



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Kommunikation med sköra äldre personer

Ur ett distriktssköterskeperspektiv

HUVUDOMRÅDE: *Omvårdnad, vetenskapligt arbete 15 hp*

FÖRFATTARE: *Susanne Henriksson och Anna Sandberg*

HANDLEDARE: *Irene Eriksson*

EXAMINATOR: *Maria Björk*

JÖNKÖPING: *2019 Januari*



JÖNKÖPING UNIVERSITY
School of Health and Welfare

Communication with frail elderly people

From a district nurse perspective

MAIN FIELD: *Omvårdnad, vetenskapligt arbete 15 hp*

AUTHORS: *Susanne Henriksson och Anna Sandberg*

ADVICER: *Irene Eriksson*

EXAMINER: *Maria Björk*

JÖNKÖPING: *2019 January*

Sammanfattning

Bakgrund: Antalet sköra äldre personer kommer att öka i hela världen. I Sverige kommer antalet äldre personer över 80 år stiga från cirka 500 000 år 2014 till 800 000 år 2030. Genom en ökad medellivslängd ökar behovet av kommunal hälso- och sjukvård. För att kunna möta olika behov hos de sköra äldre som bor hemma behöver vården vara personcentrerad.

Syfte: Syftet med denna studie är att beskriva distriktssköterskors upplevelse av kommunikation med sköra äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård.

Metod: En kvalitativ studie med induktiv ansats. Intervjuer gjordes med 12 distriktssköterskor utifrån en semistrukturerad intervjuguide, de analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visar att distriktssköterskorna har många och varierande erfarenheter av att kommunicera mer sköra äldre personer. När distriktssköterskorna kommunicerar med den sköra äldre personen, kan olika hinder uppstå som distriktssköterskorna försöker hitta lösningar på för att uppnå målet med ett respektfullt bemötande i personcentrerad omvårdnad.

Slutsats: Kommunikationen mellan distriktssköterskan och den sköra äldre patienten är komplex med utmaningar som tidsbrist, fysisk och kognitiv nedsättning hos den sköra äldre personen.

Nyckelord: Förhållningssätt, kommunal hälso-och sjukvård, kommunikation, personcentrerad vård äldre

Summary

Background: The number of frail elderlies will increase worldwide. In Sweden, the number of elderly persons over the age of 80 will rise from 500 000 in 2014 to 800 000 in 2030. Increased life expectancy increases the need for municipal health care. In order to meet different needs of the frail elderly persons who live at home, the care needs to be person-centred.

Purpose: The purpose of this study is to describe how the district nurse communicate with frail elderly people in municipal health care.

Method: A qualitative study with an inductive approach. Interviews were made with 12 district nurses based on a semi-structured interview guide, they were analysed with qualitative content analysis.

Result: The results show that the district nurses have varied experiences of communication with frail elderly people. When the district nurses communicate with frail elderly person, they encounter various obstacles that they try to find solutions for in order to achieve the goal of respectful treatment in persons-centred care.

Conclusion: Communication between the district nurse and the frail elderly person is complex with challenges such as lack of time, physical and cognitive impairment in the frail elderly person.

Keywords: Approach, communication, elderly, municipal health care, person-centred care

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Sköra äldre.....	1
Kommunal hälso-och sjukvård	1
Distriktssköterskan/sjuksköterskans roll	2
Personcentrerad vård	2
Kommunikation	3
Syfte	4
Material och metod	4
Design.....	4
Urval.....	4
Datainsamling	4
Dataanalys	5
Etiska överväganden.....	6
Resultat	6
Försvårande omständigheter	6
Distriktssköterskans förhållningssätt.....	8
Diskussion	11
Metoddiskussion	11
Resultatdiskussion	12
Slutsatser	13
Kliniska implikationer	13
Referenser	14
Bilagor	
Informationsbrev till enhetschefer	Bilaga I
Informationsbrev till dig som är distriktssköterska/sjuksköterska	Bilaga II
Intervjuguide/frågor.....	Bilaga III
Egengranskning vid examensarbete	Bilaga IV

Inledning

Enligt Ljungbeck och Sjögren (2017) kommer antalet sköra äldre personer öka i hela världen och även inom Sverige. Det förväntas att en fjärdedel till hälften av alla människor över 85 år kommer utgöras av sköra äldre personer. I Sverige kommer antalet äldre personer över 80 år stiga från cirka 500 000 år 2014 till 800 000 år 2030 (Ljungbeck & Sjögren, 2017). Genom en ökad medellivslängd ökar behovet av kommunal hälso- och sjukvård (Socialstyrelsen, 2018a). I dagsläget rekommenderas att sköra äldre personer vårdas i hemmet med utökade insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Detta är i enlighet med kvarboendeprincipen, som innebär att de sköra äldre personerna ska kunna bo hemma längre trots skörhet (Socialstyrelsen, 2007).

Det har visat sig att många personer inte är nöjda med vården. Många klagar över att ingen lyssnar, och att som vårdsökande inte blir tagen på allvar eller att bemötandet är dåligt (Edberg, Ehrenberg, Friberg, Wallin, Wijk, & Öhlen, 2015). Personcentrerad kommunikation är avgörande om vårdgivaren ska kunna uppnå en högkvalitativ vård för de sköra äldre. Det har blivit fokus på att det är viktigt att de sköra äldre får det bra i hemmet så länge de kan trots sjukdom och åldrande. För att kunna möta olika behov hos de sköra äldre som bor hemma behöver vården vara personcentrerad. Kommunikationen i personcentrerad vård är den stora hörnstenen för att möta upp behovet hos de sköra äldre (Kristensen, Sundler, Eide, Hafskjold, Ruud, & Holmström, (2017); Edberg et al., (2015).

Genom en ökad kunskap och insikt hos distriktssköterskan om betydelsen av en fungerande kommunikation mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen kan bättre förutsättningar till god omvårdnad för den sköra äldre personen inom kommunal hälso-och sjukvård skapas.

Bakgrund

Sköra äldre

Vid beskrivningar av personer med ökad sårbarhet, hög biologisk ålder, minskad fysiologisk reserv och minskat eller avsaknad av socialt nätverk används begreppet *skörhet*. Tecken på skörhet kan vara trötthet, dålig balans, nedsatt stresstolerans och allmän svaghet. Av personer över 65 år beskrivs cirka 10% tillhöra gruppen sköra äldre och av personer som är över 85 år är det mellan 25% - 50 % (Britton, 2017). Med stigande ålder ökar svagheten och multisjukligheten hos den sköra äldre personen. Vidare beskrivs att den sköra äldre personens organ och dess system fungerar allt sämre med stigande ålder. Om den sköra äldre utsätts för stressiga händelser kan detta i sin tur kan leda till ökad sårbarhet och mer sjukdomar. Med stigande ålder ökar även fallrisken. För de som är involverade i vården av den sköra äldre personen är det viktigt att ha kunskap och insikt om vad som är av betydelse för den äldre personens välbefinnande för att kunna förbättra deras livskvalité (Findlay, Lloyd, & Finucane, 2017). Enligt Socialstyrelsen (2008) visar en undersökning att under år 2016 mottog cirka 400 000 personer någon form av hjälpinsats från kommunal hälso-och sjukvård. Bland dessa människor var 83 procent över 65 år.

Kommunal hälso- och sjukvård

År 1992 trädde Ädelreformen i kraft. Ädel är förkortning för Äldre delegation. Denna reform innebar att kommunen fick ansvaret för hälso- och sjukvård för alla över 65 år. Den största anledningen till denna reform var att de äldre inte skulle behöva vara på sjukhus längre än nödvändigt (Tunedal & Fagerberg, 2001). Kommunal hälso- och sjukvård innebär att det finns hjälp för den sköra äldre personen att få i det ordinära boendet (i hemmet) eller ett särskilt boende. För att få hjälpinsatser av kommunal hälso- och sjukvård gäller "Tröskelprincipen" som innebär att patienten ej kan ta sig till vårdcentralen från det ordinära boendet (Socialstyrelsen, 2008). När ansökan om en insats som kallas bistånd från kommunen har beviljats i det ordinära boendet eller särskilt boende innebär det att den äldre får tillgång till vård alla timmar på dygnet (Socialstyrelsen, 2018a).

I Socialstyrelsen (2018a) Vård och Omsorg - lägesrapport 2018 presenteras den överenskommelse som upprättats mellan landsting och kommun angående kommunal hälso- och sjukvård.

“Primärvården ansvarar för grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad samt förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusets medicintekniska resurser och kompetens eller annan särskild kompetens (SFS 1982:763, 2 kap, 6 §). Behoven tillgodoses med stöd av legitimerad personal i landsting och kommun. I den kommunala hälso- och sjukvården finansierar kommunerna insatser av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter, de vanligast förekommande professionerna. Ett fåtal dietister finns också att tillgå. Läkare finansieras av landstingen. Den kommunala hälso- och sjukvården kan utföras av omsorgspersonal på delegation under förutsättning att patientsäkerheten upprätthålls” (SFS 2010:659, 6 kap 3 §).

