heller att ställa vilka frågor som helst i en temaintervju, utan man strävar till att få meningsfulla svar i förhållande till det man forskar. De temaområden som väljs baserar sig på tidigare forskningar och vad som kommit fram i dessa. (Tuomi & Sarajärvi 2002:76-78)

Flera skribenter talar om att en halvstrukturerad intervju är en mellanform mellan frågeformulär och ostrukturerad intervju. Av detta finns inte någon specifik definition. Frågorna är samma till alla men de kan ställas i olika ordningsföljd och formuleringen kan vara olika. Det finns inte heller på förhand givna svarsalternativ, utan den intervjuade får svara med egna ord. För denna metod är det alltså specifikt att något är bestämt på förhand men inte allting. (Hirsjärvi & Hurme 2000:47)

### **7.2.1 För- och nackdelar med intervjumetoden**

Eftersom intervjumetoden är en väldigt flexibel metod passar den bra till olika forskningar. I en intervju idkas en rak språklig växelverkan med den intervjuade och denna metod ger utrymme för att styra samtalet mot de ämnen man vill få svar på. Man kan också få fram något ur den non-verbala kommunikationen. (Hirsjärvi & Hurme 2000:34)

Fördelar med intervjumetoden är att

- människan är ett subjekt i intervjun och hon kan uttrycka sig fritt
- man kan klargöra svaren
- man kan fördjupa svaren
- man kan ta upp känsliga ämnen, dock är forskarna av olika åsikt om detta.

Vissa tycker att frågeformulär fungerar bättre med känsliga ämnen.

Nackdelar med intervjumetoden är att

- det krävs erfarenhet och kompetens i att intervjua
- man borde bli utbildad i att intervjua

- intervjumetoden är tidskrävande
- transkriberingen är långsam

Analys och tolkning av materialet är svårt eftersom det inte finns några färdiga modeller.

Missledande faktorer kan t.ex. vara intervjuernas vederhäftighet. Den intervjuade kan ge socialt godkända svar istället för att vara ärlig. (Hirsjärvi & Hurme 2000:35)

### **7.3 Kvalitativ innehållsanalys av intervjuerna**

Innehållsanalys är en metod som kan användas vid systematisk tolkning av många olika slag av dokument. Dokument beskrivs som t.ex. böcker, artiklar, tal, intervjuer, dialoger mm. som har överförs i skriftlig form. Målet med denna metod är att få en beskrivning av materialet i en sammanfattad och allmän form. (Tuomi & Sarajärvi 2002:105-106)

Med hjälp av innehållsanalys får man materialet bearbetat i en sådan ordning att materialet sedan kan analyseras. (Tuomi & Sarajärvi 2002:105-106)

Den materialbaserade innehållsanalysen är kvalitativ och analysfasen kan grovt delas upp i tre delar; 1) förenkling av materialet, 2) Gruppering av materialet, 3) Abstrahering av materialet. (Tuomi & Sarajärvi 2002:110-115)

I fas ett förenklar man materialet dvs. reducerar det irrelevanta från de transkriberade intervjuerna. I detta fall kommer intervjuerna först att transkriberas, förenklas och brytas ned. I praktiken betyder detta att man söker efter meningar och uttryck i innehållet som svarar på forskningsfrågorna och streckar under dem med färggranna pennor. De radas sedan upp enligt ett nytt koncept. (Tuomi & Sarajärvi 2002:110-115)

I fas två grupperas materialet från fas ett. Man försöker hitta liknande uttryck och meningar som sedan bildar en egen grupp. Av dessa grupper bildar man ännu undergrupper. Undergrupperna ordnas vidare i övergrupper som sedan i fas tre slås samman till grupper med en förenande faktor. Man fortsätter kombinera grupper så långt som möjligt och på detta sätt fås svaret på forskningsfrågorna. (Tuomi & Sarajärvi 2002:110-115)

## 7.4 Schema för innehållsanalys

I nedanstående figur visas innehållsanslynsens olika skeden. Detta är en bearbetad modell av Tuomi & Sarajärvi. Se figur 2. (Tuomi & Sarajärvi 2002:111)



*Figur 2: Schema för innehållsanalys*

## **7.5 Observation som metod**

I studien används en blandning av kvantitativ och kvalitativ strukturerad observation. Med strukturerad observation menas en omsorgsfull, utforskande observation som strävar efter en detaljerad och konsistent beskrivning av människans beteende.

Förhållningssättet är deduktivt, man har alltså på förhand bestämt vilka kategorier som skall observeras och fyllas i det på förhandsgjorda strukturerade kodningsschemat. I kodningsschemat observeras det icke-verbala och det verbala beteendet. Vår forskning kommer att vara en icke-deltagande forskning. (Robson 2002:309-318)

Med kvantitativ metod menas en väldefinierad teoribaserad undersökning som kräver kännedom om ämnet på förhand. Man analyserar det ämne som skall behandlas och definierar teorier som man sedan forskar inom. (Robson 2002:96)

Med kvalitativ metod menas en vetenskapsteoretisk undersökning. Den kvalitativa metoden använder facktermer för att understryka faktiska eller essentiella egenskaper t.ex. hos något som skall undersökas. (Robson 2002:24)

Alltså kort kan man säga att skillnaden med dessa två metoder är att kvantitativ undersökning associeras till testning av teorier medan kvalitativ undersökning associeras till skapande av teorier. (Robson 2002:46)

### **7.5.1 Analys och tolkning av resultat**

Efter att data har samlats in genom en undersökning skall de analyseras och tolkas. Analysen är nödvändig eftersom resultatet i sig självt inte ger något svar utan detta måste tolkas vidare. Processen och produkten av analys är utgångspunkt för tolkningen. För tolkning av resultat finns det flera olika verktyg som t.ex. statistikprogram. (Robson 2002:386-387)

### **7.5.2 Analys av kvantitativ data**

I analysen av kvantitativ data används ett dataprogram som stöd. Data importeras till programmet där man sedan grupperar det i rader och kolumner efter kategori. Analysen av kvantitativ data måste beakta tillfällen där data saknas, detta kan man antingen ta ställning till i analysen eller behandla i kapitlet om problemhantering.

Granskning av data görs i två faser, undersökning och bekräftande av data. Med undersökning av data menas att man försöker förstå resultaten och vad de berättar för dig, som hjälp kan man använda sig av grafer eller diagram. Med bekräftande av data försöker man få fram om det förväntade resultatet har uppnåtts. (Robson 2002: 391-399)

### **7.5.3 Analys av kvalitativ data**

I analysen av kvalitativ data kan även ett dataprogram användas som stöd. Vanliga typer av denna analysform kan innehålla reflektioner, mönster och sekvenser, av dessa kan det sedan skapas slutsatser och teorier. Det finns ingen enskild metod för hur man analyserar kvalitativ data. (Robson 2002:456-459)

### **7.5.4 Fördelar med observation**

Största fördelen med att göra observationer är att tekniken är direkt, informationen fås alltså genast. I en icke-deltagande observation kan man inte ändra eller vägleda resultatet, allt beror på informanterna.

