



Marie Ljungquist

Vårdande gärningar och vanor för en caritativ hållning i den vårdande akten





Marie Ljungquist (f. 1954)

Leg. Sjuksköterska, *Diploma in nursing*, Alnängsskolan, Örebro 1980

Distriktssköterska, *Degree of Bachelor of Science (B Sc) in public Health Nursing*, Hälsohögskolan i Värmland 1990

Filosofie magister i omvårdnad *Master of Science in Nursing*, Linköpings Universitet, Hälsohögskolan i Värmland 1997

VÅRDANDE GÄRNINGAR OCH VANOR FÖR EN CARITATIV
HÅLLNING I DEN VÅRDANDE AKTEN



Vårdande gärningar och vanor för en caritativ hållning i den vårdande akten

Marie Ljungquist

Åbo Akademis förlag | Åbo Akademi University Press
Åbo, Finland, 2018

CIP Cataloguing in Publication

Ljungquist, Marie.

Vårdande gärningar och vanor för
en caritativ hållning i den vårdande
akten / Marie Ljungquist. - Åbo : Åbo
Akademis förlag, 2018.

Diss.: Åbo Akademi. - Summary.

ISBN 978-951-765-901-7

ISBN 978-951-765-901-7
ISBN 978-951-765-902-4 (digital)
Painosalama Oy
Åbo 2018

ABSTRAKT

Marie Ljungquist, 2018. Vårdande gärningar och vanor för en caritativ hållning i den vårdande akten

Handledare: Lillemor Lindwall, professor Karlstads universitet, Ingegerd Bergbom, professor emerita, Göteborgs universitet och Katie Eriksson, professor emerita, Åbo Akademi, Fakulteten för pedagogik och välfärdsstudier, Enheten för vårdvetenskap, Vasa

Forskningsintresset svarar mot ett kunskapsbehov gällande betydelsen av vårdande gärningar för en *caritativ hållning* i en vårdande akt inom äldreården. Forskningens övergripande syfte var att fördjupa förståelsen av etik och beskriva gärningar och vanor som är av betydelse i den vårdande akten för både patienter och vårdare relaterat till det caritativa vårdandet. Studiens design utgår från ett humanvetenskapligt perspektiv med en förankring i en hermeneutisk tradition. Data har samlats in genom intervjuer med patienter och vårdare samt med frågeformulär till vårdare i hemsjukvårdskontexter. Data har analyserats och tolkats med kvalitativ innehållsanalys.

Resultatet visar att vårdarens vårdande och icke-vårdande gärningar har betydelse för vårdandet och visar sig i vårdarens hållning, medvetet eller omedvetet och kan vid upprepning bli goda vanor eller ovanor. I den caritativa vårdetiken framstår den *goda vana* som medveten, lindrar lidande och främjar hälsa i en vårdande akt. *Ovanan* har inte någon plats i den *caritativa vårdteorin* och etiken, eftersom en icke-vårdande gärning inte kan skapa en vårdande akt. Alla former av vårdande gärningar och goda vanor kan ha ett samband med karaktärsdrag, dygder och vårdarens moraliska integritet och sammanflätas på så sätt att goda vanor i vården kan uppstå från en annan god vana eller leda till en ny god vana.

Sökord: Caritativ vårdteori, etik, gärningar, hemsjukvård, hermeneutik, kvalitativ innehållsanalys, ovanor, goda vanor, vana, vårdande.

ABSTRACT

Marie Ljungquist, 2018. Caring deeds and habits – for a *caritative* approach to the ‘act of caring’

Supervisors: Lillemor Lindwall, professor, University of Karlstad, Ingegerd Bergbom, professor emerita, Gothenburg University and Katie Eriksson, professor emerita, Åbo Academi University, Faculty of education and welfare studies, Division of Health Sciences, Vasa.

The research interests address a need for knowledge regarding the importance of ‘acts of caring’ for a *caritative* approach when performing tasks in the care of the elderly. The overall aim of the research was to deepen the understanding of ethics and describe the actions and habits that are important in the ‘acts of caring’ for both patients and caregivers in relation to the *caritative* nursing and ethics of care relevant to the *caritative* care theory. The design of the study design is based on and from a human-scientific perspective and founded on a hermeneutic tradition based on Gadamer's philosophy. Data was collected partly from qualitative interviews with patients and caregivers and partly from a questionnaire for caregivers. The interviews were carried out in several home healthcare contexts. The data has been analysed and interpreted by means of qualitative content analysis. The result shows that the caregiver's caring and non-caring deeds have significance for caregiving and this is manifested in the caregiver's attitude, consciously or unconsciously. And it also shows that repetition results in either good habits or bad habits. With *caritative* ethics of care, good habits appear that alleviate suffering and promote health in an ‘act of caring’. Bad habits, which lead to bad deeds, have no place in the ethics of care and nursing theory, because a non-caring deed cannot create an ‘act of caring’. All forms of caring deeds and good habits can be connected to the character traits, virtues and moral integrity of the caregiver, and intertwine in such a way that the good habits of care may arise from another good habit or lead to a new good habit. **Keywords:** Bad habits, caring, *caritative* care theory, deeds, ethics, experience, good habits, hermeneutics, and home health care, nursing, qualitative content analysis.

Förord

Forskningstiden vid enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi Vasa har varit en spännande resa med många möjligheter under flera år. En resa som i det närmaste är slut. Forskningsprocessen har varit möten med många olika personer som med glädje delat med sig av sitt vetande.

Jag vill uttrycka mitt varma tack till alla vårdare och patienter inom hemsjukvården i Värmland, för att ni bidragit till att avhandlingen blev till. Jag vill också rikta ett stort varmt tack till alla mina arbetskollaboranter och vårdare inom olika arbetsplatser såsom hemsjukvården på Styrö, Vårdcentralen Din Klinik i Göteborg, hemsjukvården i Sätilla, Kinna och Skene för det engagemang och tålmodighet ni visade under mina forskarstudier. De erfarenheter ni hade och som ni berättade öppet om har ristat egna spår i avhandlingen. Tack för allt förtroende som jag hoppas att jag lyckas förvalta på bästa sätt.

Ett innerligt tack till min handledare Professor emerita Katie Eriksson som beredde vägen genom att möjliggöra forskarstudier vid enheten Den *caritativa* vårdteorin och vårdetiken där kärlek till medmänniskan gestaltas genom vårdandets konst, ett vårdande präglat av vårdare med inlevelse, insikt och kompetens, har varit riktningen för min avhandling. Tack för inspirerande och spännande föreläsningar och att du varit min inspirationskälla under många år. Tack även till professor emerita Unni Lindström och docent Yvonne Näsman som gav tankeväckande förslag vid slutseminariet. Jag vill också rikta ett tack till alla forskarkollaboranter vid Enheten för Vårdvetenskap i Vasa, för många givande samtal.

Tack mina handledare professor Lillemor Lindwall och professor emerita Ingegerd Bergbom för er värdefulla vägledning under avhandlingens framväxt. Professor Herdis Alvsvåg, Högskolan i Bergen, Norge och professor Margret Lepp, Göteborgs universitet var mina två förgranskare av avhandlingen. Er intellektuella skärpa kom väl till pass och gav mig nya tankar och ökad tydlighet.

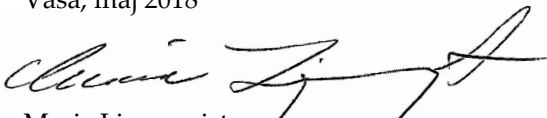
Tack till min arbetsgivare Högskolan Väst, Trollhättan som har gjort det möjligt för mig att avsluta avhandlingen. Ett stort och varmt tack till mina nuvarande fantastiska och underbara kolleger och chefer vid Högskolan Väst. Tack Anette, Anna-Lena, Annika, Christèl, Ahn, Birgitta, Anette, Pia, Ina, Britt, Margareta och tack Ingela, utan er hade jag inte kunnat slutföra avhandlingen.