Distriktssköterskan/Sjuksköterskans roll

Distriktssköterskan arbetssätt bör vara etiskt och holistiskt hälsofrämjande. Vid möten med människor i alla åldrar och olika sjukvårdsinsatser förutsätter god kännedom hos distriktssköterskan, samt ha god kunskap och insikt i samtalsmetodik och kommunikation (Svenskt sjuksköterskeförbundet, 2008). I kompetensbeskrivningen för den legitimerade sjuksköterskan (SSF, 2017) står det att den legitimerade sjuksköterskan ska ansvara självständigt för kliniska beslut och motivera patienten till livsstilsförändringar. Genom att ge patienten ökad insikt i att bibehålla, förbättra eller återfå sin goda hälsa och uppnå en meningsfullhet och välbefinnande som ökar möjligheten för personen att uppleva livskvalitet fram till sin död. När patienten känner sig förstörd och sedd som en unik person kan vårdmötet leda till en ömsesidig öppenhet som ger förutsättningar för att vården till den sköra äldre kan utformas på bästa sätt för personen (SSF, 2017). I en studie visar resultatet att distriktssköterskan har en viktig roll eftersom denne träffar sköra äldre personer oftare och har längre tid avsatt för mötet. Detta jämförs med den ofta snålt tilltagna tid som avsätts för läkaren att träffa patienten (Eriksson & Engström, 2015). Enligt Nätverket Hälsofrämjande Hälso- och sjukvård (HFS) (2015) ska du som sjuksköterska kommunicera med patienten på ett lyhört, respektfullt och empatiskt sätt. För att kunna skapa en förändring måste det enskilda mötet mellan patient och sjuksköterska vara navet i behandlingen som att ge råd och stöd genom rådgivande samtal (HFS, 2015). En bra kommunikation mellan patient och sjuksköterska leder till nöjda patienter och sjuksköterskor (Lang, 2012). För att säkerställa säker vård krävs det speciell kompetens för att uppnå personcentrerad vård. I rollen som sjuksköterska eller distriktssköterska ingår sex kärnkompetenser, informatik, säker vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap och personcentrerad vård. Kärnan i kärnkompetenser är kommunikation (Edberg et al., 2015). Kommunikation som säkerställer personcentrerad vård och patientsäkerhet är en del i distriktssköterskans profession (Carr, 2017). Distriktssköterskans arbete genomsyras också av de fyra moraliska principerna, respekt för autonomi, göra gott, inte skada och rättvisepincipen (Griffith, 2014).

Yrkesrollen som distriktssköterska innebär också en ”rådgivande omvårdnad”. Innebörden av att ge en rådgivande omvårdnad är att distriktssköterskan inte ständigt är på plats men kan bli kallad till patientens hem eller på boendet av omvårdnadspersonal. Distriktssköterskan är navet i omvårdnaden av patienten. Genom sin specialistutbildning ansvarar hen för säker läkemedelshantering, ha integritet, ge förebyggande och säker vård samt bedriva personcentrerad omvårdnad (Norell, Zeigert, & Kihlgren, 2013).

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård (PCV) grundades ur holistisk och humaniserad vård i början av 1960 talet. PCV bygger på de tre grundpelarna partnerskap, berättande, dokumentation och utgångspunkten i den personcentrerade omvårdnaden är att se den unika personen. I planeringen av omvårdnaden utgår vårdgivaren ifrån personens behov, önskingar, preferenser och personens livsvärld. PCV bygger på att patienten samarbetar med distriktssköterskan genom att berätta hur hen upplever sin sjukdomsbild (Naldemirci, Lydahl, Britten, Elam, Moore, & Wolf, 2018). En studie av Ekman et al. (2011) visar att det är positivt att använda PCV vid utformande av handlingsplan för patientens omvårdnad. Handlingsplanen kan beskrivas vara en överenskommelse mellan patienten och vårdgivaren, exempelvis distriktssköterska. I studiens resultat visar det att PCV leder till ökat välbefinnande hos patienter och förbättrar hälsoutfallet. Det finns en del utmaningar och invändningar mot att ge PCV. Ett exempel på hinder för att utföra PCV anses vara bristande resurser i form av tid. Vägar för att komma förbi dessa hinder kan vara att skapa rutiner som skyddar, initierar och integrerar PCV i det dagliga arbetet (Ekman et al., 2011). I en studie av Hafskjold, Sundler, Holmström, Sundling, Dulmen, och Eide

(2015) beskrivs personcentrerad kommunikation som ett verktyg för hälso- och sjukvårdspersonal i sin kontakt med patient. Denna typ av kommunikation innebär att se hela patienten och då dela information och beslut tillsammans. Kunna visa empati och vara lyhörd för vad patienten önskar av hälso- och sjukvården. Vidare definierar de att personcentrerad kommunikation är en förutsättning för att kunna uppnå PCV. Den personcentrerade handlingsplanen är ett levande dokument, vilket innebär att åtgärder och målen kan ändras med tiden. För att kunna uppnå önskvärt resultat med PCV måste det finnas ömsesidig förståelse mellan distriktssköterskan och patienten men även med anhöriga. Centralt i PCV är kommunikation mellan vårdpersonal, som exempelvis distriktssköterskan, och patienten. (Olsson, Hansson, & Ekman, 2016).

Kommunikation

Ordet kommunicera kommer ursprungligen från det latinska ordet *communicare* som betyder *göra gemensamt*. Kommunikation mellan patient och vårdare är betydelsefull. Den etiska aspekten av kommunikation blir således påtaglig gällande respekt för patientens autonomi, viljan att göra gott principen och samtidigt ta hänsyn till patientens lidande. Denna asymmetri kan balanseras med ömsesidig respekt mellan vårdare och patient (Fredriksson, 2017). I studien av Sanders, Curtis, och Tulsy, (2018) beskriver de att patienter med långvarig sjukdom kan uppleva kommunikation på olika sätt är beroende på den situation patienten befinner sig i. Vid långvarig sjukdom kan kommunikationen handla om fördelarna samt risker och osäkerhet i behandling. Det kan också handla om ökad ångest hos patienten som påverkar patientens förmåga att tänka kritiskt. För patienten kan informationen om långvarig sjukdom, som leder till långsamt döende, öka kommunikationsinsatserna mellan patient och vårdpersonal (Sanders et al., 2018). Ett möte med en sjuksköterska leder till mer positiva patienter än då patienten möter läkaren eftersom de då får längre samtalstid än med läkaren (Eriksson & Engström, 2015).

Hogg, Hanley, och Smith (2018) hänvisar i sin studie till en stadga "Patientens Right (Scotland) Act 2011" som beskriver att patienten har rätt till god kommunikation och medkänsla från hälsovården. Vårdpersonalens attityder, kommunikation och beteende har en påverkan på patientens nöjdhet med vården. Ögonkontakt och ett bra bemötande är viktig för att patienten skall känna sig trygg i vårdmiljön (Hogg et al., 2018). För att uppnå en god och säker vård är en god kommunikation mellan patient och vårdpersonal en utav de viktigaste förutsättningarna (SSF, 2017). Vid kommunikation med en äldre patient ska samtalet anpassa sig efter dennes förmåga, förutsättningar och behov. Detta ska ske på ett språk som den äldre patienten förstår (SOSFS, 2012:3).

Kommunikationen kan vara icke verbal eller verbal. I kommunikationen är det viktigt att tänka på vad som sägs och sedan hur det sägs. Inom vårdrkesutbildningar är det mest fokus på den verbala delen inom kommunikation. Den icke verbala kommunikationen är också av betydelse för välbefinnande hos patienten. Ett gott förhållningssätt från sjuksköterskan är något som kan leda till ett välbefinnande och ett gott humör hos patienten. Exempel på ett gott förhållningssätt kan vara en klapp på axeln, ögonkontakt, ett mjukt tonläge samt ett öppet kroppsspråk. Ett mindre bra förhållningssätt kan innebära att patient inte blir sedd, lyssnad till samt ignorerad och då riskerar kommunikationen bli bristfällig (Timmermann, Uhrenfeldt, & Birkelund, 2017).

Motiverande samtal (MI) är en samtalsmetod som används i förebyggande- och behandlande syfte inom hälso- och sjukvård under några år. MI utvecklades av psykologerna William Miller och Stephen Rollnick under 1980–1990-talen för att kunna hjälpa patienter med alkoholproblem. Idag används motiverande samtal inom hälso- och sjukvård, socialtjänst, psykiatri, skola samt inom kriminalvården. Metoden används till behandling och rådgivning (Socialstyrelsen, 2018b). När distriktssköterskan använder sig av MI är det viktigt att frågorna ställs som antingen positiva, negativa och/eller neutrala än att de är öppna och/eller stängda. Patienterna är då mer benägna att svara och vilja bli delaktiga i sin livsstilsförändring. Att bygga allianser med patienter och visa empati är en viktig faktor vid MI för att en förändring i beteende ska ske hos patienten (Östlund, Wadensten, Häggström, Lindqvist, & Kristofferzon, 2016).

Det är inte ovanligt att det finns aspekter som kan påverka kommunikationen med de sköra äldre personerna. Det kan vara fysiska hinder, motoriska, kognitiva och sensoriska problem som till exempelvis syn- och hörselnedsättning som kan försämra den äldre personens förmåga att ta till sig information men också att ge information (Boström, 2013; Ericsson, 2013; Fletcher & Jensen, 2015).