Som observatör får man inte heller intervjua informanterna, det är de som bestämmer vad som kommer fram. Observation är mycket effektivt eftersom det visar hur det går till i det verkliga livet, inte som i t.ex. intervjuer där informanten kan hitta på sina egna svar.(Robson 2002:310)

### **7.5.5 Nackdelar med observation**

Observation är inte ett lätt eller ett problemfritt alternativ. Största problemet är att även då observatören är icke-deltagande så påverkas situationen, eftersom t.ex. informanten känner sig betraktad vilket gör att situationen blir ansträngd. Detta får observatören att



fundera huruvida detta tillfälle skulle te sig annorlunda om observatören inte vore på plats.

Andra problem med observation är ifall observatören inte håller sig till sin roll utan blir mer delaktig än tillåtet. Också detta inverkar på det slutliga resultatet. (Robson 2002:311)

## 8 FORSKNINGSETIK

Forskningsetiken kommer starkt fram i forskningar gällande humanvetenskaper där människan är forskningsobjektet. Det finns vissa regler eller principer som är allmänt accepterade gällande etiken mellan forskare och forskningsobjekt. (Eriksson 1992:20-23)

För det första skall man inte åstadkomma lidande eller obehag hos forskningsobjektet. Forskningen kan beröra forskningsobjektets egen situation och på detta sätt medföra temporärt lidande, men ibland kan man bli utsatt för detta i syfte att förbättra situationen för andra. Men rättesnöret är att undvika allt onödigt lidande.

För det andra skall deltagandet i forskningen vara frivilligt och forskningsobjektet skall alltid informeras om forskningen och veta att denne får avbryta när som helst.

För det tredje skall man alltid kunna garantera forskningsobjektets anonymitet. (Eriksson 1992:20-23)

Intervjubanden kommer att förvaras i låst skåp och förstöras efter att de inte mera behövs.

För det fjärde skall forskningen inte vara ett självändamål. Man skall söka ny kunskap om ämnet och föra detta vidare och gagna så många människor som möjligt. (Eriksson 1992:20-23)

I vår studie beaktar vi och uppfyller alla dessa fyra punkter gällande forskningsetiken. Dessutom har Arcadas etiska råd samt Esbo stad gett sitt godkännande till studien. Vi har hänvisat korrekt till källorna och således förekommer ingen plagiering.

## 9 INTERVJUERNA, TILLVÄGÅNGSSÄTT OCH ANALYS

Före de egentliga intervjuerna gjordes en pilotstudie i form av intervju av en sjukskötarestuderande. Intervjun spelades in på band. På detta sätt kunde intervjuaren försäkra sig om att man kunde använda bandinspelaren korrekt och övade sig på intervjutekniken.

De egentliga intervjuerna till studien utfördes på en hälsostationsjour i mars månad vecka nio, under två arbetsdagar.

Den första av de fyra intervjuerna utfördes i ett övervakningsrum där anställda sprang fram och tillbaka och därmed inte lämpade sig särskilt bra för en intervju. De resterande intervjuerna utfördes på vårdarnas egna mottagningsrum. Rummen passade bra för intervjuer eftersom det inte förekom avbrott i intervjun. Intervjuerna gjordes mellan patientbesök och tiden för intervjuerna blev tyvärr väldigt korta och sammanpressade. På grund av detta var det antagligen också svårt att få tag på informanter.

Efter att intervjuaren fått intervjuerna började transkriberingen av kassetterna.

Tillsammans blev det cirka 11 sidor text och en knapp timme inspelat material. Efter att materialet var transkriberat satte intervjuaren sig in i materialet och streckade under viktiga meningar och citat och reducerade därmed allt irrelevant. Sedan radades alla meningar och citat upp på ett skilt koncept och började simplificeras och grupperas. Efter simplificeringen bildades åtta grupper av vilka intervjuaren sedan bildade undergrupper som gav svar på forskningsfrågorna.

## 10 RESULTAT AV INTERVJUERNA

Nedanstående tabell visar hur analysen gått till och resultatet.

**Tabell 2: Fråga, förenkling och resultat**

FRÅGA	FÖRENKLING	RESULTAT
1. Hur bemöter du den äldre patienten på hälsostationsjouren och hur skiljer sig detta från t.ex. en yngre patient?	Bemötandet av åldringen är densamma	Jämställt bemötande
	Bemötandet av åldringen skiljer sig inte från andra	
	Bemötandet av åldring och ung patient är densamma	
	Åldringar bemöts lika som andra	
2.1 Vad är utmanande med att bemöta den äldre patienten?	Patienten måste tas på allvar. Kan vara svårt att få relevant information av åldring	Professionalitet
	Utmanande att få relevant information av åldring	
	Svårare att få relevant information av en åldring, patienten bör tas på allvar. Man bör vara noggrann med en äldre patient	
2.2	En förvirrad patient är utmanande men bemöts på samma sätt	Tålamod och förståelse
	En förvirrad patient är utmanande, andra patienter får mindre uppmärksamhet	
	Utmanande att vårda en förvirrad patient Förvirring orsakar utmaning, andra patienter får mindre uppmärksamhet	

2.3	<p>Anhöriga orsakar ytterligare utmaning</p> <p>Anhöriga tar av patientens tid</p> <p>Anhöriga är en utmaning</p> <p>Anhöriga är en utmaning och tar av patientens tid av vårdaren</p>	Tålamod och förståelse
2.4	<p>Åldringens helhetssituation utmanande</p> <p>Beaktande av helhetssituationen</p> <p>Hur patienten klarar sig hemma</p>	Omsorg
3. Har du andra tillvägagångssätt i kommunikationen med en äldre patient?	<p>Förhöjning av rösten</p> <p>Förhöjning av rösten, upprepning, se till att informationen gått fram</p> <p>Förhöjning av rösten och se till att informationen gått fram, försäkran</p>	God kommunikation
4. Vad är du bra på gällande bemötandet av en äldre patient?	<p>Man får inte undervärdera åldringar</p> <p>Skapa tillit</p> <p>Att bry sig om och ta hand om</p> <p>Hjälpsam mot åldringar</p>	Bry sig om, tillit och respekt

<p>5. Finns det faktorer eventuellt som kan påverka bemötandet? - tidsbrist - stress</p>	<p>Tidsbrist ändrar ej på bemötandet</p> <p>Tidsbrist brukar inte ändra på bemötandet</p> <p>Tidsbrist ändrar inte på bemötandet men alltid finns det inte tid</p> <p>Om det finns för få vårdare påverkar det kvaliteten av vården</p> <p>Om ingen är på semester finns det tillräckligt vårdare</p>	<p>God stresshanteringsförmåga</p>
--	---	------------------------------------

Resultatet av de intervjuer av vårdarna som utfördes på hälsostationen kommer att presenteras i detta stycke. Detta är alltså vårdarnas erfarenhet/uppfattning av hur de bemöter den äldre patienten på hälsostationen. Materialet kommer att presenteras enligt intervjufrågorna. Texten innehåller citat på finska som också är översatta till svenska.

Den första frågan i intervjun handlade om att hur vårdaren bemöter den äldre patienten på hälsostationsjouren och om det finns skillnader i bemötandet av en äldre patient jämförelsevis med en yngre.