Professor António Barbosa da Silva, tack för att du alltid varit så generös med din kunskap och alltid givit mig stöd och uppmuntran. Våra böcker hoppas jag har varit inspirerande för andra. Du har varit och är fantastisk som forskare och vän.

Det finns en önskan och vilja hos mig att förändra, för att förbättra. Som distriktssköterska många år i hemsjukvården och på vårdcentraler har jag varit med om och sett hur patienter blir kränkta och inte får den hjälp de behöver. Ambitionen med avhandlingen är att visa hur det bör vara för att patienter skall få ett gott vårdande genom vårdares vårdande gärningar och goda vanor. Jag vill tacka mina kära bortgångna släktingar som givit mig *del av era vårdande gener* där ert arbete blivit min inspiration som distriktssköterska för min forskning under alla år. Margareta Edsgård, Kerstin Almquist, Ingalill Koinberg, tack mina bästa vänner och tack älskade bror Peter.

Och så till sist mina älskade döttrar *Kristin, Caroline* och *Cecilia* för att ni stått ut med en mamma som arbetat för mycket. Jag älskar er så oerhört.....

Vasa, maj 2018



Marie Ljungquist

| | |
|---|------|
| INNEHÅLL | sid. |
| I Inledning | 1 |
| II Syfte och design | 9 |
| III Teoretiskt perspektiv | 12 |
| Ontologiska och epistemologiska utgångspunkter | 12 |
| Etik och moral | 23 |
| Godhet och kärlek | 26 |
| Moralisk integritet | 29 |
| Yrkesetik | 30 |
| Tillägnan | 31 |
| Vårdetiska utgångspunkter | 33 |
| Caritativ vårdetik och vårdande etik | 34 |
| Inre och yttre etik | 37 |
| Centrala begrepp | 39 |
| Tidigare forskning | 52 |
| IV Metodologi | 65 |
| Förförståelse | 66 |
| Deltagare och genomförande | 69 |
| Delstudie A | 70 |
| Delstudie B | 72 |
| Delstudie C | 74 |
| Kvalitativ innehållsanalys | 75 |
| Sekundär innehållsanalys | 77 |
| Forskningsetiska överväganden | 79 |
| V Vårdande gärningar och icke-vårdande gärningar | 81 |
| Vårdande gärningar – patientperspektiv | 82 |
| Vårdande gärningar – vårdarperspektiv | 96 |
| Den vårdande gärningens betydelse | 110 |
| Icke-vårdande gärningar – patientperspektiv | 112 |
| Icke-vårdande gärningar – vårdarperspektiv | 118 |

| | |
|--|-----|
| VI Reflektion och ny förståelse | 128 |
| Vårdande gärningar..... | 129 |
| Icke-vårdande gärningar..... | 146 |
| Från gärningar till vanor och ovanor | 152 |
| Den goda vanans och ovanans dimensioner uttryckt av vårdare | 153 |
| Från den vårdande gärningen till den goda vanan..... | 162 |
| Vårdkultur och rutiner | 167 |
| Från den icke-vårdande gärningen till ovanan..... | 170 |
| När vanan eller ovanan är medveten eller omedveten..... | 171 |
| Vårdarens karaktärsdrag i vanor och ovanor | 176 |
| Dygd..... | 181 |
| Moralisk integritet..... | 183 |
| VII Sammanflätningar av vårdande gärningar och goda vanor | 185 |
| VIII Från caritas till den vårdande akten | 189 |
| IX Vårdarens caritativa hållning | 192 |
| X Syntes och avslut | 206 |
| Den caritativa etiken och den vårdande akten | 210 |
| Kritisk granskning | 215 |
| Fortsatt forskning och utveckling..... | 224 |
| XI Summary | 226 |
| XII Referenser | 241 |

I INLEDNING

Den föreliggande avhandlingen avser att belysa och utveckla kunskapen om vårdande gärningars betydelse i en vårdande akt. Uppgiften är att skapa nytt vetande om vilka gärningar, vanor och ovanor som har betydelse i och för den vårdande akten. Den vetenskapsteoretiska grunden och forskningens vårdteoretiska perspektiv utgår från Erikssons *caritativa vårdteori* (Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2014) där kärlek och barmhärtighet, tjänande av liv och hälsa samt lindring av lidande, är vårdandets bärande idé. Studiens metodologiska utgångspunkter är förståelse, tolkning och ny förståelse utifrån ett hermeneutiskt närmelsesätt enligt Gadamer (2004) hermeneutiska filosofi där förståelse och bildning skapas utifrån tradition och kultur i språk och text.

I den vårdvetenskap som har sin utgångspunkt i en humanvetenskap finns förståelse för människans rätt till ett gott omhändertagande inom hälso- och sjukvård. I den vårdvetenskapliga traditionen studeras vårdandets etik och vårdarbetets etik¹ (Näsman, 2010; Wallinvirta, 2011). Etik har en central plats i kunskapsutveckling om vad som är gott för människan. Den etiska akten är kärnan i den vårdande akten, där de etiska gärningarna bör vara ett resultat av den fria viljan i en dialog med förnuftet, till att göra det goda för en annan människa. Det meningsbärande är gärningar och vanor, där vårdhandlingar och vårdaktiviteter genomförs utifrån förståelse av den lidande människans liv och hälsosituation. I dess djupaste mening handlar det, enligt Barbosa da Silva och Andersson (1996), om att bekräfta patientens värdighet och hjälpa honom eller henne att vara en unik människa. I vårdandet finns alltid det etiska och vårdandet i

¹ Med vårdandet menas det allmänmänskliga vårdandet (*caring*), som kan vara naturligt eller professionellt, medan vårdarbetet (*nursing*) hör till den professionella yrkesutövningen (Eriksson, 1995b).

den vårdande akten innebär hopp, en möjlighet till godhet i en vårdande situation. Vårdandet är ett kärnbegrepp inom vårdvetenskapen där vad-, varför- och hur-frågor ska besvaras för att utveckla disciplinens kunskap och vetande.

Konsten att tillämpa vårdandets etik inom *caring*traditionen förutsätter att vårdaren styrs av kärleks- och barmhärtighetsmotivet (Näsman, 2010). Enligt Eriksson är den caritativa vårdetiken (Lindström et al., 2014) mer än en vårdande etik, eftersom den betonar kärleken och människans värdighet och helighet som det högsta etiska idealet. Inom den *caritativa vårdteorin* söks det som är det verksamma i goda gärningar för att lindra patientens lidande. Eriksson (refererad i Lindström et al., 2014) framhåller det goda, det sanna och sköna i en anda av kärlek till patienten och för lindrande av lidande. Professionella vårdare har en plikt att ge god och säker vård som utgår från aktuella lagar, regler, bestämmelser och förordningar. Dessa plikter kräver olika former av förmågor och färdigheter, ett medvetet, professionellt och etiskt förhållningssätt, samt kunskap och förståelse. En intressant fråga är om det kan finnas någon dimension som saknas eller som åter bör ses på med nya ögon?

Det kan konstateras att vårdare har ett moraliskt ansvar, och i allt vårdaren gör finns en etisk dimension att göra gott (ICN 2017). All vård ska vara av god kvalitet och det ska finnas lämplig personal med utbildning och erfarenhet, och kvaliteten i verksamheten ska ständigt utvecklas och säkras (SOFSS 2011:12; SFS 2001:453).

Trots vårdares goda förutsättningar kan vårdandet av olika anledningar upplevas av patienten som icke-vårdande, och kränkningar av patienten, den lidande människan sker dagligen i vården (Engström, 2012; Honkavuo, 2014; Öresland, 2011). En annan angelägen fråga kan vara om vårdare saknar etisk medvetenhet och kunskap eller om förutsättningarna i vården inte stödjer ett etiskt handlande och reflekterande. De etiska frågeställningarna inom hälso- och sjukvård blir allt fler och mer svårbedömda, och varje vårdare har ett personligt och yrkesmässigt ansvar för den vård som ges.