Lang (2012) beskriver hur stress kan förstöra en bra kommunikation mellan patienter och sjuksköterska. Patienten i sin tur önskar att bli lyssnad till men har svårt att berätta det till sjuksköterskan. Sjuksköterskan kan känna empati för patienten men kan ha svårt att kanalisera denna empati på ett sätt som hjälper patienten utan gör situationen sämre för patienten (Lang, 2012). Kunskapen om vad som är en god kommunikation behöver ökas hos distriktssköterskan eftersom kommunikationen är ett viktigt verktyg i mötet mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen. Det handlar om att kunna prata med den sköra äldre personen men också om att ha förmågan att lyssna.

Syfte

Syftet är att beskriva distriktssköterskors upplevelse av kommunikation med sköra äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård.

Material och metod

Design

Studien är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats då syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors upplevelse av kommunikation med sköra äldre personer. För att få fram genomlevda upplevelser är kvalitativ metod en lämplig metod där resultatet framkommer genom de berättelser som samlats in från intervjuer (Danielson, 2012). Materialet analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys. Denna metod anses lämplig att använda då texten från intervjuer skall analyseras. Induktiv ansats innebär att samla in information som införskaffat genom intervjuer och förutsättningslöst analysera det utan att utgå från tidigare antaganden eller någon teori (Graneheim, Lindgren, & Lundman, 2017; Danielson, 2012).

Urval

Ett strategiskt urval gjordes av distriktssköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård. Strategiskt urval eller ändamålsenligt urval innebär att personer väljs utifrån att de förväntas kunna ge information om det som ska undersökas på grund av att de har erfarenhet av området (Henricson & Billhult, 2017). Intervjuerna fördelades jämt mellan författarna. Inklusionskriterierna för informanter var att de skulle vara distriktssköterskor, arbetat som distriktssköterska i minst två år och inom kommunal hälso- och sjukvård. Tanken var att informanterna skulle ha en gedigen erfarenhet av kommunikation med sköra äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård. För att få informanter kontaktades tre enhetschefer för den kommunala hälso- och sjukvården i norra Sverige och en enhetschef i södra Sverige. Kontakten togs via mail eller brev. Vid utskicket informerades enhetscheferna om studien och fick lämna sitt samtycke till att studien utfördes inom verksamheten (Bilaga 1). Enhetschefen valde ut informanter utifrån de valda inklusionskriterierna. Det resulterade i 15 informanter varav 12 valdes till studien. Antalet informanter begränsades på grund av tidsramen som studien följer. Därefter tillfrågades informanterna via informationsbrev (Bilaga 2) om de var intresserade av att ingå i studien. I informationsbrevet kunde den tillfrågade ge sitt samtycke. Urvalet blev följande: 11 kvinnor och en man, samtliga distriktssköterskor, åldersfördelning mellan 34 - 72 år, yrkeserfarenhet 2 - 36 år. Alla intervjuade distriktssköterskorna jobbar i den kommunala hemsjukvården och äldre boende under dagtid, kvällstid samt natt.

Datainsamling

Intervjuerna genomfördes utifrån en semistrukturerad frågeguide. Semistrukturerade frågor betyder att frågorna är öppna och frågorna behöver inte tas i turordning utan intervjuaren kan anpassa sig till informanten och att stödord kan användas (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjufrågorna fokuserade på vad distriktssköterskan hade för upplevelse om kommunikation med sköra äldre personer. Information om intervjun och förfrågan om samtycke till att studien fick genomföras inom verksamheten lämnades till enhetscheferna (Bilaga 1) två veckor före intervjun. Information om studien och förfrågan om

samttycket till att delta vid en intervju lämnades till informanterna (Bilaga 2) någon dag före intervjun. Informanterna fick välja plats för intervjun och intervjuerna utfördes på arbetsplatsen eller i intervjupersonens hem. Intervjutiden var mellan 8–45 minuter och gjordes under arbetstid. Intervjuerna spelas in på mobiltelefoner. Intervjuerna inleddes med lite bakgrundsinformation som ålder, kön, yrke, arbetsplats samt yrkeserfarenhet inom distriktssköterskeyrket.

Dataanalys

Intervjuerna spelades in på mobiltelefon och det inspelade materialet transkriberades och analyserades med kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim & Lundman (2004). Transkribering är en del av det analytiska arbetet och det ska göras ordagrant och direkt efter en intervju för att få en förståelse och helhetsbild av innehållet. Materialet lästes igenom flera gånger för att få en uppfattning om det räckte till en analysenhet och för att inte riskera missa något samt få en känsla av helheten. Genom att använda sig av manifest innehållsanalys är fokus på vad texten från intervjuerna säger och beskriver tydligheten i texten (Danielsson, 2012). Sedan lägga tonvikt på skillnader och likheter samt tolka texten inom de kategorier och koder som kan dyka upp i dataanalysen (Graneheim & Lundman, 2004). Första steget i innehållsanalysen enligt Graneheim & Lundman (2004) är att gå genom materialet enskilt, sedan tillsammans för att minimera eventuella felaktigheter då de som analyserar har olika förförståelse. Andra steget är att identifiera meningsbärande enheter det vill säga identifiera det som svarar mot syftet genom att markera dessa textdelar. För att få en överblick över materialet kondenseras sedan de meningsbärande enheterna d.v.s. den meningsbärande enheten beskrivs med färre ord men ändå nära den ursprungliga texten. Därefter jämförs de kondenserade meningsbärande enheterna med varandra och i syfte att se likheter och skillnader. De kondenserade meningsbärande enheter kodas det vill säga ges en etikett, en benämning, som beskriver med något enstaka ord vad det handlar om. För att komma vidare i analysen identifieras samma eller liknande koder och läggs till i underkategorier, underkategorier fördes sedan samman till två huvudkategorier (Graneheim & Lundman, 2004). En huvudkategori handlar om försvårande omständigheter och den andra om distriktssköterskans förhållningssätt. Fyra av underkategorierna tolkas och hamnar i huvudkategorin försvårade omständigheter där distriktssköterskan hanterar alla hinder och brister samt positiva inslag i kommunikationen med den sköra äldre personen. De andra fyra underkategorierna tolkas och hamnar i huvudkategorin distriktssköterskans förhållningssätt där distriktssköterskan framhäver det positiva i kommunikationen med den sköra äldre personen och vad som kan stärka distriktssköterskan i planeringen med kommunikationen. Analysprocessen visas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på analysprocessen från meningsbärande enhet till bildande av en kategori.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Under kategori	Huvud kategori
Det tar lite tid innan personen kanske höra och uppfatta, beroende på vilka diagnoser vederbörande har.	Tar tid för personen att höra och uppfatta, beroende på vilka diagnoser hen har.	Uppfatta	Fysiska/psykiska nedsättningar	Försvårande omständigheter.
Man kan göra det i lugn och ro och att man ser till att den personen då pratar med så att säga kommunicerar med att den är den som är liksom i fokus.	Gör det i lugn och ro och man ser till att personen man kommunicerar med är i fokus.	Personen i fokus.	Ömsesidig respekt	Distriktssköterskans förhållningssätt.

Etiska överväganden

Forskningsetiska riktlinjer följs enligt Belmontrapporten där tre etiska principer nämns: Skyldighet att göra gott, rättvis behandling och respekt för individen. Skyldighet att göra gott innebär att göra gott och inte skada. Forskningsfrågan ska vara relevant, vara till nytta för forskningen och inte ha besvarats innan. Forskningen ska minimera risk och obehag för de som deltar samtidigt som forskaren ska väga nytta med risk. För att minska obehag till exempel att pausa inspelningen och ge informanten tid för återhämtning. Rättvis behandling innebär att välja rätt intervjupersoner som uppfyller syftet och inklusionskriterierna. Alla individer har rätt att delta i forskningen när de vill och har ett intresse. Respekt för individen innebär människan har rätt till självbestämmande, vilket innebär rätt att styra över sitt eget liv. Informerat samtycke innebär att forskaren har informerat om vad studien innebär, att personen har förstått, är frivilligt och fått ja av deltagaren som därefter deltar. Att följa dessa principer är viktigt vid forskning med människor (Miracle, 2016).

En egen etisk granskning gjordes enligt Jönköpings högskola mall innan intervjuernas utförande (Bilaga 4). Deltagarna fick information att det var frivilligt att delta och lämna ett informerat samtycke (Bilaga 2). De fick också information om att deltagandet i studien kunde avbrytas när som helst och att rätten att neka till deltagandet fanns. Information lämnades till deltagarna om att allt intervjumaterial kommer att förvaras på ett externt minne (USB) och inläses på skolan så att ingen obehörig kan ta del av materialet. Deltagarna kommer att benämnas som informanter i metoden och vid deras yrkesroll distriktssköterska i föreliggande studie för att uppnå konfidentiellt och inte röja enskilda personers identitet (Kjellström, 2012). Deltagarna fick erbjudande att ta del av forskningsresultatet.

Resultat

I analysen framkommer två huvudkategorier samt åtta underkategorier. Den första huvudkategorin är *Försvårande omständigheter* med underkategorierna *Fysiska/psykiska nedsättningar*, *Tidsbrist/press*, *Samarbete* och *Språkhinder*. Den andra huvudkategorin är *Distriktssköterskans förhållningssätt* med underkategorierna *Icke verbal kommunikation*, *Livserfarenhet*, *Bemötande* och *Ömsesidig respekt*. (Figur 1).