Alla intervjuade svarade samstämmigt att alla patienter bemöts på samma sätt och att det inte gör någon skillnad om en människa är ung eller gammal, alla är människor. Dessa svar klassades som **jämställt bemötande** i resultatet.

*” Mutta ei niillä muuten ihmisenä ole mitään erilaista kohtaamista, kaikki on ihmisiä ”*

Men inte har de annars som människor ett annorlunda bemötande än andra, alla är människor.

*” En mä tiedä, ei mun mielestä. En mä koe siinä mitään rasitetta ”*

Jag vet inte, inte tycker jag det. Inte anser jag det som en belastning.

I den andra intervjufrågan frågades vad som är utmanande med att bemöta äldre patienter på hälsostationsjouren. I denna fråga var det flera olika faktorer som fram. Den första faktorn som starkt lyftes fram var patienter med delirium och minnesstörningar. Detta resulterar i att dessa patienter kräver mera arbete av vårdarna och tar av de andra patienternas tid. Denna faktor klassades som **tålamod och förståelse**.

*” Tietysti meillä on näitä tämmösiä jotka on oikeesti vähän sekavia ja sit kun meitä on vaan yksi tossa tollakin puolella (tarkkailu) niin sit se muistamattomuus ja et pysyys ne sängyssä ja ettei ne loukkaa itteensä ja jos liikkuminen on huonoa niin sitten tietysti tälläaset asiakkaat vie sen et toiset jää niinku sit vähän. Vaikka sä huomioit kaikki niin se yks saattaa sit viedä ajan. Ja sit joskus ne saattaa olla sekavia ja tulla tuolta laitojen yli ja yrittää tulla tuolta, että saa sen pysymään tuolla rauhallisena ja.. ”*

Förstås har vi av dom här som påriktigt är lite förvirrade och sen när det finns bara en av oss där på andra sidan (övervakning) och liksom med den där glömskheten och hålls de sedan i sängen och att de inte stöter sig själva och om rörelseförmågan är dålig så blir de andra lite. Fastän du beaktar alla så kan en ta upp all tid. Och sen kan dom vara förvirrade och komma över sängkanterna, så att man får dom o hållas där och lugna och...

Den andra faktorn som vårdarna ansåg vara utmanande var patienters anhöriga som var med på hälsostationsjouren. Vårdarna ansåg att patienters anhöriga tar mycket av patienternas tid med vårdaren och på detta vis orsakar tilläggsarbete åt vårdarna. Denna faktor klassades också som **tålmod och förståelse**.

*” Haastavampihan on se kun on ne hätäiset omaiset tässä, tavaallaan. Oikeesti se on mun mielestä niinku vähä niinku sit sillon kun on kiirettä, niin se on jaa koska ne omaiset aiheutta aika paljon lisätöitä kun ne kysyy, tekee ja touhuu ja on tos niinku mukana. Se on melkein semmosta rasittavampaa kun se et saa touhuta sen ihmisen kanssa siinä rauhassa, mutta hyvä et jollakin on omaisia. Mutta se on haastavampaa sillon kun se on mukana ”*

Egentligen är det ju mera utmanande när bekymrade anhöriga är här. Alltså påriktigt så så är det lite så, när man har bråttom, så orsakar anhöriga mera arbete när de frågar, gör och springer omkring. Det är nästan mera jobbigt än det att få i lugn och ro få vara ifred med patienten, men bra att folk har anhöriga. Men det är jobbigare då de är med.

*”Ja huolestuneet omaiset on joskus semmonen asia että potilas voi jäädä vähemmälle, ei anna suunvuoroa itse potilaalle ollenkaan. Sillon joskus pyydän heitä odottamaan ulkopuolella hetken niin voin sitten rauhassa keskustella sen potilaan kanssa”*

Och bekymrade anhöriga är ibland en sådan sak att patienten kan få för lite uppmärksamhet, ger inte muntur åt själva patienten alls. Ibland kan jag be dom vänta en stund utanför för att sedan diskutera en stund med patienten i fred.



Den tredje faktorn som vårdarna tyckte var utmanande var att kunna se åldringars helhetsbild, som t.ex. om de klarar sig hemma. Detta klassades som **omsorg** i resultatet.

*”Mä niinku yritän kartottaa sitä potilaan tilannetta siinä, jos se on niin täyspäinen että se itse pystyy puhumaan siinä tilanteessa. Niin tota, ja yritetään sitten välillä ottaa kotisairaanhoitoon, kotihoitoon yhteyttä ja sit lääkärin kanssa funtsitaan ja aika paljon me kuitenkin saadan sit heidät hetkeks terveyseskus vuodeosastolle et ne pääsee omille jaloilleen ja pärjää sit taas siellä kotona.”*

Ja försöker kartlägga patientens situation, om hon är tillräckligt förnuftig att hon själv kan tala. Och sen tar vi kontakt med hemsjukhuset, hemvården och funderar tillsammans med läkaren. Ganska bra får vi dem till en stund till hälsostations bäddavdelningen så att de kommer på benen igen och klarar sig där hemma.

*”Totta kai se pitää kattoa se kokonaisuus, ei voi lähettää täältä kotiin”*

Såklart måste man se helheten, inte kan man skicka hem folk inte.

Den fjärde faktorn i denna fråga i intervjun kom det fram att det är betydligt svårare att få fram relevant information av de äldre patienterna och att det är viktigt att ta dem på allvar och att man måste vara noggrannare på ett annat sätt än med yngre patienter. Detta klassades som **professionalism** i resultatet.

*”Että se on semmonen niinku kova esimerkki siitä että miten pitää ottaa asiakas tosissaan, että se voi olla hengenlähdestä kysymys. Et tota sit se että asiakas rupee selostamaan että ne ei osaa tuoda sitä hirveen selkeesti sitä heidän vaivaansa esille. Ja voidaan vaikka puhua jostain kukkien kastelusta välillä tai jostain muusta, että se ajatus voi lentää missä sattuu. Ja kerrotaan lapsista ja lastenlapsista ja että osata löytää sieltä ne sitten kuitenkin se oleellinen ja.. ”*

Att det är liksom ett hårt exempel över att hur man måste ta klienten på allvar, att det kan vara fråga om livet. Att liksom så börjar klienten förklara, att dom inte alltid kan säga klart ut vad som är besväret. Ibland kan vi t.ex. tala om vattning av blommor eller

om något helt annat, att tankarna kan flyga varsomhelst. O så berättar dom om sina barn och barnbarn och man måste kunna ta ut det relevanta..

*”No tota joo, siis ulosanti voi olla heikompa kun esimerkiksi nuorella ihmisellä ja aina ei uskalla kaikkea edes valittaa. Täytyy niinku osata nähä se oleellinen”*

No alltså, ja, det är svårare att få fram det relevanta jämfört med en ung människa och alltid vågar de inte heller klaga över allt. Man måste liksom kunna se det relevanta.