Detta avspeglas i att allt fler vårdare upplever etiskt dilemma och värdekonflikter (von Post, 1993; Lindwall & von Post, 2008; Dellve, Wramsten, Wilmar, Jacobsson & Ahlborg jr, 2014). Vårdarens ansvarsförpliktelser handlar dels om ett etiskt ansvar att hjälpa patienten att fatta egna beslut, dels om ett moraliskt ansvar att ansvara för patienten då patienten inte kan fatta egna beslut (Eriksson, 1986, 1988, 1995).

I varje mellanmännisklig relation aktualiseras människans förhållningssätt, till sig själv och de etiska värderingarna tillämpas i relationer (Statens medicinsketiska råd, 2008). När en vårdare underlåter att göra det som hon innerst inne anser gott och rätt eller som i den specifika situationen verkar skadligt för patienten skadar hon sin moraliska integritet, i egentlig mening sig själv (Arman & Rehnsfeldt, 2012). Eftersom vårdrelationen mellan patient och vårdare kan ses som central i vården aktualiseras frågor om vårdarens etiska värderingar, förhållningssätt, gärningar, vanor och ovanor. Vilken betydelse har dessa för att vården ska bli vårdande? Har vårdarens gärningar, vanor och ovanor, karaktärsdrag och förhållningssätt i de vårdande gärningarna betydelse för att kunna åstadkomma en vårdande akt? Vad vårdaren gör, utgår det alltid från vad eller vem vårdaren är, eller finns här en annan dimension i det medvetna eller omedvetna handlandet?

I vårdarens möten med patient och närstående är vårdarens kunskap, kompetens och grundläggande värden och värderingar av betydelse för patienten, som befinner sig i en beroendesituation (Berg, 2007). Vårdare² i hemsjukvården liksom i övrig hälso- och sjukvård har i utbildningen lärt sig och måste känna till och tillämpa yrkesetiska principer i mötet med den andre. Men det räcker inte att bara veta, utan krav finns att vårdaren måste kunna handla på ett sätt som gör att patienten erfar lindring av lidandet och upplever välbefinnande. Är det så att vissa vårdare har kunskap och kompetens att bidra till en lindrande och kärleksfull vård medan andra inte har det? Eller är det så att

² Distriktssköterska, sjuksköterska, undersköterska eller vårdbiträde.

det är möjligt att utveckla en etisk hållning och lära sig goda vanor som bidrar till en etisk hållning? Detta är frågor som ses som viktiga att besvara i avsikt att söka kunskap och fördjupad förståelse om etik, gärningar och vanor i den vårdande akten inom äldreomsorg i hemsjukvård. Att erbjuda god vård i hemmet förutsätter en relation där patienten tillsammans med vårdaren planerar, genomför och utvärderar vården. För att kunna göra detta krävs en etisk hållning och medvetenhet för att vården ska vara vårdande. Etiken visar sig i var och ens moral.

Denna studie fokuserar på det caritativa vårdandet och vårdandets etik och hur patienter och vårdare beskriver gärningar, vanor och ovanor, samt vilken betydelse och innebörd dessa begrepp har för vårdande handlingar och en vårdande akt. Centrala begrepp är därför *gärningar*, *vanor* och *ovanor*. I vårdvetenskapen och vårdandets ethos finns *caritas*, som innebär en kärleks- och barmhärtighetstanke samt vördnad och aktning för människans helighet och värdighet (Eriksson, 2007; Eriksson & Bergbom, 2017). Vårdandet har sitt ethos i att få fram det sanna, det goda och det sköna i och för vårdandet, vilket synliggörs i gärningar. Vårdandets bärande idé är kärlek och barmhärtighet, tjänande av liv och hälsa samt lindring av lidandet. Att vårda innebär att i en anda av tro, hopp och kärlek lindra patientens lidande där kärleken och patientens värdighet och helighet är det primära (Lindwall, 2004; Näsman, 2010).

Tidigare forskning visar att vanor fungerar på så sätt att en signal utlöser ett beteende som ger belöning (Graybiel, 1990; Smith & Bolam, 1990). När dessa signaler och belöningar är tydliga kan personen ändra sitt beteende, och olika beteenden leder till olika vanor (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1995). Smith och Bolam (1990) menar att vanor stimulerar till förändringar, de skapar nya kulturer där nya värderingar etableras. En vana kan stimulera en annan rutin som ändrar vana. Graybiel (1990) påvisar att vanor aldrig försvinner helt och hållet därför att hjärnan inte ser skillnad på goda och dåliga vanor, varvid vanor lika ofta kan bli ett gissel som en god vana. Vanor utgör grunden för människans beteende i lika hög grad som förnuftet och

minnet samt påverkar vårt handlande. Vanor kan förändras och uppkomma medvetet eller omedvetet och därefter ske automatiskt.³ Olika vanor uppträder och finns i olika kulturer och kontexter. Aristoteles (2004) menar att människan är god av naturen eller av vanan eller för att människan lärt sig det. Det beteende som uppträder automatiskt visar människans sannaste jag. Vanor kan vara av många olika typer varav en är själva vårdandet, vårdandet i sig (Hamington, 2004). Vanor är inte alltid positiva utan kan även erfaras som negativa. Lindwall och von Post (2008) beskriver i en studie inom perioperativ vård att det finns etiskt goda vanor och ovanor som vårdare anger är av betydelse för kulturen. Detta leder till följande frågor: Finns det gärningar och vanor som är av mer eller mindre betydelse och/eller underlättar eller försvårar vanor vårdandet? Kan goda vanor hos vårdare bidra till att vården blir vårdande? Kan vanan bli en ovana och kan en ovana bli en vana?

Inom vårdvetenskapen saknas känd forskning om vårdarens gärningar, vanor och ovanor och hur patienten och vårdaren upplever dessa och hur de visar sig i vården. Genom att närmare studera dessa begrepp och företeelser kan vårdare lindra patientens lidande och bidra till välbefinnande genom god vård.

Gärningar och vanor hos vårdarna har inte tidigare studerats i någon nämnvärd omfattning inom hemsjukvård, vilket är ett skäl till att hemsjukvård valts som kliniskt kontext i den här studien. Ett annat skäl är att allt fler äldre förväntas bo kvar i sitt hem med olika former av hjälp från samhället.⁴ I *Kompetensbeskrivningen för distriktssköterskan* betonas ett holistiskt förhållningssätt, att skapa goda relationer, och att vissa förmågor hos distriktssköterskan är särskilt betydelsefulla för en vårdande vård såsom: vilja, dvs.

³ Se psychiatry.ucsd.

⁴ Socialstyrelsen (2008) definierar hemsjukvård som: "...hälso- och sjukvård när den ges i hemmet, det vill säga i ordinärt och särskilt boende."

attityder, att inge trygghet, engagemang och ansvar, samt andra personliga egenskaper och färdigheter, som kan ha stor betydelse.⁵

Ett ytterligare skäl till valet av hemsjukvårdskontext är att vårdare kommer till patientens hem, och där finns etablerade vanor och ovanor i olika vårdssituationer. Att arbeta inom hemsjukvården innebär många gånger att vara ensam i mötet med patienten, i olika miljöer och inför skiftande arbetsuppgifter. En vårdrelation skapas mellan patient och vårdare under en kortare tid, och finns ofta kvar i många år. Det räcker dock inte med att ha enbart medicinska faktakunskaper. Det handlar även om *vem man är, hur man är* och *vad man gör* i relationen med patienten för att upprätthålla patientens upplevda hälsa, förhindra ohälsa eller stödja en fridfull och värdig död. I vårdarens gärningar eller handlingar blir en vårdande etik verksam och synlig. Därför är det av värde att forska om och även finna de gärningar och vanor som är goda hos vårdarna, och som gör att patientens lidande mer eller mindre lindras. Om en vårdare har all kunskap om sjukdomar och kan utföra all slags behandling men inte visar omtanke och respekt, då är de till ingen hjälp för patienten. För att vårdandet ska kunna existera eller vara möjligt krävs vissa grundförutsättningar av etisk, kunskapsteoretisk, vetenskapsteoretisk, ekonomisk, psykologisk och organisatorisk karaktär. Var och en av dessa förutsättningar är nödvändiga, men ingen av dem är tillräckligt för vårdandet (Barbosa da Silva, 1991). En vårdares förmåga att möta och vårda människor som