Figur 1: Huvudkategorier och underkategorier.

Försvårande omständigheter

För att kunna uppnå god kommunikation mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen är det några försvårande omständigheter som måste övervinnas och ta hänsyn till. Distriktssköterskorna upplever att vissa försvårande omständigheter som demens, dålig hörsel, och syn kan göra deras kommunikation med den sköra äldre personen till en riktig utmaning. En önskan av distriktssköterskan

är att det finns mer tid tillsammans med de sköra äldre personerna, som att kunna sitta ned och ta en kopp kaffe. Det kan hända att det ibland är mellanhänder i kommunikationen mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen, det kan vara anhöriga, assistenter eller hemtjänst och det upplevs vara ett hinder om man inte talar samma språk men kan också vara ett stöd i kommunikationen om den sköra äldre personen inte kan föra sin egen talan.

Fysiska/psykisk nedsättning

Distriktssköterskorna upplever att personer som har drabbats av olika sorters fysiska och /eller psykiska nedsättningar påverkar kommunikationen med den sköra äldre. När den sköra äldre personen drabbas av fysisk och/eller psykisk nedsättning påverkas dennes livsvärld. De fysiska nedsättningarna kan vara nedsatt hörsel som bidrar till svårigheter att kommunicera med en annan person. Det kan vara nedsatt syn som påverkar kommunikationen med skrift eller teknik som att slå telefonnumret.

“Det här med hörsel, man kan ju vara hemma hos någon att man förstår, alltså jag får fel svar på mina frågor och jag förstår att hon eller han hör ju inte vad jag säger” (219).

Distriktssköterskorna påpekar att hörseln ofta blir sämre med stigande ålder och det tar oftast lite längre tid för den sköra äldre personen att lyssna och förstå vad distriktssköterskan säger. Om den sköra äldre personen inte uppfattar vad som sägs får budskapet upprepas och det kan behöva göras flera gånger. Distriktssköterskorna poängterar vikten av att tala långsamt och tydligt. Viktigt att distriktssköterskan ser till att den sköra äldre personen förstår informationen och dess innehåll. Vidare beskriver distriktssköterskorna svårigheter för den sköra äldre personen att komma ihåg vad som har sagts. Om inte får distriktssköterskan omformulera informationen för det viktiga är att den sköra äldre personen kan ta till sig informationen.

Tidspress/tidsbrist

Tid är en bristvara, enligt de flesta distriktssköterskorna som intervjuades till denna studie. Distriktssköterskorna svarar att de inte hinner eller känner att tiden inte räcker till och det påverkar deras relation till den sköra äldre personen på ett negativt sätt genom att distriktssköterskan känner sig stressad. Det framkommer att tid är en viktig faktor för att kunna ge den sköra äldre personen en professionell vård, finnas tillgänglig och kunna se en utveckling i kommunikationen.

“En brist kan vara att det finns begränsat med tid som gör att man inte hinner lyssna” (718).

När ett möte riskerar att ta längre tid än planerat upplever distriktssköterskorna sig stressade och i sin tur kan den sköra äldre personen känna sig otrygg. Då kan det hända att det blir lite fel, distriktssköterskan har redan börjat ställa fråga nummer två innan den sköra äldre personen har svarat på fråga ett. När distriktssköterskan måste ha kontroll på tiden när hen är tillsammans med den sköra äldre personen kan det uppstå brister i vården. Brister som kan i sin tur kan leda till sämre vårdkvalitet, avsaknad på tillit och medkänsla gentemot den sköra äldre personen.

”Jag tror mycket att det är det egna personens vilja att kommunicera. Vår vilja som distriktssköterska att ta tiden för kommunikationen. Har vi inte den viljan, eller den tiden eller bråttom den dagen så sätter vi själva, är vi själva som är hindret” (558).

När tiden inte finns i den utsträckningen som distriktssköterskan anser vara nödvändig för att kunna samtala om djupare saker i livet, kan det leda till en känsla av betydelselöshet hos den sköra äldre. För att förebygga tidsbrist brukar vissa av distriktssköterskorna planera besöket till den sköra äldre personen noggrant så att hen skall känna sig förstådd och sedd.

Samarbete

Enligt distriktssköterskorna kan anhöriga ha en stor inverkan på den sköra äldre personen och ibland är de medvetna om det och ibland inte. Ett hinder kan vara när den anhöriga har höga förväntningar på vården och upplever att distriktssköterskan inte lever upp till de förväntningarna. Distriktssköterskan

upplever att kommunikationen med en fru som sköter maken eller tvärtom kan innebära svårigheter där distriktssköterskan ger information men upplever att informationen inte når fram.

“Beroende på om de själva kan uttrycka sig, och de kan uttrycka sig men det finns anhöriga runt omkring som också gärna vill uttrycka åt dem” (199).

Anhöriga har en viktig roll när det gäller kommunikation med den sköra äldre person som inte själv kan uttrycka sina egna åsikter av olika anledningar. Distriktssköterskan berättar hur det ibland kan vara att den anhöriga inte delar samma åsikt som den sköra äldre och hur viktigt det är att distriktssköterskan anstränger sig för att förstå vad den sköra äldre personen har för åsikt och önskan. Distriktssköterskorna menar att de kan främja för ett bra samarbete mellan den sköra äldre personen och distriktssköterskan genom att involvera anhöriga. Många anhöriga ansvarar för vården i hemmet ibland med stöttning av hemtjänsten.

“Många gånger är det anhöriga som står för den närmaste vården eller det närmsta omhändertagandet och den som företräder den sköra äldre personen när den inte kan det själv” (581).

Det finns sköra äldre personer som inte har några anhöriga som kan eller vill hjälpa dem, i dessa fall blir det ökat ansvar på distriktssköterskan att få fram vad den sköra äldre personen önskar få hjälp med.

Språkhinder

En brist i kommunikationen kan vara när hemtjänstpersonal är från ett annat land och inte till fullo kontrollerar det svenska språket, då kan det lätt bli missförstånd vid rapporteringen till distriktssköterskan. För den sköra äldre personen kan det vara svårt att förstå hemtjänstpersonal som inte talar svenska flytande och då hamnar den sköra äldre personen i kläm. Det kan gälla en skör äldre men är så sjuk, inte kan eller orkar uttrycka sig, då kommunicerar distriktssköterskan via anhörig, hemtjänstpersonal eller personlig assistent.

“Kan vara svårt att kommunicera där man får kommunicera via en personlig assistent” (447).

Ibland händer det att det finns sköra äldre person som talar ett annat språk än svenska, då kan det vara bra om det finns en kollega som talar detta språk. Vid ett möte hemma hos den sköra äldre personen är det ibland en anhörig som agerar tolk. Missförstånd kan ibland uppstå om den anhöriga inte förstår vad distriktssköterskan säger och menar eller kanske inte har samma åsikt. Ibland är det bättre att en professionell tolk anlitas som kan förklara på ett professionellt och sakligt sätt till den sköra äldre personen.

Distriktssköterskans förhållningssätt

För att distriktssköterskan skall kunna ha en bra kommunikation med den sköra äldre personen är kommunikationen beroende av flera faktorer och måste planeras noga. Ett verktyg i kommunikationen med den sköra äldre personen är att tänka på kroppsspråket. Ha en god självkänedom är också ett viktigt verktyg. För att uppnå en bra kommunikation och personcentrerad vård för den sköra äldre personen är det viktigt att distriktssköterskan har ett bra förhållningssätt gentemot denne och att en förtroendeingivande relation byggs.

Icke verbal kommunikation

Vid kommunikationen med den sköra äldre personen uppger distriktssköterskorna att det är viktigt att tänka på kroppsspråket och vad det innebär. Distriktssköterskorna menar att orden kanske inte betyder så mycket utan det är istället viktigt att tänka på kroppshållning, blicken och viljan att lyssna på den sköra äldre personen. Distriktssköterskorna ger exempel på hur man enkelt kan sätta sig ned för att

komma i samma nivå som patient och menar att det underlättar kommunikationen med den sköra äldre personen.

”Viktigt också att man ha en attityd som patienten vågar och känner sig avslappnad i så att det inte blir att man sätter sig, att kan inte står upp kanske när patienten sitter i rullstol och så står man och hänger över och pratar och stressar utan att man sitter avslappnad tillsammans och då löser man mycket ” (174).

Icke verbal kommunikation kan vara en stor utmaning för distriktssköterskorna. Att försöka tyda den sköra äldres personens kroppsspråk för att kunna lista ut vad de vill få fram fast de inte kan uttrycka det i ord. När den sköra äldre personen vill säga något men inte kan kommunicera verbalt lika bra så får distriktssköterskan titta på bland annat kroppsspråket, ansiktsmimik för att säkerställa att den sköra äldre personen får fram vad denne vill.

“En del har ju lite svårt att få fram vad de vill man får liksom kolla lite på kroppsspråk och så där. Lite sånt. Försöka förstå nåt, som de inte säger fast de menar, ja så kan det va ”(694).