I den tredje frågan frågades vårdarna om de har andra tillvägagångssätt i kommunikationen med de äldre patienterna. Flera av vårdarna berättade att de automatiskt höjer på rösten, fastän patienten skulle höra bra. En annan faktor som strakt kom fram var att vårdarna alltid försäkrade av patienterna om de förstätt alla instruktioner korrekt. Detta klassades som **god kommunikation** och omsorg.

*” Automaattisesti puhun kovempaa ja selvemmin”*

Automatiskt talar jag högre och tydligare.

*” Ja heille pitää kertoa tarkemmin ja varmistaa että he on ymmärtänyt kaiken. Ja usein joutuukin selittämään uudestaan. Että enemmän niinku tekemistä niiden kanssa ”*

Och man måste berätta noggrannare och försäkra att de har förstätt allting. Och ofta måste man förklara pånytt. Så att det är mera att göra med dom.

*” No tietysti sitten joskus täytyy huutaaaa. Joo tietysti aina se ääni muuttuu vaikka ei ne oo kuurojakaan, niin aina se ääni vähän kohoaa. Monta kertaa täytyy oikeesti kysy ”ymmäräksä mitä sulle nyt selitetään” ja usein kun lääkäri selittää niin ne usein kysyy meiltäkin. Niin meidän täytyy oikeesti olla korvat niinku näin. (korvat höröllä). Niin tiedetään että ohjeet on mennyt perille”*

Nå ibland måste man roooopa. Och förstås ändras rösten alltid lite, fastän de inte är döva, man höjer nog alltid lite på rösten. Många gånger måste man fråga att ”förstår du nu vad du blir förklarad” och ofta när läkaren förklarar så frågar dom ofta oss också. Man måste vara på riktigt lyhörd. Så vet vi att att allt gått fram.

I den fjärde frågan av intervjun frågades vårdarna om vad de anser sig vara bra på i bemötandet av äldre patienter. Faktorer som lyftes upp var livserfarenhet, hjälpsamhet, tycke för äldre och omtänksamhet. En av informanterna påpekade att man inte skall undervärdera de äldre. En annan viktig sak var att skapa tillit till patienterna så de vågar komma tillbaka om de har problem med något. Detta klassades som **bry sig om, tillit och respekt.**

*” Kyllä mä uskon että mä oon noitten vanhusten kanssa, mä oon tykännyt aina niiden kanssa touhuta ja tehdä ja olla ja kysellä ja pitää niistä huolta ja en mä tiedä. Mä oon aina niinku, täällä työpaikalla kaikki tietää että mä oon aina tykännyt puuhata noitten vanhusten kanssa ”*

Nog tror jag att jag är bra med åldringar, jag har alltid tyckt om att pyssla med dom, göra och fråga och ta hand om dom. Inte vet jag. Jag har liksom alltid, här på jobbet så vet alla att jag alltid tyckt om att pyssla med dom.

*” Kyllähän nää on semmosia nää ikäihmsiet että jun ne pääsee tutuski ja vatsaanotto on niille hyvä niin uskaltaa tulla uudestaan ja kyllähän meillä painotetaan sitä että saa tulla sitten ”*

Nog är dom såna dom här åldringarna att när man blivit bekant och bemötandet bra så vågar de komma på nytt och vi poängterar nog att man får sen komma.

*”Se tulee elämällä, ehkä semmosta jonka saa tässä kylkiäsienä. Mutta silti ei pidä ajatella että nuori ei pystysi siihen, mutta se että sehän on asia mikä on totuus että pikkuhiljaa me jokainen saadaan sitä elämänkokemusta ja sitä kautta on helpompi lähestyä ja asettua siihen sen toisen asemaan ”*

De kommer med att leva, som man får på köpet. Men ändå skall man inte tänka att en ung inte skulle klara av det, men det är ju sanningen att småningom får vi livserfarenhet och genom det är det lättare att närma sig och sätta sig i patientens situation.

I den sista frågan behandlades faktorer som tidsbrist och stress samt om det finns tillräckligt med personal, som eventuellt skulle kunna påverka bemötandet. Vårdarna ansåg enhälligt att tidsbristen inte ändrade på deras bemötande av de äldre patienterna.

En vårdare sa dock att om de har för lite vårdare på plats så påverkar de kvaliteten av vården negativt. Men i allmänhet tycktes det finnas tillräckligt med vårdare på hälsostationen så länge ingen är på sjukledigt eller semester. Detta klassades som **stresshanteringsförmåga**.

*” No, kieltämättä se voisi vaikuttaa mutta mä en oo toistaseks antanut sen vielä vaikuttaa ja sitten tota jos on vuosikontrollista kysymys niin siinä on se tunti aikaa mukavasti perehtyä, että siinä voi jo vähän enemmän jutella. Ja sitten jos on tämmönen että, on niinku useampia kertoja käynyt ja on alkuhaastattelut tehty, ravitsemuksesta puhuttu suun muut niin, ja sittenhän saattaa se aika olla lyhyempi että niinku vaara saattaa olla se että ei ole aikaa kuunnella sitä niin tarkkaan ja tai jos sit se ulosanti ei ole niin selkeä niin että se osais tuoda sillä hetkellä sitten sen niin ”*

Nå, utan tvekan så kunde det påverka men tillsvidare har jag inte låtit det påverka och om det är frågan om en årskontroll så finns det en timme till förfogande, man hinner sätta in sig i patientens ärenden och så hinner man redan lite prata. Och om det är en sådan här som har redan varit här flera gånger och alla förintervjuer är gjorda, vi har talat om nutritionen och annat så kan ju tiden vara kortare så då kan det hända att man inte alltid hinner lyssna så noggrant eller sen just att det är svårt att få ut det relevanta..

*” Yleisesti ottaen terveydenhoitoalalla tahtoo olla niin että meillä ei ole sijaisia, jos joku sairastuu niin tota joko ne perutaan ne ajat tai sitten joku toinen ottaa niitä niin paljon kuin pystyy ja sitten me tehdään joskus niin että samana aamuna saattaa joskus kaikki muuttua täysin ja saattaa näihin asiakkaisiin vaikuttaa sit, ja kyllä se luonnollisesti vaikuttaa siihen hoidon laatuun”*

Allmänt taget så är det ju så i sjukvården att vi inte har vikarier, om någon blir sjuk så måste man avboka tider eller sen tar någon annan dom, i den mån hon hinner och det kan ändras allt under en morgon. Visst påverkar det ju kvaliteten av vården.

Resultatet av intervjuerna var att vårdaren på denna hälsostationsjour tyckte att följande faktorer var viktiga i bemötandet av den äldre patienten; jämställt bemötande, god

stresshanteringsförmåga, professionalitet, god kommunikation, omsorg, att bry sig om, tillit, respekt, tålamod och förståelse.

## 11 OBSERVATIONSSITUATIONEN

Inom ramen för denna studie utfördes 10 stycken observationer på hälsostationen. Alla de tio observationerna ägde rum vecka 9 våren 2010. Observationerna gjordes i vårdarnas bevakningsrum, där fanns 4 stycken sängar som hela var tiden i vårdarens synfält. Rummet var avsett för patienter som inte klarar av att sitta i väntrummet utan behöver t.ex. extra syre. De flesta som kom till detta rum var äldre patienter med försämrat allmäntillstånd. Rummet var idealiskt för observationerna.