⁵ Sjuksköterskor har ansvar att påverka utveckling och förmedla kunskap om hur människors ekonomiska och sociala villkor påverkar hälsan. Distriktssköterskans ansvar innebär att tillgodose patientens omvårdnadsbehov genom att lindra patientens lidande och främja hälsan i samspel med patienten, vårdare och anhöriga. Det handlar även om att undervisa, informera patienten, anhöriga och vårdare för ett gott samarbete och samverka med andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Distriktssköterskan ska även arbeta med förebyggande insatser samt upptäcka fysisk och psykisk ohälsa och finna lämpliga behandlingsstrategier tillsammans med övrig vårdpersonal och med patienten. Till distriktssköterskans ansvar hör även att utbilda vårdare och delegera arbetsuppgifter till andra vårdare (Socialstyrelsen, 2008). Distriktssköterskan ska även kunna analysera situationen utifrån etiska och juridiska aspekter och finna lösningar som tillvaratar parternas intressen. För en god och säker hemsjukvård för äldre krävs enligt Vårdförbundet och Svensk sjuksköterskeförening samarbete mellan yrkesgrupper samt tio s.k. framgångsfaktorer (www.swenurse.se, 2009).

upplever olika former av lidande är den mest grundläggande kompetensen för en vård som är vårdande (Arman, Dahlberg & Ekebergh, 2015).

Avhandlingens uppbyggnad

Avhandlingen är en monografi som innehåller tre delstudier som förväntas öppna upp ett nytt perspektiv på etik och gärningar samt vanor och ovanor, som kan fördjupa förståelse av den vårdande akten och vårdandets etik.

I avhandlingens inledning beskrivs valet att studera etik, vårdandets etik, gärningar och vanor ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Syfte och design samt aktuella forskningsfrågor klargör forskningens riktning.

Bakgrunden inleds med avhandlingens teoretiska perspektiv och redogör för forskningens ontologiska och epistemologiska utgångspunkter följt av begreppen etik och moral, godhet och kärlek, moralisk integritet, yrkesetik och tillägnan samt vårdetiska utgångspunkter. Caritativ vårdetik och vårdande etik samt inre och yttre etik avslutar det teoretiska perspektivet.

Därefter följer beskrivning av centrala begrepp som akt, gärning, handling, vana och ovana, och som förstås utifrån etiska aspekter av vårdarens handlingar och karaktärsdrag för en tillägnan i en *caritativ hållning*. Bakgrunden avslutas med en avgränsning och förståelse av de centrala begreppen. Litteratur och forskningsöversikt visar det aktuella forskningsläget inom kunskapsområdet.

I kapitlet metodologi beskrivs valet av metod som utgår från hur söka besvara forskningsfrågorna. Forskningen vilar på en hermeneutisk filosofi. Forskarens förståelsehorisont och förförståelse presenteras utifrån det vårdvetenskapliga paradigmet, den tradition som på förhand är given och som förmedlar den substans som ger mening och riktning till forskningen. Därefter presenteras

forskningsdeltagarna, datainsamlingsmetoder och genomförande för de tre delstudierna. Val av metod för empiriska delstudier tydliggörs följt av analys och tolkning. Denna del avslutas med forskningsetiska överväganden.

Vårdande gärningar och icke-vårdande gärningar är de tre olika delstudiernas resultat som presenteras och inleds med en beskrivning av vårdande gärningar och den vårdande gärningens betydelse från ett patient- och vårdarperspektiv. Därefter beskrivs icke-vårdande gärningar, även dessa ur ett patient- och vårdarperspektiv. Fynden diskuteras och därefter beskrivs gärningar som blir till vanor eller ovanor hos vårdaren. Vidare avhandlas detta i relation till vårdarens etik och moral samt i tjänandet, tillägnelsen och relevansen för de gärningar som blir vårdande gärningar och goda vanor. Denna del avslutas med att beskriva den nya förståelsen i form av en vårdetisk teorimodell avseende vårdande gärningar och vanor i den vårdande akten.

Avslutningsvis förs en diskussion och reflektion samt en kritisk granskning av forskningens metoder och dess resultat. Utifrån den fördjupade förståelsen avslutas monografin med tankar om framtida forskning och mot ett öppnande av nya horisonter. Under avhandlingsarbetets gång har förståelsen resulterat i ny förförståelse och en tillfällig men slutligt förståelse av en syntes och en vårdetisk teorimodell.

II SYFTE OCH DESIGN

Syfte

Forskningens övergripande syfte var att fördjupa förståelsen av etik och beskriva gärningar och vanor som är av betydelse i den vårdande akten för både patienter och vårdare relaterat till det caritativa vårdandet. Syftet var även att bidra till ökad förståelse av den caritativa vårdetiken relevant för den *caritativa vårdteorin*.

Följande forskningsfrågor är av intresse:

- Vilka gärningar hos vårdaren beskriver patienter?
- Vilka gärningar hos vårdaren beskriver vårdarna?
- Vilka vanor och ovanor visar sig hos vårdaren?

Design

Studiens design är beskrivande, explorativ, tolkande och analysande i syfte att nå och skaffa ny förståelse genom horisontsammansmältning enligt Eriksson och Lindström, (2007). I tolkningen av olika delstudier har en rörelse mellan förförståelse, förståelse och ny förståelse skett mellan delar och helhet. Bland en mängd olika kvalitativa metoder kan forskningen utföras utifrån olika traditioner, beroende av vilka frågor som är viktiga att ställa i relation till den metod som anses som lämpligast för att kunna besvara forskningsfrågor. I en kvalitativ forskningsdesign (Polit & Beck, 2014) sker forskningen fortlöpande, vilket innebär att den utvecklas under studiens gång. Det handlar om på vilket sätt alla data samlats in och från vem till hur länge datainsamlingen pågår, vilket är så länge studien fortgår. I forskningen har ambitionen varit att söka förstå forskningspersonernas upplevelser och erfarenheter i syfte att förstå gärningar, ovanor och vanor i ett caritativt perspektiv, eftersom den utgör grunden för forskningen där etik i den vårdande akten studeras. Bakgrunden utgår från forskarens förförståelse, den