Distriktssköterskorna beskriver vidare hur hen kan säkerställa att den sköra äldre personen har fått möjlighet att berätta hens budskap. Det kan göras genom att få dennes bekräftelse på att distriktssköterskan har förstått vad den sköra äldre personen har sagt.

Livserfarenhet

Distriktssköterskorna poängterar att när de arbetar med sköra äldre personer är det bra att ha livserfarenhet och självkännet om hur man för ett samtal för att kunna nå fram. Att ha livserfarenhet kan innebära att inte stressa samtalet och planera kommunikationen. Detta kan innebära att ta sig tid och inte forma svaren själv utan lyssna till den sköra äldres svar. Distriktssköterskorna nämner även att hen inte får missbruka makten som finns genom att vara distriktssköterska.

“Var medveten om att man är i en maktposition och försöka att låta bli att använda den” (644).

Det berättades att en distriktssköterska använder sig av humor när hen kommunicerar med den sköra äldre personen. Att ha livserfarenhet är en bra egenskap enligt distriktssköterskorna för att då har man lärt sig hur hen skall läsa in den personen de möter och hur hen skall möta denne i kommunikationen. Det kan innebära att vara uppmärksam på hur den sköra äldre personen uppfattar allt.

”Det är när man inte tror att man kan bli bättre då är man illa ute men så det tror jag att man alltid kan förbättra, man växer ju i möten också” (688).

Distriktssköterskorna tänker på att hela tiden vara tydliga, bemöta patienten med respekt, ge den sköra äldre personen tid, bekräfta dem samtidigt som distriktssköterskan inte ska lämna för mycket information på samma gång. Vidare nämner distriktssköterskorna vikten av att ett bra bemötande, vara lyhörd, lyssna, ha ögonkontakt med den sköra äldre personen vid kommunikation så att den sköra äldre personen känner sig unik.

Bemötande

Distriktssköterskorna menar att det är viktigt att ha ett respektfullt förhållningssätt till den sköra äldre och till de personer som finns omkring som t.ex. till de anhöriga. Enligt distriktssköterskorna innebär ett gott förhållningssätt en bra attityd som att se den sköra äldre personen genom att börja med ett handslag för att se om den sköra äldre personen tycker om beröring. Det är också viktigt att tiden planeras noga så att den sköra äldre personen får det utrymme som behövs för att distriktssköterskan ska få korrekt information från den sköra äldre personen.

Distriktssköterskorna berättar att någon gång händer det att personkemin inte stämmer mellan distriktssköterskan och en sköra äldre person. Då är det viktigt att distriktssköterskan tar ansvar genom att låta en kollega åka till den sköra äldre personen så hen kan känna trygghet. Samtliga intervjuade

distriktssköterskor är överens om att ett respektfullt bemötande mot den sköra äldre personen är viktigt när man jobbar inom vården. För att kunna uppnå så bra vård som möjligt är det viktigt att den sköra äldre personen har ett förtroende för distriktssköterskan genom att distriktssköterskan försöker vara ödmjuk, tillmötesgående, välja rätt ord och ställa rätt frågor samt inte vara för framfusig. När ett möte sker mellan den sköra äldre personen och distriktssköterskan kan den sköra äldre personen känna en viss oro inför samtalet och då är det viktigt att uppföljning sker. Ibland kan hinder uppstå om den sköra äldre personen inte kan eller vill berätta vad problemet är. Distriktssköterskan menar då att det är viktigt att visa respekt och våga vara tydlig till den sköra äldre personen.

”Det viktigaste är ju att man känner att man når fram att personen förstår vad jag säger och att den känner att jag har förstått” (395).

Distriktssköterskorna påpekar vikten av att i personcentrerad vård låta den sköra äldre personen känna sig delaktig i sin vård vid exempelvis såromläggning. Det kan då vara lättare om kommunikationen sker i den sköra äldre personens hem, där hen kan känna sig lite mer i överläge än på ett sjukhus eller mottagning. För att få till en bra kommunikation får distriktssköterskan jobba med att stärka självförtroendet hos den sköra äldre personen. Det kan vara genom att ge råd och agera som stöd till den sköra äldre personen om hen exempelvis varit med om ett benbrott vid fall och sedan skall börja våga gå igen.

”Att bemöta en äldre tycker jag med en respekt, de är ju en annan generation, man måste vara tydlig, vänlig och inte prata för fort och så vidare. Men det är ju för att möta dem” (254).

Några av de intervjuade distriktssköterskorna nämner att det kan vara svårt att vara professionell i bemötandet t.ex. när den sköra äldre ligger inför döden medan några av de intervjuade distriktssköterskorna upplever att det kan vara positivt för kommunikationen. Det kan ibland vara en utmaning att prata om det svåra och känsliga för distriktssköterskorna och det händer ofta att distriktssköterskorna får positiv feedback.

Ömsesidig respekt

För att kunna uppnå en förtroendeingivande relation med den sköra äldre personen bör distriktssköterskan göra täta uppföljningar och kontrollera så att de förstår varandra. De intervjuade distriktssköterskorna menar att det är viktigt att lyssna på de sköra äldre för att få återkoppling på att den sköra äldre har förstått behandlingsmålen och kan känna sig trygg. Under mötet med den sköra äldre personen är det viktigt att distriktssköterskan försöker fånga upp de behov som den sköra äldre kan ha genom att läsa av den sköra äldre personen och den omgivning den sköra äldre befinner sig i. Detta kan distriktssköterskan göra genom att ha en bra kommunikation där hen kan se och bekräfta den sköra äldre personen.

”Det ska kännas avspänt och kännas glädjefyllt att se varandra” (1088).

I personcentrerad vård är det viktigt att få kunskap om den sköra äldre personens livshistoria till exempel vad hen har jobbat med och hur hens liv har sett ut, menar distriktssköterskorna. Distriktssköterskan anser att hen kan vinna mycket på att skapa ett respektfullt klimat i mötet med den sköra äldre och på så sätt lättare bidra till att kunna motivera den sköra äldre personen till en förändring när så krävs. Genom att ha en bra kommunikation får distriktssköterskan den sköra äldre personen att öppna upp sig och ett förtroende byggs.

”När man möter en människa och verkligen möter så den så händer det egentligen något fantastiskt och det är väl det optimala i en kommunikation, att man möter varandra, ser och hör varandra” (578).

Ett bra teamarbete mellan olika vårdgivare har stor betydelse i den gemensamma vården för den sköra äldre personen menar distriktssköterskorna. Många gånger kan det vara anhöriga som står för den närmaste vården och då bli det den anhöriga som företräder den sköra äldre personen och då är det bra att ha båda parterna med sig i kommunikationen. För att distriktssköterska skall uppnå detta planerar hen mycket tid på det första mötet så att en god relation byggs med ömsesidig respekt.

Diskussion

Metoddiskussion

För att få fram distriktssköterskors upplevelser av kommunikationen med sköra äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård användes en kvalitativ metod med induktiv ansats och semistrukturerade intervjufrågor (Graneheim et al., 2017). Begreppen trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet används för att uppnå tillförlitlighet i studien.

Trovärdighet i studien kan anses som uppnådd genom att ha variation av olika perspektiv och olika aspekter i studien. Strategiskt urval användes för att syftet skulle besvaras. Antalet informanter ansågs tillräckligt för att uppnå trovärdighet i en kvalitativ intervjustudie (Graneheim & Lundman, 2004). Från enhetscheferna kom 15 kontaktuppgifter om informanter som kunde tillfrågas att vara med i studien. Varav 12 informanter valdes till föreliggande studie. Samtliga tillfrågade informanter accepterade att bli intervjuade. Informanterna hade minst två års yrkeserfarenhet och arbetar inom kommunal hälso- och sjukvård. Det var en manlig distriktssköterska och resten var kvinnor som deltog i studien. Detta kan förklaras med att det är brist på män inom kommunal hälso- och sjukvård i just de län där intervjuerna gjordes. För att en mer öka trovärdigheten i studien hade varit önskvärt med fler manliga distriktssköterskor bland de intervjuade. En svaghet kan vara den dåliga variationen på kvinnor och män. Det är bra om informanterna har olika åldrar och kön samt att de som utför studien inte har någon arbetsrelation till de som tillfrågas vara informanter i studien (Graneheim & Lundman, 2004; Wallengren, 2012).

Innan studien påbörjades studerades det område som skulle undersökas. Detta gjordes genom att ta del av den forskning som finns inom området (Wallengren, 2012). Verksamheterna som valdes för intervjuerna har inte varit arbetsplatser för någon av de som utfört föreliggande studie. Några intervjuer gjordes i hemmet och då var informanterna mer avslappnad och koncentrerade. Kvale och Brinkmann (2009) menar att det finns mer störningsmoment i hemmet än på arbetet, vilket inte stämmer överens med föreliggande studie där upplevelsen var att intervjuer som utfördes i informantens hem var mer störningsfria. Intervjufrågorna (Bilaga 3) utformades utifrån den inhämtade kunskapen inom området. Frågorna ändrades inte under intervjuerna och följdfrågorna bestämdes i förväg, men vissa följdfrågor kom oplanerade och ställdes utifrån vad informanten svarade. *Trovärdigheten* stärks i studiens resultat om samma frågor används till alla informanter (Graneheim & Lundman, 2004).