Observationen gick till så att observatören redan befann sig i rummet då patienten kom in. Eftersom observatören var en icke-deltagande observatör var det enbart vårdaren som tog emot patienten.

Negativa faktorer med observationen var att bevakningsrummet snabbt kunde bli fullt vilket observatören inte hade någon nytta av, eftersom syftet med studien var att observera själva mötet. Andra negativa faktorer var att patienten blev alltför nyfiken på vem observeraren var.

Checklistan (se bilaga 2) som var gjord på förhand blev snabbt ifylld i observationssituationen, vilket betydde att vårdaren inte kunde rätta sina misstag då de en gång gjorts. Checklistan var alltså gjord för att ta reda på hur det går till helt i början av mötet, ett sorts ”första intryck”.

Alla vårdare som blev tillfrågade ifall de ville ställa upp var frivilliga. Dessa informanter fick före studiens början ett papper där det berättades om just denna studie (se bilaga 3). De frivilliga fick därefter fylla i ett godkännande (se bilaga 4)

Observationen tog allt som allt två arbetsdagar i anspråk för att få allt det material som behövdes, alltså 10 stycken observationer mellan vårdare och patient. Studien gick smidigt på hälsostationen och informanterna där var mycket samarbetsvilliga och förstod observatörens roll.

Efter att allt material inhämtats och godkänts av observatören skulle materialet överföras i elektronisk form för analys. Dataprogrammet Excel användes för att lagra resultatet. Med Excel gjordes även diagram som ansågs vara användbara och dessutom lätta att förstå. Med diagrammen var det sedan lätt att analysera resultatet och se både bristerna i mötet och det positiva.

## 12 RESULTAT AV OBSERVATIONERNA

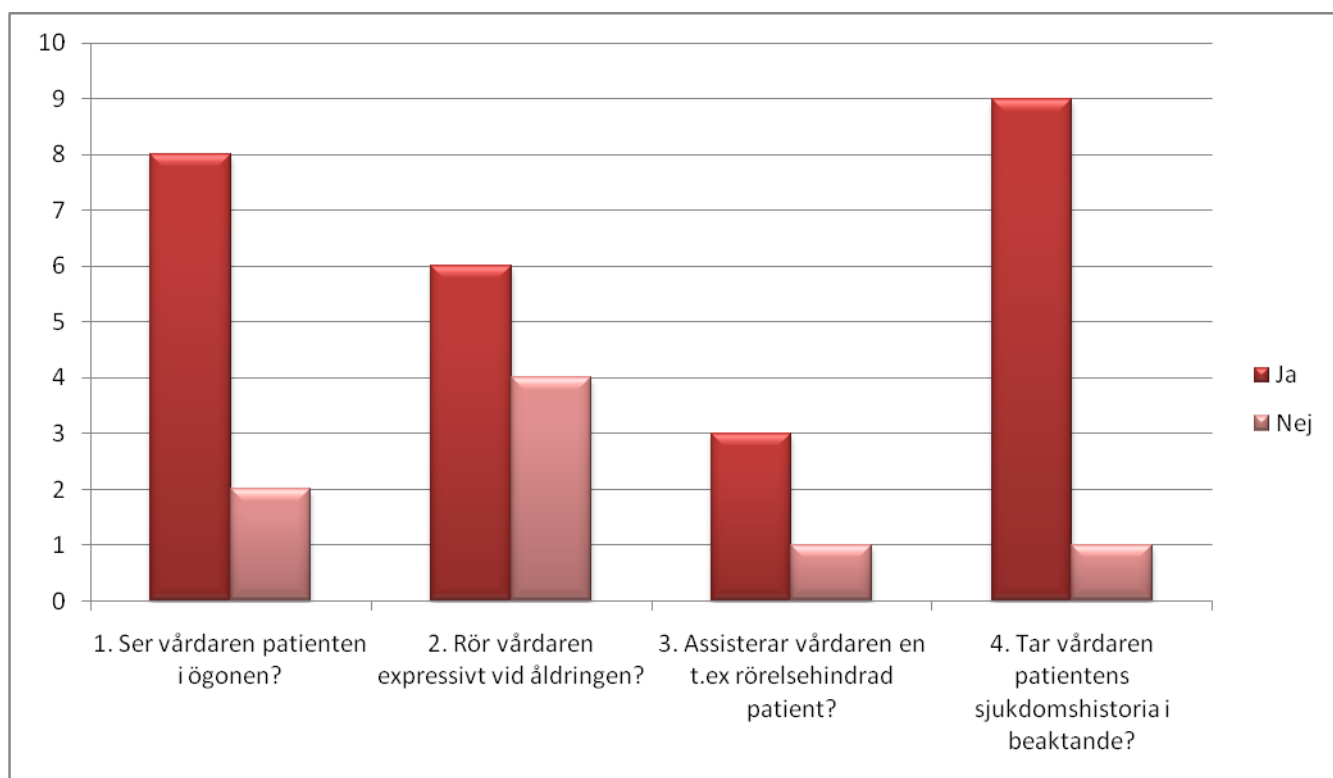
I detta kapitel analyseras de resultat vi fått av både observationerna och intervjuerna.

### 12.1 Observationsanalysen gav följande resultat

Det gjordes totalt 10 stycken observationer på hälsostationen, totalt observerades 13 stycken olika faktorer som delades in i non-verbala och verbala kategorier.