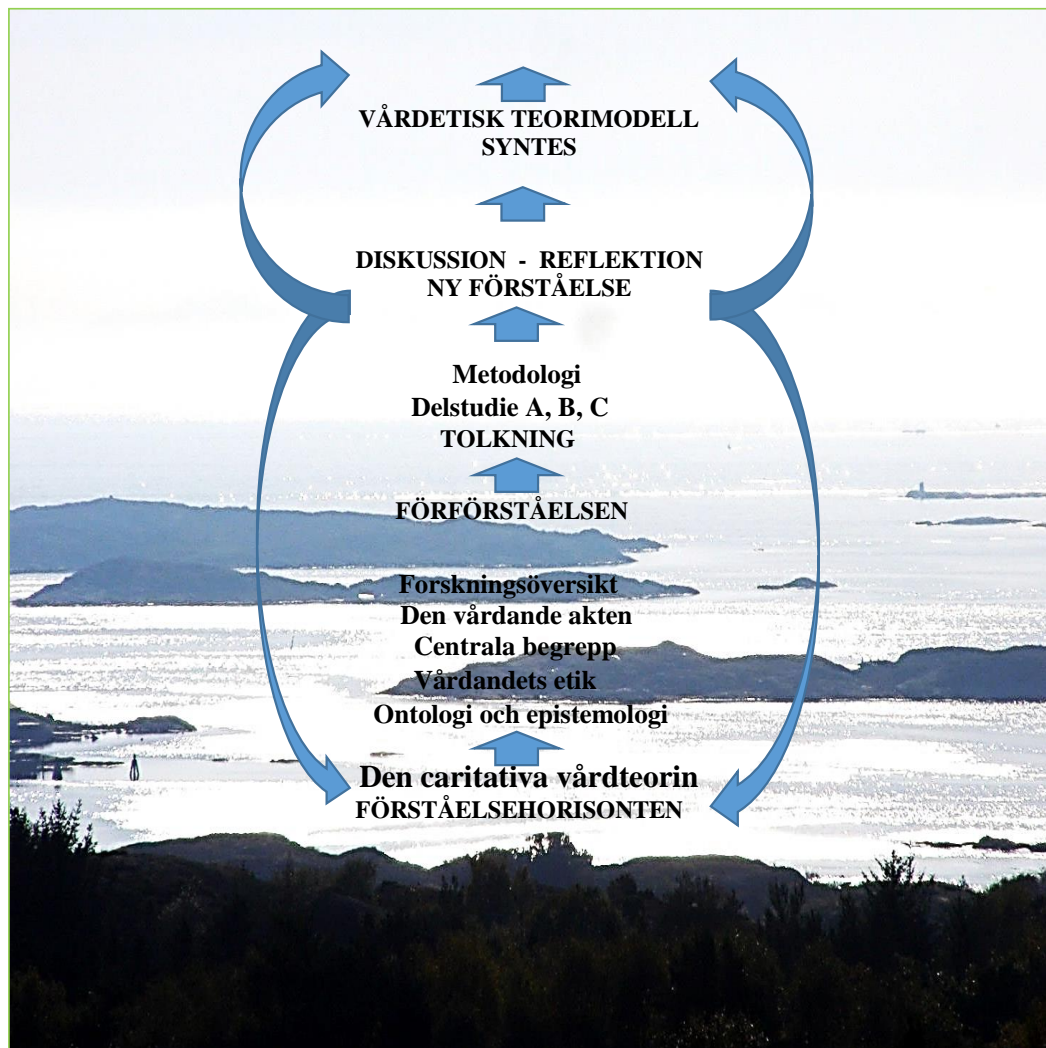
caritativa vårdteorins ontologi och epistemologi och vårdandets etik. Därefter följer en forskningsöversikt. Bakgrunden avslutas med att förståelsehorisonten öppnar upp för metodologin, för att finna svar på forskningsfrågor. Förståelsehorisonten, från ontologiska och epistemologiska antaganden tillsammans med den hermeneutiska tolkningen, och en kvalitativ innehållsanalys bidrar till en ny förståelse av fynden från de empiriska studierna. Resultatet, de teoretiska utgångspunkterna i vårdvetenskapens vårdande etik, ska leda fram till förståelsen av den vårdande akten och en vårdetisk teorimodell, där tjänandets och tillägnelsens sak framträder och tydliggörs (se Figur 1. "Forskningsprocessens hermeneutiska rörelse").

Forskningsprocessen presenteras som en hermeneutisk rörelse och har en riktning i sökandet mot den mest sanningslika kunskapen. Den hermeneutiska förståelsehorisonten från de ontologiska och epistemologiska utgångspunkterna ses ur ett kliniskt-etiskt perspektiv, där den caritativa teorikärnan och grundbegreppen studeras i kontexten hemsjukvård (se Figur 1). Textens budskap tillägnas forskaren som så småningom från tolkning i teori till praxis tillägnas vårdaren och patienten, den lidande människan.⁶ Tjänandet av patienten kan förstås som en integrerad och tillägnad personlig dignitet där tjänandet hör samman med människans existens (Honkavuo, 2014).

I en hermeneutisk tolkning går ständigt rörelsen likt havets vågor, molnen och vindarna fram och tillbaka. Riktningen är oregelbunden och man vet aldrig i förväg vilken riktningen blir, men den går slutligen mot ett mål där den nya förståelsen och kunskapen visar sig, men där fortsatt tolkning, som ger ytterligare kunskap, finns dold i horisonten. Detta innebär i föreliggande avhandling att den kunskap, bildning och vetenskap som framträder, ständigt utvecklas och blir något annat under tidens gång. Diskussioner,

⁶ Olika vägar finns fram till tillägnandet. Utläggningen kan ske genom samtal (Fredriksson, 2003), undervisning eller dialog eller att själv ta del av en text. Tillägnandet befrämjas under vårdskeendet genom att den vårdande relationen i en gemenskap hålls vid liv (Kasén, 2002).

reflektioner och kritisk granskning kommer åter att föra forskningen mot nya horisonter. En vårdetisk teorimodell, diskussion och reflektion, kritisk granskning, framtida forskning samt öppnandet av nya horisonter avslutar avhandlingen.



Figur 1. Forskningsprocessens hermeneutiska rörelse.

III TEORETISKT PERSPEKTIV

Ontologiska och epistemologiska utgångspunkter

I det föreliggande kapitlet redovisas författarens förståelsehorisont och därefter de ontologiska och epistemologiska utgångspunkterna.

Gadamer menar att förståelse (2004) har sin grund i förförståelsen och hur människan förstår sin egen historia från vad människan vet, erfar och kan veta. Att ha förståelse, menar Gadamer (2004), präglas av att varje människa i sin tolkning har en förståelsehorisont⁷ (antingen den är medveten eller ej) som innebär vad vi tidigare vet och hur vi förhåller oss till vår egen livsvärld. När våra förståelsehorisonter, från det gamla som vi tidigare vet, med det nya som kommer, smälter allt samman till en ny djupare förståelse. I tolkningsprocessen i den hermeneutiska cirkeln växer förståelsen fram från den egna förförståelsen där erfarenheten vidgas och ligger till grund för nya frågor och vidare tolkningar (Gadamer, 2004). Under arbetets gång kommer nya horisontsammansmältningar att äga rum där varje ny förståelsehorisont är mer eller mindre annorlunda än den tidigare, beroende av ny erfarenhet och ny förståelse, vilket väcker nya frågor. Genom förståelse öppnar sig nya handlingsalternativ och perspektiv där mening blir ett sätt att vara, utifrån vars och ens förhållningssätt till andra, sin omgivning och sig själv. En annan horisont öppnar sig som gör oss lyhörda och vars rörelse fortgår i det oändliga (Eriksson & Lindström, 2007). Den horisontsammansmältning som sker av dåtid och nutid är en uppgift för humanismen, enligt Gadamer (2004).

Forskningen har ett hermeneutiskt närmelsesätt i enlighet med Gadamers filosofi (2004), vilket synliggörs i val av metodologiskt tillvägagångssätt.

⁷ Enligt Gadamer (2004), innebär gränsen för en människas kunskap, förståelse och vetande, för tillfället.

Genom att studera vårdandets värld söks svaren på vad som är det verksamma i vårdandet, dvs. vad det är som lindrar mänskligt lidande och möjliggör hälsa och liv (Eriksson & Lindström, 2003). Logisk slutledning och intuitiv förmåga krävs, för att veta vad som är det sanna, det sköna och det goda. Att förstå vårdandet uttrycks genom språket, och i de begrepp som får sitt uttryck i konkreta vårdhandlingar. Den vårdande verkligheten i vårdandet blir synligt i och från vårdvetenskapens ontologi och ethos (Eriksson & Lindström, 2007). I den caritativa vården använder vårdaren sig själv, sin inlevelse, insikt och kompetens i mötet med närstående, patienter, kolleger och andra i olika vårdkontexter. Vårdarens karaktärsdrag är därmed av betydelse för vården (Berggren, 2009) och är en dispositionsegenskap som liknar yrkesskickligheten, enligt Barbosa da Silva, (2009). I Erikssons *caritativa vårdteori* sker vårdandet i "den vårdande kulturen"⁸ (Lindström et al., 2014), och här finns de ontologiska begreppen som avgränsar vårdvetenskapen från andra discipliner, vilka är kärnbegreppet *caritas* och de centrala begreppen människa, hälsa, lidande, vårdande samt vårdrelation, vårdgemenskap, värdighet och försoning (Arman et al., 2015). Andra kärnbegrepp är *ansa*, leka, lära och tro, hopp och kärlek (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström och Rehnsfeldt, 2015). Grundbegreppen är en bro mellan kärnbegrepp och vårdandets ethos, som innebär de handlingar, ord och språk som vårdandet är bärare av. Ethos visar sig i den vårdande akten som handlingar hos vårdaren.