Pålitligheten i studien är hög eftersom det som undersöktes i studien överensstämde med syftet. Även *pålitligheten* i analysprocessen stärktes genom att göra den först enskilt och under analysprocessen hålla kontakt kontinuerligt mellan de analyserande. Sedan jämfördes de enskilda analyserna med varandra och en öppen dialog hölls under analysprocessen. En risk kan finnas i de föreliggande studie som analyserade materialet kan ha påverkats i sin tolkning på grund av att det fanns en viss förförståelse hos dem men genom att ha ett öppet sinne och en medvetenhet om egen yrkeserfarenhet inom kommunal hälso- och sjukvård vid tolkningen av texten kunde effekten av förförståelsen påverkan minimeras. Enligt Wallengren (2012) ökar *pålitligheten* i studien om det påvisas att beskrivning finns om de i föreliggande studies förförståelse och om tidigare erfarenheter påverkat analysprocessen samt att det som undersöktes i studien överensstämde med syftet.

Bekräftelsebarhet och *tillförlitligheten* finns i studien genom att urvalet av informanter genomfördes i norra respektive södra Sverige. *Bekräftelsebarhet* i denna studie har uppnåtts genom att informanterna har varierande åldrar från 34 år till 72 år och yrkeserfarenhet varierar från två år till 36 år. Vid användning av citat och tabell i resultatet ökas tillförlitligheten i studiens resultat. *Bekräftelsebarhet* finns när forskningsuppgifter kan ses från olika synvinklar, olika åldrar och olika yrkeslivserfarenheter (Wallenberg, 2012). Enligt Graneheim och Lundman (2004) uppnås bekräftelsebarhet i studien när endast informanternas upplevelse redovisas och de inte påverkas av intervjuarens egna värderingar. Eftersom ett objektiva tillvägagångssätt användes i studien utan påverkan av egna värderingar, blev ett etiskt resonemang utfört

Överförbarhet finns i studien men om möjligheten att intervjua fler distriktssköterskor hade funnits, kanske resultatet varit något rikare. Antalet informanter var 12 stycken som anses tillräckligt i kvalitativa studier. Intervjuerna varierade tidsmässigt mellan 8 – 45 minuter. Några intervjuer var korta för en kvalitativ studie men på grund av att innehållet var tillräckligt relevant till att uppfylla studiens syfte behölls intervjumaterialet. Materialets överförbarhet till liknande grupper anses troligt då det inte framkom ytterligare variationer. *Överförbarhet* i en studie handlar om att överväga ifall studiens resultat kan gälla för andra situationer eller grupper. Kan även beskrivas med att material som samlats in innehöll tillräckligt med information för att få ett resultat (Wallengren, 2012; Graneheim & Lundman, 2004).

Resultatdiskussion

Syftet med studien är att beskriva distriktssköterskors upplevelse av att kommunicera med sköra äldre personer inom kommunal hälso- och sjukvård. Resultatet visar att distriktssköterskorna har varierande erfarenheter av att kommunicera med sköra äldre personer och hitta lösningar för att uppnå god personcentrerad omvårdnad samt respektfullt bemötande.

Distriktssköterskorna försöker att använda ett professionellt förhållningssätt vid varje möte så att den sköra äldre personen får ut det mesta av mötet. För att uppnå förtroende mellan den sköra äldre personen och distriktssköterskan måste hen dela och bekräfta den sköra äldres personens känslor. Distriktssköterskorna lägger vikt vid att vara tydliga och ha ett bra bemötande för att den sköra äldre personen ska känna sig sedd som en unik person och trygg i sin vårdmiljö (Hogg et al., 2018; SSF, 2017). Genom att använda sig av ett ömsesidigt respektfullt förhållningssätt kan tillit och förståelse byggas upp mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen (Hafskjold et al., 2015). Distriktssköterskorna betonar vikten av att lösa problem som är relaterade till mötet med den sköra äldre personen så att denne får förbättrad livskvalité och känner sig tillfreds (Findlay et al., 2017; Lang, 2012). En studie av Hafskjold, Sundling, Dulmen, & Eide (2017) visar att personkemi mellan en sjuksköterska och den sköra äldre upplevdes ha en bättre kvalitet inom kommunal hemsjukvård än på sjukhus. Inom kommunal hemsjukvård finns mer stödjande kommunikation och vikten läggs på att ha emotionell empati, vilket även stärkts av HFS (2015) som betonar att sjuksköterskan skall kommunicera på ett empatiskt sätt. Första mötet är viktigt för att få en bra kontakt, vilket leder vidare till bättre förutsättningar till en bra relation mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen.

Genom att distriktssköterskan är närvarande och svarar på frågor som den sköra äldre personen ställer kan den emotionella interaktionen förbättras mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen. Interaktionen kan även förbättras genom att distriktssköterskan ger stöd och råd för att stärka självförtroendet. Moore & Reynolds (2013) påvisar att sjuksköterskans närvaro med aktivt lyssnande, öppna frågor och inplanerad tid är viktigt för att bygga en bra personcentrerad kommunikation. Vidare beskriver Hafskjold et al. (2015) att personcentrerad kommunikation är en förutsättning för att uppnå personcentrerad vård (PCV). Enligt PCV planeras omvårdnaden av en patient utifrån dess behov, önskaner, preferenser och livsvärld (Naldemirci et al., 2018). Detta för att uppnå en god handlingsplan för den enskilde patienten och för att förbättra hälsoutfallet (Ekman et al., 2011).

Vi fann att benämningen PCV inte användes av distriktssköterskorna utan de arbetar istället utifrån egna arbetsmodeller som gick att härleda till PCV. De tycker att kunskap om den sköra äldres personens livshistoria är en viktig del för att få en helhetsbild av personens sjukdomsbild, vilket även tas upp av Naldemirci et al. (2018).

I resultatet framkommer att den icke verbala kommunikationen är en viktig del i kommunikationen mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen. Enligt tidigare forskning av Timmerman et al. (2017) är det bra med ett öppet kroppsspråk så som en klapp på axeln, medan ett mindre bra förhållningssätt kan innebära att kommunikationen blir bristfällig med den sköra äldre personen. Distriktssköterskorna upplever att kroppsspråket är en viktig faktor till framgångsrik kommunikation. Det handlar både om distriktssköterskans kroppsspråk likaväl som den sköra äldres personens kroppsspråk. Att sätta sig i samma höjd som den sköra äldre personen får denne att känna sig hörd och förstådd vilket leder till trygghet för den sköra äldre personen. I tidigare studier av Hafskjold, et al. (2017) och Moore & Reynolds (2013) beskrivs kroppsspråket som en bekräftelse av den sköra äldres personens känslor. Att använda sig av icke verbal kommunikation är ett bra verktyg i kommunikationen med den sköra äldre personen. För att distriktssköterskan ska kunna förstå om den sköra äldre personen har förstått vad som har pratats om är det viktigt att vara uppmärksam på den sköra äldres personens kroppsspråk samt ha ögonkontakt. Distriktssköterskan kan därigenom påverka kommunikationen

positivt (Hafskjold, et al., 2017; Hogg et al., 2018; Moore & Reynolds, 2013; Stans, Smeets, Dalemans, Beurskens, & Roentgen, 2018).

Enligt resultatet upplever distriktssköterskorna kommunikation med den funktionshindrade sköra äldre personen som har fysiska och/eller psykiska nedsättningar, som en utmaning och kan vara komplicerat. Ofta behövs det mer tid för att lära känna personen och kunna undvika eventuella missförstånd. Problem som distriktssköterskorna upplever ifall den sköra äldre personen har nedsatt syn är att det påverkar dem när de ska läsa eller skriva. Resultatet visar att distriktssköterskorna har en strategi som är att upprepa vad de sagt till den sköra äldre personen eller be om hjälp av anhörig eller av hemtjänst, för att bättre utveckla en handlingsplan och öka förståelsen hos den sköra äldre personen. Stans et al. (2018) beskriver att sjuksköterskan kan uppleva känslor som rädsla, ångest och otillräcklighet när de kommunicerar med någon som har fysisk och/eller psykisk nedsättning. Vidare beskriver Lang (2012) att sjuksköterskan kan ha svårt att uttrycka sin empati på ett lämpligt sätt för den sköra äldre personen och istället förvärpa situationen. Det är inte ovanligt att det finns olika typer av hinder, exempelvis syn och hörselnedsättning, i kommunikationen mellan den sköra äldre personen och distriktssköterskan (Boström, 2013; Ericsson, 2013; Fletcher & Jensen, 2015).

I resultatet framkommer att bristen på tid negativt påverkade distriktssköterskorna kommunikation med de sköra äldre personerna. Detta framkommer även i andra studier (Ekman et al., 2011; Olsson et al., 2016). Ibland kan distriktssköterskorna känna sig stressade för att det saknas tid till mötet med den sköra äldre personen, vilket kan förstöra en bra kommunikation mellan den sköra äldre personen och distriktssköterskan enligt Lang (2012).