#### 12.1.1 Non-verbalt resultat

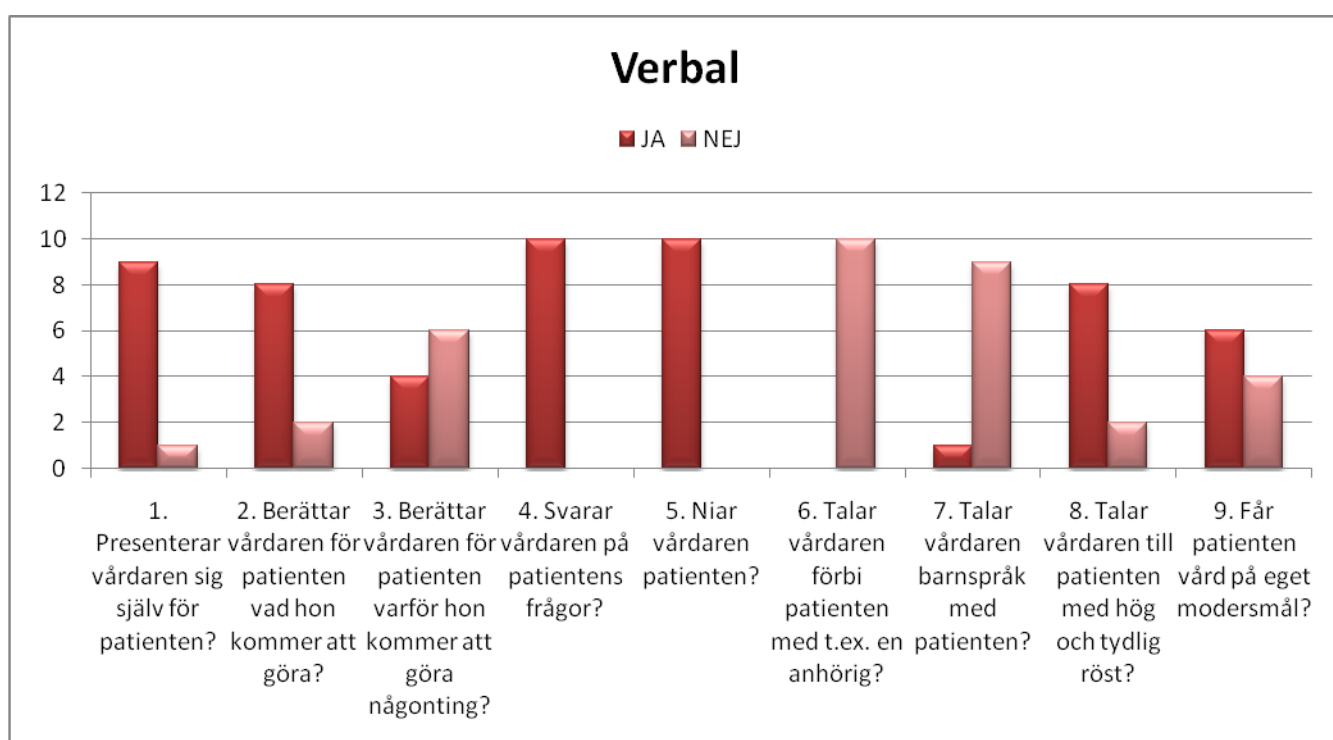
*Tabell 3: Non-verbalt resultat*



Vid tio stycken observationstillfällen såg 8 av 10 vårdare patienterna i ögonen då de samtalade med dem. Vid sex stycken tillfällen rörde vårdaren expressivt vid åldringen. I fyra fall vad patienten rörelsehindrad, i tre av dessa blev patienten assisterad av vårdaren. Då vårdaren tog emot en ny patient tog vårdaren patientens sjukdomshistoria i beaktande vid nio tillfällen, dvs. vårdaren koncentrerade sig inte enbart på orsaken till varför patienten kommit till hälsostationen. Se tabell 3 .

## 12.1.2 Verbala resultat

**Tabell 4: Verbalt resultat**



Vid nio av tio observationstillfällen presenterade sig vårdaren för patienten då denne kom in i rummet. Då en bestämd undersökning skulle utföras berättade vårdaren vid nio tillfällen för patienten vad hon skulle göra, men vid endast fyra tillfällen berättade vårdaren varför denna undersökning skulle utföras. Vid alla tio observationstillfällen svarade vårdaren på patientens frågor samt niade patienten. Vårdaren talade inte förbi patienten vid ett enda tillfälle, inte ens då någon anhörig var på plats. Vid ett tillfälle talade vårdaren barnspråk med patienten. Vårdaren talade med hög och tydlig röst vid åtta tillfällen. Fyra patienter av tio blev inte tilltalade på eget modersmål av vårdarna. Se tabell 4.

## **13 GEMENSAM SAMMANFATTNING AV ANALYSERNAS RESULTAT**

I detta kapitel analyseras och sammanfogas det gemensamma resultatet.

### **13.1 Sammanfattning av observationsresultatet**

Analysen delades upp i två olika kategorier, non-verbal och verbal.

Resultatet av den non-verbala analysen visar att majoriteten av vårdarna på hälsostationen ser patienten som en helhet, de ser också patienterna i ögonen då de talar med dem, dessutom assisterar vårdarna de rörelsehindrade vid behov.

Majoriteten av vårdarna rörde inte vid patienten expressivt, vilket i de flesta fall inte heller var nödvändigt eftersom patienten inte sökte någon sådan gemenskap. I detta fall var mötet väldigt målmedvetet och konkret.

Resultatet av den verbala analysen visar att majoriteten av vårdarna presenterade sig själva för patienten. Att presentera sig för en okänd individ kan lätt skapa en sorts gemenskap och patienten har lättare att anförtro sig åt vårdaren då de inte längre är helt obekanta med varandra. Majoriteten av vårdarna berättade även vad som de skulle göra med patienten, detta är ett enkelt sätt att lugna stämningen och nervositeten hos patienten då hon vet vad som kommer att hända och vad som ska undersökas.

Alla vårdare svarade även på patienternas frågor, något som är viktigt för att patienten skall känna sig informerad om sådant som gäller honom eller henne och sådant som patienten grubblar över.

Vårdarna tog bra hänsyn till de hörselskadade patienterna genom att prata med hög och tydlig röst.

Två negativa faktorer kom fram. Den ena var att flera patienter inte fick vård på eget modersmål, alltså det andra inhemska språket, men patienterna kunde ändå kommunicera med vårdarna på finska. Dock anses det vara en rättighet att få vård på



eget modersmål, men tyvärr kan det inte alltid förverkligas i praktiken. Detta är något som man borde arbeta för.

Den andra negativa faktorn var att vårdaren inte berättade för patienten varför hon skulle göra en viss undersökning, utan ansåg att det räckte med att bara berätta vad hon kommer att göra. Även om en äldre patient har genomgått flera undersökningar under sin livstid är det fullt möjligt att hon eller han inte känner igen eller kommer ihåg dem alla och därför är det viktigt att informera patienten varför vårdaren kommer att göra en viss undersökning och till vilken nytta den är för patienten.

I stora drag kan man säga att resultatet av dessa två kategorier var positiva, endast få negativa faktorer kom fram.

## **13.2 Sammanfattning av intervjuresultatet**

Resultatet av intervjuerna visade att vårdarna på hälsostationsjouren tillämpade ett jämställt bemötande av de äldre patienterna. Vårdarna berättade i intervjuerna att alla patienter bemöts lika och alla är likvärdiga. De berättade om faktorer som var utmanande i bemötandet av den äldre patienten. Det som i resultatet klassades som förståelse och tålamod uppträdde bland annat med patienter med minnesstörningar och delirium. Patienternas anhöriga på jourpolikliniken vållar också extra arbete för vårdarna.

Det visade sig även att det krävs god kommunikation med äldre patienter eftersom de kan ha dålig hörsel och man ibland måste försäkra sig om att de förstått alla instruktioner som getts dem. Det kom också fram att det är ibland mycket krävande att få fram all relevant information av åldringarna och att kunna se patientens helhetsbild. Dessa är faktorer som kräver professionalitet och omsorg.

Det är även viktigt att kunna skapa en god vårdrelation till de äldre patienterna så att de vågar komma tillbaka om de har orsak till det, och att inte nedvärdera äldre patienter. Dessa faktorer visar att man skapar en tillit mellan vårdare och patient och visar att man bryr sig.

Vårdarna berättade att arbetet tidvis är stressigt, men att de inte har det låtit påverka bemötandet av patienterna. Detta visade att vårdarna behöver god stresshanteringsförmåga.

## **14 KRITISK GRANSKNING**

Resultatet av vårt arbete är baserat på en observationsstudie och en intervjustudie i syfte att förbättra kvaliteten på vården på en hälsostationsjour.