De epistemologiska begreppen är människan, hälsa, miljö och vårdandet som forskare inom disciplinen vill utveckla kunskap om. Vårdandet (*caring*) ses här som kärnan i omvårdnaden (*nursing*) och i vårdarbetet (Bergbom, 2013).

⁸ Uttrycket används i stället för konsensusbegreppet "miljö".

De ontologiska utgångspunkterna bestämmer riktning för vad som blir nytt meningsinnehåll. Ontologin är de egenskaper som tillskrivs verkligheten och har betydelse för forskningens logik och pålitlighet.⁹

Den vårdvetenskapliga traditionen har en ontologi och ett ethos där etiken har företräde med en medveten *caritativ hållning*. I den *caritative vårdteorin* är ethos människans absoluta helighet och värdighet (Eriksson & Lindström, 2007). Dessa är centrala komponenter i vårdvetenskapens ontologi.¹⁰ De ontologiska utgångspunkterna beskrivs här enligt den *caritative vårdteorin*. *Caritas* (lat.) är detsamma som *agape* (gr.)¹¹ och betyder den gudomliga kärleken, och är den absoluta osjälviska och spontana kärleken (Barbosa da Silva, 1999).¹² *Agape* är enligt Nygren spontan och "omotiverad", värdeindifferent, skapande och gemenskapsstiftande (Nygren, 1930).¹³ Begreppet *agape* uttrycker kärleken som en moralisk och psykologisk dygd (en emotion) och beskriver en persons eller grupps goda relation till en annan person eller grupp (Barbosa da Silva, 1991). Denna kärleksform är spontan, omotiverad och föder kärleken till nästan, till alla, även ens fiende. Egenkärleken är naturlig hos människan, men då kärleken till nästan är gudomlig kärlek utesluter, överträffar och övervinner den, den egna egenkärleken.

⁹ Språk och begrepp hör enligt Gadamer (2004) samman. Ontologiska begrepp inom vårdvetenskapen är de grund- och kärnbegrepp som är bärare av ethos. Kärnbegreppen är kärnan i begreppet som omges av substansen och som sedan görs evident. Kärnbegreppet håller alltid samman enheten och kan aldrig tas bort.

¹⁰ jfr Håkan Törneboms (1982) begreppet: paradigm/territorium.

¹¹ *Agape* (grekiska *aga'pē* 'kärlek'), innebär den självutgivande kärleken, ett begrepp som spelar en betydande roll i etiken och teologin. *Agape* är ett centralt begrepp i Nya Testamentet och är den självutgivande kärleken, enligt kristen teologi. Det används i avsikt att karakterisera Gud. Det skrivs i Första Johannesbrevet 4:8 att Gud är kärlek (*agape*). *Agape* är också den egenskap som enligt Nya Testamentet mer än någon annan ska prägla människans förhållande till Gud och varandra (Markusevangeliet 12:28–31 med parallellställen). Enligt Anders Nygren är *agape* kristendomens både etiska och religiösa grundmotiv: *agape* är till skillnad från den begärande kärleken, *eros*, en kärlek som är oberoende av objektets värde och spontan. Den är Guds kärlek till människorna, som människorna kan ta emot och föra vidare (Nygren, 1930). I fornkyrkan var *agape* också beteckning på en kärleksmåltid, som har samband med ett nattvardsfirande (*Agape*, Nationalencyklopedin). *Caritas* (latin), är en av de teologiska dygderna (jämför Första Korinthierbrevet 13:13). *Caritas* betecknar framför allt den oegennyttiga kärleken till nästan, uttryckt i en handling, och motsvarar grekiskans *agape*, (*Agape*, Nationalencyklopedin).

¹² bl.a. Augustinus, Bernard av Cleveaux, Thomas ab Aquino, Martin Luther, Karl Barth och Anders Nygren.

¹³ I Jesu budskap om gudsgemenskapen ligger nyckeln till den kristna kärlekstanken. Kärleken till nästan och Gud kommer av Guds kärlek som riktar sig till både goda och onda, orättfärdiga och rättfärdiga, hos dem som själva är föremål för den kärleken, som är barn till honom som är förebild för den förlorade sonens far (Nygren, 1930).

Det är det man gör för andra människor av kärlek och som är gott, utan egen vinning och utan egenkärlek (Alberoni & Veca, 1989).¹⁴ När caritasmotivet präglas av agape är kärleken omotiverad och spontan, och genom agapemotivet kan vårdaren skapa en vårdande gemenskap som är äkta (Eriksson, 1990). Vårdarens "eros" handlar om en strävan att bli bättre och förstå det översinnliga. När erosmotivet blir dominant vårdar vårdaren för att tillfredsställa de egna behoven. I caritasmotivet förenas eros och agape där det eros finns som ger kraft och hjälper vårdaren till en balans mellan idé och sinnevärlden som kan bli önskat inom vårdandet. När vårdaren får kraft från denna eros kan intuitionen användas i mötet med patienten för att förstå det som finns bortom sinnevärlden. Vårdaren kan utöva vårdandets konst och sträva mot det sköna. Agapemotivet hjälper med andra ord så att strävan riktas mot patientens bästa, och inte endast till vårdarens eget bästa (Thorkildsen, Eriksson & Råholm, 2015).

I ett caritativt vårdande utgör caritasmotivet grunden för det praktiska handlandet och är en speciell etisk hållning till vårdandet (Eriksson, 1993; Eriksson & Bergbom, 2017; Ranheim, 2011). Den vårdare som i den vårdande akten har förmåga att känna och visa caritaskärlek till en annan människa, har större förutsättningar att ge en kärleksfull vård (Thorkildsen et al., 2015; Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Vårdarens förmåga att äga och kunna förmedla tron, hoppet och kärleken utgör, inom den caritativa vården, vårdandets substans, vilken har en helande kraft, en styrka (Eriksson, 1987a). Caritasmotivet i vårdvetenskapen innebär, att i vårdandet förmedla tro, hopp och kärlek genom att ansa, leka och lära genom moraliska dygder. Caritas är vårdvetenskapens och vårdandets ethos, dvs. barmhärtighets- och kärlekstanke, vördnad och aktning för människans värdighet och helighet (Eriksson, 2003). Caritas är en attityd hos vårdaren i en moralisk vårdande akt med ett ansvar för den andre, dvs. för patienten (Levy-Malmberg, Eriksson & Lindholm, 2008).

¹⁴ Denna osjälviska kärlek yttrar sig i olika former såsom omsorg (gr. Filantropiska kärlek till människan) och i (lat. humanitas) handlingar (kärlek/omsorg om människan).

Inom vårdvetenskapen ses *människan* som enheten *kropp, själ och ande* (Eriksson, 1990; Rehnsfeldt, Arman, & Lindström, 2016) där människan är omätbar och "odelbar" (Sivonen & Kasen, 2003; Karlsson, Nyström & Bergbom, 2012). Människan finns i en verklighet i en tillvaro mellan mörker och ljus, lidande och hälsa. Människans väsen har ett ursprung i den eviga och gåtfulla urkällan till kraft och sammanfaller med frågan om hälsans väsen. Människans kraftkälla och hälsans substans är kärleken, livets ursprung och kärna som ger kraft, tro och hopp i vardagen. Tillägnelse av kraft går via en skapande akt där skönhetens och glädjens ljus uppenbaras. Kärleken till nästan är den bärande substansen i människans vardande i hälsa som förutsätter ett görande genom handlingar (Hemberg, 2015).