Enligt distriktssköterskorna går det ibland inte att planera tiden eftersom det uppkommer olika hinder som att telefonen ringer under mötet vilket påverkar besöket hos den sköra äldre personen. Vi fann i föreliggande studie att tidsbrist är en faktor inom kommunal hälso- och sjukvård och att det är ett problem vid kommunikationen med de sköra äldre personerna. Studier av Eriksson och Engström (2015), Moore och Reynolds (2013) och Stans et al. (2018) understryker att det är viktigt att planera in tid till mötet med den sköra äldre personen och det kan innebära ha tålamod, inte avbryta eller fylla i ord när den sköra äldre personen talar. För att undvika tidsbrist kan det vara bra att utveckla rutiner som främjar ett personcentrerat förhållningssätt i det dagliga arbetet (Ekman et al., 2011).

Genom att använda sig av MI så skulle kommunikationen ytterligare kunna förbättras. Eftersom tidigare studier visar att MI är en bra metod till att uppnå en förändring i beteendet hos den sköra äldre personen genom att visa empati och skapa ett förtroende. Fortsatt forskning inom kommunikation behövs för både sjuksköterskor och distriktssköterskors synvinkel men även ur patientens synvinkel.

Slutsatser

Distriktssköterskor har god kunskap och erfarenhet av kommunikation som bidrar till en ökad kvalitet på den professionella vården. För att bygga upp en bra personcentrerad omvårdnad behövs fortbildning i konsten att kommunicera med personer som har olika funktionsnedsättningar och kulturer. Resultatet i föreliggande studien har visat hur komplext kommunikationens beståndsdelar är mellan distriktssköterskan och den sköra äldre personen samt hur centralt det är att det finns tillräckligt med tid för kommunikation.

Kliniska implikationer

En utmaning för distriktssköterskorna inom kommunal hälso- och sjukvård är kommunikationen med den sköra äldre personen. Kunskap om hur distriktssköterskor upplever kommunikationen kan vara ett stöd för att distriktssköterskan ska kunna skapa bättre rutiner för kommunikation med den sköra äldre personen. En god och fungerande kommunikation skulle kunna bidra till att förbättra den personcentrerade omvårdnaden för den sköra äldre personen. Vinsten för den sköra äldre personen blir att denne får vara kvar i sin välkända hemmiljö längre.

Referenser

- Boström, M. (2013). Teknik och åldrande. I.M. Bravell (red.), *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi 2:a uppl.* (s. 281-296). Malmö: Gleerup.
- Britton, A. (2017). What are community nurses' experiences of assessing frailty and assisting in planning subsequent interventions? *British Journal of Community Nursing*, 9(22),440-445. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.9.440>
- Carr, D.D. (2017). Motivational Interviewing Supports Patient Centred-Care and Communication. *Journal of the New York State Nurses Association*, 45(1), 39-43. Hämtad 4 april, 2018. <https://www.nysna.org/sites/default/files/attach/1142/2017/08/2017-08-01nysnaJournalv45n1.pdf>
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I.M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Edberg, A.K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlen, J. (2015). *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*, (s. 30-36). Lund: Studentlitteratur AB.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Sunnerhagen, K.S. (2011). Person-centred care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251. <https://doi-org.proxy.library.ju.se/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>
- Ericsson, I. (2013). Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre. I.M. Bravell (red.), *Äldre och åldrande: grundbok i gerontologi 2 uppl.* (s. 261-272). Malmö: Gleerup.
- Eriksson, A., & Engström, M. (2015). Distriktssköterskors beskrivningar av sjukdomsförebyggande arbete i daglig verksamhet och strukturella förutsättningar för detta arbete. *Nordic Journal of Nursing Research*, 35(2), 77-84. <https://doi.org/10.1177/0107408315569122>
- Findlay, C., Lloyd, A., & Finucane, A, M. (2017). Experience of emotion in frail older people towards the end of life: A secondary data analysis. *British Journal of Community Nursing*, 12(22), 586 - 592. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2017.22.12.586>
- Fletcher, J., & Jensen, R. (2015). Overcoming barriers to mobile health technology use in the aging population. *Online Journal of Nursing Informatics*, 19(3). <http://www.himss.org/ojni>
- Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation. I.L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 321-332). Lund: Studentlitteratur AB.
- Graneheim, U.H., Lindgren. B-W., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today*, 56, 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Griffith, R. (2014). Principled decision making in district nurse practice. *British Journal of Community Nursing*, 10(19), 508-511. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.10.508>
- Hafskjold, L., Sundling, V., Dulmen, V.S., & Eide, H. (2017). The use of supportive communication when responding to older people's emotional distress in home care - An observational study. *British Journal of Community Nursing*, 16(24). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0220-8>

- Hafskjold, L., Sundler, A.J., Holmström, I., Sundling, V., Dulmen, V.S., & Eide, H. (2015). A cross-sectional study on person-centred communication in the care of older people: the COMHOME study protocol. *British Medical Association Open*, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007864>
- Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I.M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.111–120). Lund: Studentlitteratur.
- Hogg, R., Hanley, J., & Smith, P. (2018). Learning lessons from the analysis of patient complaints relating to staff attitudes, behaviour and communication, using the concept of emotional labour. *Journal of Clinical Nursing*, (27), 1004-1012. <https://doi.org/10.1111/jocn.14121>
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I.M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (s.70 - 89). Lund: Studentlitteratur.
- Kristensen, V.D., Sundler, J.A., Eide, H., Hafskjold, L., Ruud, I., & Holmström, I.K. (2017). Characteristics of communication with older people in home care: A qualitative analysis of audio recordings of home care visits. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 4613-4621. <https://doi.org/10.1111/jocn.13807>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lang, E. (2012). A better patient experience through better communication. *Journal of Radiology Nursing*, 31(4), 114-119 <https://doi.org/10.1016/j.jradnu.2012.08.001>
- Ljungbeck, B., & Sjögren Forss, K. (2017). Advanced nurse practitioners in municipal healthcare as a way to needs the growing healthcare needs of the frail elderly: a qualitative interview study with managers, doctors and specialist nurses. *BioMed Central Nursing*, 16(63). <https://doi.org/10.1186/s12912-017-0258-7>
- Miracle, A.V., EdD. RN. CCRC. (2016). The Belmont Report – The Triple Crown of Research Ethics. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(4), 223 - 228. https://journals.lww.com/dccjournal/Citation/2016/07000/DCCN_on_the_Web.9.aspx
- Moore, Dea. C., & Reynolds, M.A. (2013). Clinical update: Communication issues and advance care planning. *Seminars in Oncology Nursing*, 29(4),1-12. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2013.07.001>
- Naldemirci, Ö., Lydahl, D., Britten, N., Elam, M., Moore, L., & Wolf, A. (2018). Tenacious assumptions of person-centred care? Exploring tensions and variations in practice. *SAGE publishing*, 22(1), 54-71. <https://doi.org/10.1177/1363459316677627>
- Norell, M., Ziegert, K., & Kihlgren, A. (2013). Care priorities- Registered Nurses' daily work in municipal elderly care settings. *Nordic College of Caring Science*, 27, 388–395. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01051.x>
- Nätverket Hälsöfrämjande Hälso- och sjukvård (HFS), (2015). *Att förebygga kroniska sjukdomar genom goda levnadsvanor - ett sätt att optimera hälso- och sjukvårdens insatser*. Linköping Tryckeriaktiebolag: Linköping.
- Olsson, L.E., Hansson, E., & Ekman, I. (2016). Evaluation of person-centred care after hip replacement- a controlled before and after study on the effects of fear of movement and self-efficacy compared to standard care. *Bio Med Central Nursing*, 15(53), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0173-3>
- Rosengren, A. (2017). Åldrandet och Språk: en språkhistorisk analys av hög ålder och åldrandet i Sverige ca 1875 - 1975. *Studia Historica Lundensia*, (16). Hämtad 25 april, 2018. <https://lup.lub.lu.se/search/publication/c263cb63-5fc3-4c3f-bd10-3586997ac3f3>

- Sanders, J., Curtis, J., & Tulsky, J. (2018). Achieving Goal-Concordant Care: A Conceptual Model and Approach to Measuring Serious Illness Communication and Its Impact. *Journal of Palliative Medicine*, 21(s2), s17-s27. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0459>
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 29 november, 2018. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763
- SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Stockholm: Utbildningsdepartementet. Hämtad 29 november, 2018. <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/om-patientsakerhet/centrala-lagar-och-foreskrifter/patientsakerhetslagen>
- Socialstyrelsen. (2018a). *Vård och Omsorg om äldre - Lägesrapport från 2018*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 25 april, 2018. <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20857/2018-2-7.pdf>
- Socialstyrelsen. (2018b). *Motiverande samtal*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 17 juni, 2018. <https://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/motiverandesamtal>
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring - 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 3 juli, 2018. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2008/2008-126-59>
- Socialstyrelsen. (2007). *Trappan mellan kvarboende och flytt - Förutsättningar för äldre med rörelsehinder att bo kvar hemma*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 15 november, 2018. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2007/2007-123-20>
- SOSFS 2012:3. *Socialstyrelsens allmänna råd om värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 april, 2018. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-20/>
- Stans, S. E.A., Smeets, H. W.H., Dalemans, R. J.P., Beurskens, A. J.H.M., & Roentgen. U. R. (2018). Who said dialogue conversations are easy? The communication between communication vulnerable people and health-care professionals: A qualitative study. *Health Expectations*, 21, 848–857. <https://doi.org/10.1111/hex.12679>
- Svensk sjuksköterskeförening. [SSF]. (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Svensk sjuksköterskeförening. [SSF]. (2008). *Kompetensbeskrivning legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamendistriktssköterska*. Hämtad 12 juni, 2018. <https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>
- Timmerman, C., Uhrenfeldt, L., & Birkelund, R. (2017). Ethics in the communicative encounter: seriously ill patients' experiences of health professionals' nonverbal communication. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31, 63-71. <https://doi.org/10.1111/scs.12316>
- Tunedal, U., & Fagerberg, I. (2001). Sjuksköterska inom äldreomsorgen – en utmaning. *Vård i Norden*, 60(21), 27–32. <https://doi.org/10.1177/010740830102100205>
- Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I.M. Henricson (red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (s.482–493). Lund: Studentlitteratur.
- Östlund, A-S., Wadensten, B., Häggström, E., Lindqvist, H., & Kristofferzon, M-L. (2016). Primary care nurse's communication and its influence on patient talk during motivational interviewing. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2844–2856. <https://doi.org/10.1111/jan.13052>