Då vi kritiskt granskar den litteratur vi använt oss av i arbetet anser vi att de artiklar vi valt är pålitliga, eftersom de är hämtade från databaserna Cinahl och Medic. Dessa är databaser för vetenskapliga artiklar och forskningar. De artiklar som vi valde kunde ha varit något nyare eftersom våra artiklar var från åren 1989-2009. Men vi anser att artiklarnas ålder inte inverkar så mycket på artiklarnas kvalitet, eftersom bemötande av patienten är en faktor som inte ändras med tiden. Vi kunde möjligtvis ha kunnat utöka antalet forskningsartiklar, men kom till den slutsatsen att vi redan fick tillräckligt med relevant information från de utvalda artiklarna och bakgrunden vi skrev.

Faktorer som vi ansåg problematiska var att intervjuerna blev ganska korta eftersom de utfördes mellan patientmottagningar. Detta skulle möjligtvis ha kunnat ordnas bättre med mera tid och ett stressfritt utrymme. Det visade sig också att intervjumetoden var betydligt mera utmanande än tänkt, trots att en pilotstudie gjordes.

Observationer visade sig vara svår som datainsamlingsmetod, eftersom det var en metod som inte var bekant för oss sedan tidigare. Rollen som observatör var ickedeltagande, dvs. observatören skulle inte beaktas överhuvudtaget i vårdsituationen. Detta gick ändå inte riktigt enligt planerna, även om information om saken gavs på förhand.

### **Studiens validitet och reliabilitet**

Vi har följt de direktiv vi fått av etiska rådet vid Arcada och hållit oss inom det tema vi fått av beställaren av examensarbetet. Studien har hållits inom dessa ramar. Enligt Tuomi & Sarajärvis metodanvisningar betyder det att studien är valid och resultatet är tillförlitligt.

Vi har utgått från Tuomi & Sarajärvis metoder och syften. Studiens avsikt och syfte var att intervjua fyra vårdare och observera tio vårdare på en hälsostationsjour. (Tuomi & Sarajärvi 2002:133)

Avsikten med denna studie var att ta reda på hur akut insjuknade äldre patienter över 75 år bemöts på hälsostationen ur vårdarnas synvinkel och syftet är att förbättra kvaliteten på vården med hjälp av de resultat vi fått i denna studie. (Tuomi & Sarajärvi 2002:133)

Studien var viktig för oss för att vi som framtidens vårdare skall kunna bemöta patienten på rätt sätt och kunna beakta alla de faktorer som kommit upp i denna studie. I början av studien antog vi att vi skulle ha mera material att analysera och mera framstående resultat, dessa antaganden förverkligades dock inte. (Tuomi & Sarajärvi 2002:135)

Som förslag till utveckling av detta ämne tycker vi att det vore intressant att göra en ytterligare studie som koncentrerar sig på patientintervjuer. Detta vore ett bra komplement till vår studie som är gjord ut vårdarperspektiv och ett annat examensarbete inom samma projekt som kommer att göras ur de anhörigas perspektiv.

## 15 DISKUSSION

I dagens läge är majoriteten av åldringarna i gott skick, dock finns det de som kategoriserar åldringar med små fysiska hinder som också psykiskt obalanserade och mindre intellektuella. En sådan uppfattning bidrar till att de äldre blir mindre hörda och tagna på allvar i offentliga sammanhang, vilket sedan leder till en känsla av mindervärdighet. Även inom sjukvården har de äldres behov lågprioriterats, dvs. man sparar och håller igen med resurserna för att istället satsa på de yngre patienterna. (Dehlin & Rundgren 2007:55, 403)

Då man arbetar med äldre patienter är det viktigt att respektera denne som en enskild individ och därför bör man även ha kunskap om åldrandet och åldersrelaterade sjukdomar. En etisk diskussion måste utgå från den äldre patientens personliga önskemål. Även inom sjukvården finns det tre etiska principer som bör följas;

- nyttoprincipen, förhindrande av lidande och behandling av sjukdomen.
- autonomprincipen, respekt för den enskildes självbestämmande.
- rättighetsprincipen, strävan efter en så rättvis fördelning av disponibla resurser som möjligt. (Dehlin & Rundgren 2007:403-404)

Som vårdare är det viktigt att även kunna väga patientens besvär och lidande mot de fördelar som kan vinnas med behandling. Meningsfull vård är då man lindrar lidandet och därmed får patienten smärtfri, vilket sedan förhindrar onödiga orostillstånd hos den äldre. Men då behandling eller undersökning kan ge försämrad livskvalitet hos patienten skall man undvika dem liksom andra onödiga prover. På samma sätt som yngre har också äldre rätt till korrekt vård. (Dehlin & Rundgren 2007:405-407)

Mötet mellan patient och vårdare är ett ämne som alltid är aktuellt och viktigt. För att mötet skall bli en positiv upplevelse för patienten måste vårdaren kunna se patienten som en unik individ. I vår teoretiska referensram har vi behandlat ämnena mötet,

lidande och caritas. Efter att vi satt oss in i dessa ämnen har vi fått en djupare förståelse för hur ett gott möte skall vara.

Anledningen till att vi valde att göra detta arbete är att i vårt yrke som sjukskötare är bemötandet av patienten en så viktig faktor i vårdprocessen. Vi önskar att denna studie kan fungera som en tankeställare för vårdarna när det gäller vad som är viktigt att komma ihåg vid bemötande av patienten, hur viktigt det första intrycket är för att skapa tillit och ett gott samarbete. Denna studie är alltså inte bara gjord för patientens utan även för vårdarens skull.

Arbetsprocessen har varit givande, att arbeta i par har gjort arbetet mer levande, tankar och åsikter har utbytts. Vi har även stött varandra under hela processen och därmed ställt krav på oss själva. Eftersom vi även i vårt kommande yrke skall kunna samarbeta intensivt har detta gett bra erfarenheter av hur man stöder och lyssnar på varandra.

I vårt resultat av denna studie kan vi konstatera att vårdarna på hälsostationen tagit det mesta i beaktande under mötet med den akut insjuknade patienten. Negativa faktorer som dock kom fram var kommunikationen på vårt andra nationalspråk. Kerstin Sivonen skriver i sin forskning om mötet att dialogen är en viktig del av mötet som kännetecknas av närvaro. (Sivonen 2000:40-41)

Men om dialog inte kan skapas på grund av olika modersmål kan mötet bli bristfälligt och varken patienten eller vårdaren kan uttrycka sig korrekt. I ett sådant fall bringar detta lidande, det som utgör allt mänskligt liv, alltså någonting personligt. (Eriksson 1994:11)

Faktorer som säkerställer ett bra bemötande av de äldre patienterna är jämställt bemötande, professionalitet, tålmod och förståelse, stresshanteringsförmåga, omsorg, god kommunikation, att bry sig om, tillit och respekt. Dessa faktorer kom fram i vår studie. Eriksson skriver att den caritativa vården med andra ord är all verklig vård, människogemenskap grundad på kärlek till medmänniskan och ett ansvar för den andra. Den caritativa vården är en vilja att vårda och hjälpa den andra, i vårt fall patienten. (Eriksson 1990:5).