Människan kan också förstås som endimensionell. Med detta menas att bara en av människans dimensioner dvs. kroppen och dess funktion anses vara viktiga för förståelse och förklaring av bl.a. sjukdom (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Människan förstås i vårdvetenskapen som flerdimensionell bestående av kropp, själ och ande t.ex. dualistisk, där människan ses både utifrån natur- och human-vetenskaplig kunskap. Konsekvenserna av att som vårdare i vården ha en endimensionell människosyn i betydelse av patienten (kroppen), kan vara att vårdarna ser sig själva som subjekt och patienten som objekt, t.ex. från enbart ett biomedicinskt perspektiv, vilket kan få negativa konsekvenser för patienten. En flerdimensionell och holistisk människosyn däremot, tillåter att vårdarna ser både sig själva och patienten som subjekt¹⁵, utifrån exempelvis dels ett biomedicinskt perspektiv, dels kunskap om patientens möjligheter utifrån vem hon är, hur och var hon lever och hur hon upplever sin situation. Men också en medvetenhet om sig själv som vårdare och människa i mötet med andra. Människosynen har betydelse för vårdares sätt att se och förstå människan, och människans kropp som en boning för själen och anden (Lindwall, 2004). Det krävs en

¹⁵ ett uttryck för en jag-du-relation.

förståelse av människan som flerdimensionell inom vården (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007), eftersom lidandet kan förstås som fysiologiskt, psykosocialt, emotionellt, existentiellt, andligt och/eller religiöst. En humanvetenskaplig syn på människan, där andligheten inkluderas, är en förutsättning för goda gärningar (Koslander & Barbosa da Silva, 2009). Relationen mellan människosyn och etik kan ses på minst tre sätt: a) utgå från en analys av innebörden i en viss människosyn och sedan visa dess etiska konsekvenser, eller b) göra en analys av en särskild etisk uppfattning, och därefter visa vilken människosyn den kräver, eller c) utgå från en verklighetsuppfattning för att visa en viss människosyn som, i sin tur, får etiska verkningar (Barbosa da Silva & Andersson, 1996).

Det är människosynen tillsammans med livssynen och den moraliska integriteten,¹⁶ som till slut bestämmer vad människan är i relationen med andra människor. I ett vårdvetenskapligt perspektiv, där en stark betoning på människovärdet finns, förstår vi att synen på människan lämnar ett starkt positivt bidrag till vården för hur vi förhåller oss till en annan människa och avspeglar vad vårdaren gör och inte gör, för och tillsammans med patienten. Människovärdet (*dignity and worth*) utgår från att människan är unik och potentiellt god, rationell och har en fri vilja. Denna grundval för människovärdet är lika för alla människor. Människovärdet är konstant, ovillkorligt, okränkbart, orubbligt och omistligt (Barbosa da Silva, 2010). Ingen har rätt att kränka en annan människas människovärde, värdighet och integritet. För alla former av humanism är människovärdet den etiska grunden för mänskliga rättigheter, vilket innebär rätten till liv, trygghet, lycka och frihet (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Om människan ses som enheten kropp, själ och ande är människans *värdighet* det som är det mest grundläggande värdet. Människans absoluta värdighet innebär att finnas till för den andre och att tjäna i kärlek (Edlund 2002; Edlund, Lindwall, von Post & Lindström, 2013). Människans värdighet kan ses som en absolut värdighet och en

¹⁶ För en definition av *moralisk integritet* se Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007, s. 282.

relativ värdighet. Den absoluta värdigheten finns hos människan genom skapelsen och kan därmed inte berövas. Här finns heligheten i det absoluta människovärdet, med ett mönster av bärande värden såsom frihet, tjänande, ansvar och plikt. Den relativa mänskliga värdigheten påverkas av samhälle och kultur, och är i ständig förändring. Enligt klassisk människosyn bär alla människor på en helighet, vilket innebär att alla människor är likvärdiga och okränkbara. Människan är unik och då ansvaret fråntas henne berövas hon sin värdighet (Edlund et al., 2013). Människan lider då hennes värdighet kränks (Eriksson, 2004).¹⁷

Hälsan som teoretiskt begrepp innefattar antaganden om vad hälsa är. Hälsa utgör det centrala målet för all vård. Det praktiska hälsobegreppet, däremot, är den beskrivning av hälsa som används som utgångspunkt och mål för vårdhandlingar och vårdaktiviteter som styr målen för hälso- och sjukvården. Inom vårdvetenskapen innebär hälsa en persons tillstånd och känsla av välbefinnande (Eriksson & Bergbom, 2017; Sandvik, Eriksson & Hilli, 2015). Hälsa är naturligt, medan ohälsa uppkommer som en följd av hinder inom människan, i människans värld eller i samspelet mellan dessa. Att vara hälsa innebär att vara hel, att ha en upplevelse av sig själv som en hel människa, dvs. att uppleva "heligheten": känna vördnad för sig själv i sitt eget liv, sin andlighet och religiositet. Människan finner vägen till hälsa genom kärleken till sig själv och till andra, till naturen och till andlighet och möjligheten att hämta kraft i t.ex. en gudstro. Som vårdare handlar det om att utveckla en hållning som ökar förmågan att ansa, leka och lära för att finna vägar till att förmedla hälsa genom tro, hopp och kärlek. Att få tillstånd en rörelse mot integration och helhet är vårdens mål och hälsa är resultatet eller handlingens syfte.

¹⁷ Eriksson K. (2004), s. 63, refererar till Edlund *Människans värdighet – ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen* (2002). Värdighet innebär att betyda något för andra och att ha aktning för sig själv: att känna stolthet, bli betrodd och ha en känsla av att inneha kontroll över sin egen tillvaro.

Den ontologiska hälsomodellen (Eriksson, 1995) visar att hälsa kan upplevas i tre olika dimensioner: att varda, vara och göra hälsa. Människan rör sig mellan dessa dimensioner hela tiden i olika grader och varierar från situation till situation. Hälsa är helighet och enhet. Det är ett vardande i lidande och hälsa som leder och läker människan mot en allt större enhet och möjliggör att bli "mer" människa. Alla människor borde värna om livets helighet och lagar genom att ta eget ansvar för att nära och rena sig till själ, kropp och ande och att hålla fast vid den egna livskursen, ethoset, genom att lyssna till det egna inre, som speglar de grundvärden man hyllar. Att vara människa är att bejaka kärleken. Människans hälsa är tidlös, evig, oberoende av grad av ohälsa och sjukdom och följer in i döden. Hälsan fascinerar och irriterar människan som alltid kommer fundera över dess idé och hur hon ska kunna förstå och bevara den. Lidande, hälsa och kärlek utgör en del av det mänskliga livet. Hälsa är det människan mest längtar efter (Eriksson, 1995).

I den ontologiska hälsomodellen är görande, varande, och vardande i hälsa och lidande den innersta hälsorörelsen i kärnan och närheten till det heliga och i hälsans ethos, livet självt. I vardande finns den rörelse som gör kraft och vilja till liv. Kärnan utgör den punkt från vilken människan lever sitt liv med glädje och lust, lidande och smärta. Djupast kan livet ses som en kamp i lidande och hälsa, men lidandet blir oftast blir mer synligt. Den människa som har en förmåga att känna sig hemma i sig själv och i sitt eget liv, dvs. är bärare av ett ethos och har förmåga att rikta sig utåt och vara i olika former av gemenskap, har förmåga att tjäna och älska. Den vardande människan kan njuta av små nära ting i sitt görande för hälsan och uppleva glädje i vardagen. Detta upplevs som en känsla av liv. Människan själv måste finna hälsans väg men vårdarna kan vara med, visa och ibland gå med (Eriksson & Lindström, 2007).¹⁸ En vårdare ska hjälpa patienten till en bättre hälsa eller fridfull död. Arman och Rehnsfeldt (2012) nämner kroppslig, själslig

¹⁸ Den ontologiska hälsomodellen är ett resultat av forskningsprojektet *Den mångdimensionella hälsan – verklighet och visioner* (Eriksson, 1995)

och andlig hälsa. Ur ett livsvärldsperspektiv kan förmågan till hälsa stärkas respektive försvagas och beskrivas i termer av livskraft, livslust och livsmod (Dahlberg & Segesten, 2010). Hälsa kan även förstås som människans rörelse mellan potentiell hälsa och aktuell hälsa (Arman et al., 2015).