Bilagor

Bilaga 1: Informationsbrev till enhetschefer

Kommunikation är ett värdefullt redskap som främjar en god kontakt mellan personal och patient inom vård och omsorg. Kunskap och insikt om kommunikationens betydelse kan bidra till en ökad förståelse och bättre omvårdnad för patienten. Vi är två studenter som går distriktssköterskeutbildningen vid Hälsohögskolan i Jönköping och denna studie skall ligga till grund för det examensarbete som ingår i utbildningen. Syftet med studien är att undersöka hur distriktssköterskan upplever kommunikationen med sköra äldre personer. Sköra äldre är personer över 65 år som har en ökad risk för inläggning på sjukhus och minskad förväntad livslängd.

Vi ber genom detta brev om ditt tillstånd att få komma till den arbetsplats där du är enhetschef och genomföra intervjuer. Vi planerar att göra sammanlagt 12 intervjuer. Om du ger ditt samtycke till att intervjuer får genomföras inom verksamheten vill vi be om din hjälp att komma i kontakt med fyra distriktssköterskor som är i kontakt med sköra äldre patienter i sitt dagliga arbete. Och som vi kan tillfråga om deltagande vid en intervju. Varje intervju beräknas ta 30–45 minuter. Distriktssköterskan som tillfrågas får ett informationsbrev där information ges om studien och dess syfte. Den tillfrågade får en blankett för undertecknande av samtycke till att delta i studien. I informationen framgår det att distriktssköterskan/sjuksköterskan när som helst kan avbryta sitt deltagande samt att allt material kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. ingen förutom undersökarna kommer att kunna spåra vem som deltagit i studien. I den slutliga presentationen av studien kommer man inte heller kunna utläsa vem som gett svaren. Endast de som genomför studien kommer ha tillgång till materialet.

Om du samtycker till att studien får genomföras inom verksamheten ber vi att du så snart som möjligt undertecknar samtycket nedan samt scannar in dokumentet och återsänder detta via mail till oss. Vi kommer därefter kontakta dig för få namn på distriktssköterskor som vi kan tillfråga om deltagande. Har du frågor om studien är du välkommen att höra av dig via mail eller telefon.

Studieansvariga:

Anna Sandberg: Harstigen 3, 31350 Åled, annaksandberg@hotmail.com. Mobil Nr: 0705-451433

Susanne Henriksson: Sandvägen 6, 82991 Ilsbo, Sushen_5@hotmail.com. Mobil Nr: 070-2229532

Handledare:

Iréne Ericsson Leg Ssk; PhD., Hälsohögskolan Jönköpings Universitet, erir@ju.se

Samtycke

Jag har muntligen informerats om studien och tagit del av bifogad skriftlig information.

Jag lämnar härmed mitt samtycke till att medarbetare får delta i ovanstående undersökning:

Underskrift.....

Datum/ort.....

Bilaga 2: Informationsbrev till dig som är distriktssköterska

Kommunikation är ett värdefullt redskap som främjar en god kontakt mellan personal och patient inom vård och omsorg. Kunskap och insikt om kommunikationens betydelse kan bidra till en ökad förståelse och bättre omvårdnad för patienten. Vi är två studenter som går distriktssköterskeutbildningen vid Hälsohögskolan i Jönköping och denna studie skall ligga till grund för det examensarbete som ingår i utbildningen. Syftet med studien är att undersöka hur distriktssköterskan upplever kommunikationen med sköra äldre personer. Sköra äldre är personer över 65 år som har en ökad risk för inläggning på sjukhus och minskad förväntad livslängd.

Vi vill gärna ta del av Din upplevelse av kommunikation vid kontakt med sköra äldre personer i ditt arbete. Denna studie är en del som ingår i utbildningen till distriktssköterska vid Hälsohögskolan i Jönköping. Du tillfrågas härmed om att delta vid en intervju. Om Du samtycker till att delta kommer du att bli intervjuad av en av oss och tid och plats för intervjun sker efter överenskommelse oss emellan. Intervjun beräknas ta ca 30–45 minuter och intervjun kommer att spelas in. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt vilket innebär att det Du berättar för oss inte kommer kunna kopplas till Dig som person i den slutgiltiga presentationen av studien. Allt material kommer också förvaras inlåst på ett betryggande sätt så att det inte kommer i orätta händer. Deltagandet är frivilligt och Du kan välja att avbryta deltagandet när helst Du önskar utan att ange någon orsak och utan några negativa konsekvenser för Ditt fortsatta arbete. Studiens resultat kommer att presenteras i form av en examensuppsats på magisternivå vid Jönköpings Universitet.

Om du ger ditt samtycke till att delta vid en intervju ber vi dig underteckna detta dokument på angiven plats nedan så snart som möjligt. Dokumentet kan sedan scannas in och skickas via mail till oss. Om du har frågor angående studien är du välkommen att höra av dig via mail eller telefon till någon av oss. När vi har fått in samtycke kommer vi höra av oss via telefon eller mail för att bestämma tid och plats för intervjun.

Studieansvariga:

Anna Sandberg: Harstigen 3, 31350 Åled, annaksandberg@hotmail.com. Mobil Nr: 0705–451433

Susanne Henriksson: Sandvägen 6, 829 91 Ilsbo, Sushen_5@hotmail.com. Mobil Nr: 070–2229532

Handledare:

Irene Ericsson Leg Ssk; Phd., Hälsohögskolan Jönköpings Universitet, erir@ju.se

Samtycke

Jag tagit del av bifogad skriftlig information. Jag är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande.
Jag lämnar härmed mitt samtycke till att delta i ovanstående undersökning:

Underskrift:**Datum/ort:**.....

Bilaga 3: Frågeguide

Intervjuguide/frågor

Ålder:

Kön:

Yrke:

Arbetsplats:

Hur länge har du jobbat som distriktssköterska inom den kommunala hälso- och sjukvård?

Intervjufrågor.

1. Hur upplever du att det är att kommunicera med sköra äldre personen?
Kan du berätta mer?
2. Ser du att det finns hinder med kommunikation mellan dig som distriktssköterska och den sköra äldre personen?
3. Kan du uppleva att det finns brister med kommunikation mellan dig och den sköra äldre personen?
4. Upplever du att det finns något som har en betydelse för att kommunikationen fungerar bra mellan dig och den sköra äldre personen? ex. sociala faktorer eller miljö...
5. Kan du ge något exempel på då du upplevt kommunikationen mellan dig och en skör äldre person fungerat så bra, berätta?
6. Upplever du att du på något sätt skulle kunna påverka hur kommunikation är/blir mellan dig och den sköra äldre personen?
7. Hur skulle du vilja att kommunikationen mellan distriktssköterska och sköra äldre ska se ut?
8. Något du vill tillägga?

Exempel på följdfrågor:

Varför? Kan du berätta lite mer? Kan du beskriva en situation?

Bilaga 4: Egengranskning vid examensarbete

EGENGRANSKNING VID EXAMENSARBETEN

Examensarbetets titel:
Kommunikation med sköra äldre personer ur ett distriktssköterskeperspektiv

Student/studenter: Susanne Henriksson & Anna Sandberg

Handledare: Iréne Ericsson

	Ja	Tveksamt	Nej
1. Kan projektet innebära någon eller några av följande nackdelar för deltagaren (patient, försöksperson, informant)?			
a/ Medicinsk risk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
b/ Smärta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
c/ Hot mot personlig integritet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
d/ Annat obehag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
2. Kan det garanteras att deltagarna inte kan identifieras i resultatredovisningen?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Är deltagandet i projektet frivilligt?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kan en deltagare när som helst och utan angivande av skäl avbryta sitt deltagande?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Innebär studien att personregister upprättas - om ja - vem ansvarar för registret och till vem anmäls registret?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
..... (registeransvarig person)			
6. Hur är den skriftliga informationen utformad?			
a/ Beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess uppläggning och syfte. (Inga fackuttryck, klar svenska)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas av beslut om att medverka eller avstå från medverkan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ Framgår det att vården eller andra insatser inte påverkas om deltagaren avbryter sin medverkan?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erbjuds försökspersonerna att ta del av forskningsresultatet?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.

Jönköping den

.....

.....
Student/studenter

.....
Handledare