Sivonen skriver att det vårdande mötet kräver mod, tillit och hoppfullhet (Sivonen 2000:42-43), dessa faktorer var sådana som kom fram i vårt resultat.

## KÄLLOR

Armstrong-Esther C.A., Sandilands M.L. & Miller D. 1989 Attitudes and behaviours of nurses towards the elderly in an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 14, 34—41.

Caris- Verhallen W.M.C.M., Kerkstra, A & Bensing J. 1999. Factors related to nurse communication with elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 30, 1106-1117

Caris- Verhallen W.M.C.M., Kerkstra, A & Bensing J.M. 1997. The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. *Journal of advanced nursing* 25, 915-933.

Dehlin, Ove & Rundgren, Åke. 2007. Geriatrik. Andra upplagan. Pozkal Poland 2007. 415s.

Edvardsson, David & Nay, Rhonda. 2009. Acute care and older people: challenges and ways forward. Journal article, case study. *Australian Journal of Advanced Nursing*

Eriksson, Katie. Broar- en introduktion i vårdvetenskaplig metod. 1992. Åbo akademi. Oy Arkmedia Ab. Vasa. 331s .

Eriksson, Katie. 1994. Den lidande människan. Första upplagan. Lieber utbildning, s.115.

Eriksson, Katie. 1990. Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård. Åbo Akademi. Tredje upplagan. Åbo akademis tryckeri 1993, 122 s.

Finlex. Lag om patientens ställning och rättigheter (785/1992) 3 § 1-3 mom.

Tillgänglig: [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi). Hämtad: 31.3.2010

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. 209 s.

Ilmainen sanakirja. Tillgänglig: [www.ilmainensanakirja.fi](http://www.ilmainensanakirja.fi)

Jahren-Kristoffersen, Nina, Nortvedt, Finn & Skaug, Eli-Anne. 2005. Grundläggande omvårdnad. Del 1. Liber AB. Första upplagan. 273 s.

Kihlgren, Annika MSc,RN, Nilsson, Margharetha PhD, RNT, Venke Sørliie PhD, RNT, 2005, Journal of clinical Nursing 14, 601-608. Blackwell Publishing Ltd,

Koponen, Leena. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampereen Yliopisto. Tillgänglig: <http://acta.uta.fi>. Hämtad 29.3.2010. 174 s.

Koponen, Leena & Sillanpää, Kirsi. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Painopaikka: Gummerus Kirjapaino osakeyhtiö, Jyväskylä 2005. 1. painos.

MOT-ordböcker. Tillgänglig: [www.mot.kielikone.fi](http://www.mot.kielikone.fi)

Mustajoki, Marianne & Korhonen, Kirsi. Vanhuksen yleistilan äkillinen lasku. Tillgänglig: [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi). Hämtad 25.4.2009.

Nationalencyklopedin. Tillgänglig: <http://www.ne.se> Använd 31.3.2010

Robson, Colin. 2002. Real world research. Andra upplagan. Stor-Britannien. Blackwell publishing 2002. 599s.

Routsalo, Pirkko, 1995, Non-necessary touch in the nursing care of elderly people. Journal of Advanced Nursing, 1996,23,904-911 Doctoral candidate and Lecturer, Department of Nursing, University of Turku, Uudenmaantie 43, FIN-20720 Turku, Finland

Simons, Wendy & Malabar, Roland, 1995, Assessing pain in elderly patients who cannot respond verbally, Journal of Advanced Nursing, 1995,22,663-669

Sivonen, Kerstin. 2000, Mötet, en hermeneutisk studie, Åbo Akademi, Samhällsvårdvetenskapliga fakulteten, Vasa. s.1-111(126)

Språkrådet. Lexin ordböcker. Tillgänglig: <http://lexin2.nada.kth.se>

Synonymer.se. Tillgänglig: <http://www.synonymer.se>

Taipale, Taina. 1995. Hoito ensiapupoliklinikalla- potilaiden kokemuksia saamastaan

hoidosta. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu. 90 s.

Tiikkainen, Pirkko & Teeri, Sari. Sairaanhoitajalehti 9.9.2009. Gerontologisen hoitotyön osaaminen. Tillgänglig: [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi). Hämtad: 27.3.2010.

Tuomi Jouni, Sarajärvi Anneli. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. 158 s.



## BILAGA 1

### Temaintervju

- Hur bemöter du den äldre patienten på hälsostationsjouren och hur skiljer sig detta från t.ex. en yngre patient?
- Vad är utmanande med att bemöta den äldre patienten
- Har du andra tillvägagångssätt i kommunikationen med en äldre patient?
- Vad är du bra på när det gäller bemötandet av en äldre patient?
- Finns det faktorer som eventuellt kan påverka bemötandet?
  - tidsbrist
  - stress

## BILAGA 2

### Observationsschema:

Non-verbal	JA	NEJ
Ser vårdaren åldringen i ögonen?	–	–
Berör vårdaren åldringen expressivt?	–	–
Assisterar vårdaren en t.ex. rörelsehindrad patient?	–	–
Verbal		
Presenterar vårdaren sig själv för patienten?	–	–
Berättar vårdaren för patienten vad hon kommer att göra och varför?	–	–
Svarar vårdaren på patientens frågor?	–	–
När vårdaren patienten?	–	–
Talar vårdaren förbi patienten med t.ex. en anhörig?	–	–
Talar vårdaren barnspråk med patienten?	–	–
Talar vårdaren till patienten med hög och tydlig röst?	–	–

## BILAGA 3

Bästa informant,

Vi, Helene Storgårds och Charlotta Falck är fjärde årets sjukskötarestuderande på yrkeshögskolan Arcada i Helsingfors. Vi gör vårt examensarbete om bemötande av akut insjuknade åldringar (+75 år) på hälsostationen. Syftet med vår studie är att få beskrivande information om bemötandet av den akut insjuknade åldringen ur vårdarperspektiv på hälsostationen för att kunna förbättra kvaliteten på vården. Därför skulle vi vara tacksamma om Ni ville delta i denna studie.

Vi kommer att utföra studien genom intervjuer som spelas in på band och genom vårdare - patient observationstillfällen som dokumenteras på papper. Allt material kommer att vara sekretessbelagt och förstöras då vi inte längre behöver det. Dvs. Er anonymitet bevaras under hela studiens gång. Deltagandet är frivilligt och intervjun eller observationen får Ni avbryta om Ni vill. Materialet som kommit fram i intervjun och observationen kommer att användas till examensarbetet.

Vi tackar på förhand för Er eventuella medverkan,

Helene Storgårds och Charlotta Falck

Handledare

Jan-Magnus Janssons plats 1

Marianne Tast

00550 HELSINGFORS

Jan-Magnus Janssons plats 1

Tel. 0407209649, 0456519410

00550 HELSINGFORS

Tel. 0503684612

## **BILAGA 4**

Jag \_\_\_\_\_ förstår syftet med studien och bekräftar  
mitt samtycke med min underskrift.