Lidande betraktas i flera kulturer som något ont, som hotar allt som är önskvärt och gott. Alla människor i alla kulturer är intresserade av frågan om lidandets orsak och mening. Lidandet är centralt i den *caritativa vårdteorin* (Lindström et al., 2014). Den lidande människan och hur lidandet kan lindras genom kärleks- och barmhärtighetsgärningar för att främja hälsa är i fokus. Lidande innebär ett döende, en förlust, ett avbrott, eller en sjukdom, skada, något som ansätter människan som plåga, kval och smärta. Lidandet kan vara en kamp, en prövning, en brist på något, ett inre stilla skeende eller lust. Lidandet kan även vara något som för framåt (Eriksson & Herberts, 1991). Lidandets kamp är en kamp mellan gott och ont eller liv och död. Lidandet upplevs av människan som en integrerad helhet och är då en helhetsupplevelse (Eriksson, 1994; Sivonen & Kasén, 2003). Lidandet kan ge hälsan en mening då människan blir medveten om kontrasten mellan hälsa och lidande (Eriksson, 2009). Fagerström (1999) menar att den patient som lider söker efter någon som ser henne eller honom, bekräftar lidandet och kan vara med i lidandet och söka efter en utväg. Här kan krävas en vårdare med dygder, t.ex. dygden mod som kan se den lidande människan och lindra lidandet genom godhet och barmhärtighet, och även få patienten att känna närvaro av en andlig dimension (Arman Rehnsfeldt & Rehnsfeldt, 2003).

Andlighet kan göra lidandet uthärdligt, skriver Råholm, Lindholm och Eriksson (2002). Språket kan vara vårdande och i en gemenskap mellan vårdaren och patienten kan patienten nå ny förståelse och ny utveckling i lidandet (Arman & Rehnsfeldt, 2007). Lidandet är ett motiv för vårdandet (Arman et al., 2015). Enligt Eriksson (1993) utspelas människans lidande i ett drama (Lindholm & Eriksson, 1993) i tre akter: 1) bekräftelse, där patienten längtar efter att lidandet ska bekräftas: 2) varandet i lidandet, när patienten

önskar rum och tid att lida ut: 3) vardandet i lidandet, när patienten önskar återfinna enheten och bli försonad. I detta drama kämpar människan mot det som kränker, det onda menar Eriksson (1994) och här finns två möjligheter: att kämpa och försonas eller att ge upp. Att kämpa vidare mot det som ännu inte är, innebär också att ta ett steg närmare döden. I denna mening är att lida alltid ett "döende" även när det leder till nytt liv. Lidande i vården finns genom de tre kategorierna "livslidande", "sjukdomslidande" och "vårdlidande." "Vårdlidande" är det lidande som orsakas av utebliven, otillräcklig eller inhuman vård (Lindholm & Eriksson, 1993).

Enligt Hemberg (2017) kan lidandet upplevas som en brist på styrka och frihet, vara passivt och självcentrerat. Lidande kan innebära upplevelser av att vara värdelös och kan därför vara djupt destruktivt för människan (Eriksson, 2007), och lidandet kan även upplevas som kaos och undergivenhet (Söderlund, 2004). Wiklund, Lindström och Lindholm (2006), uppger dock att lidande kan utformas som en kamp med livet mellan skam och värdighet som hotar människans erfarenhet av självet och helheten.

Vårdandet är en handling, som kan vara en vårdhandling eller vårdaktivitet i en akt i den professionella vården (mellan vårdaren och patienten). I vårdandet finns vårdaren och vårdande gärningar som tillsammans skapar en vårdande akt. Vårdandet innebär att "vara på väg," och vårdaren ska kunna visa den vägen (om det behövs) för patienten genom att vara nära patienten, vägleda eller gå med patienten. Vårdandet i den *caritativa vårdteorin* förutsätter en vårdande relation och vårdgemenskap (Kasén, 2002; Lindström et al., 2014; Wikberg & Eriksson, 2008; Wikberg, 2014), där vårdaren har ett ansvar för patienten som visar sig i vårdarens förhållningssätt och handlingar (Arman et al., 2015). Även en vårdande gemenskap bygger på ömsesidigheten i relationen (Arman & Rehnsfeldt, 2012). Ett vårdande förhållningssätt innebär att ha ett öppet sinne, vara alert, lyhörd och följsam, nyfiken och äga en lust att vilja veta och visa sin känslighet (Ekebergh, 2015). Vårdandet innehåller en öppenhet och

vaksamhet att som vårdare se och ge. Att inte se eller inte ge, härrör sig till det icke-etiska (Eriksson, 2010b). Att tåla se, vilja tåla och orka höra är vissa kvaliteter hos vårdaren som krävs för att kunna vårda (Arman et al., 2015).

Kunskapsbegreppet är ett evidensbegrepp som inom den caritativa vårdvetenskapliga traditionen innebär det sanna, det goda och det sköna där caritas utgör vårdandets grundmotiv som genomsyrar ethos (Lindström et al., 2014). Kunskap om världen bidrar till att utveckla den kultur människan lever i och utgör en ram för tolkning och förståelse av verkligheten. Världsbilden förändras, men följer i huvudsak vetenskapernas utveckling. Uppfattningar om verkligheten förändras genom kunskaper, värderingar, önskningar, förnuft och visdom (Eriksson, 1991). Vårdandets och vårdarens världsbild formas "inifrån" vårdandets ursprungliga kärna och från varje vårdares kompetens för att realisera vårdandet och utöva människokärlek. Utifrån den vårdvetenskapliga horisonten är det meningsfullt att klargöra den etik och moral som påverkar vårdare och som kan visa sig i vårdarens handlingar och gärningar (Söderlund, 2007). Vårdvetenskap som humanvetenskap är den kliniska vårdvetenskapens primära forskningsintresse och patienten är den människa, som lider, objektivt eller subjektivt bär på ohälsa och/eller ett hot mot hälsa. I sammanhanget bör nämnas att klinisk vårdvetenskap inte är en praktisk disciplin utan en teoretisk disciplin med relevans för praxis (Bergbom, 2007, 2013; Eriksson & Lindström, 2003).

Den kliniska vårdvetenskapens primära forskningsintresse är hur vårdandet sker och där studier av vårdandets konst är det primära, i syfte att skaffa kunskap och ökad förståelse för vad som blir till en vårdande akt (Eriksson & Lindström, 2003; Eriksson, 1992; Koskinen & Nyström, 2017; Salmela, Koskinen & Eriksson, 2017;). Den vetenskapsteoretiska förankringen är i hermeneutiken såsom den beskrivits av Gadamer (2004), där förståelse, tolkning och sanning är bärande begrepp.

Alla vårdare önskar göra både gott och rätt, men alla gärningars följder är ibland svåra att förutse. Oftast bedöms gärningar efter dess verkningar, vilket i vården oftast handlar om en lindring av patientens lidande. Handlandet bör både vara en plikt och ha ett moraliskt värde (Hägerström, 1952) så att vårdaren i yrkesutövningen gör det absolut rätta och/eller har en god moral baserad på etiska värderingar och etisk kompetens.

Etik och moral

Etik och moral hör ihop och har en uppmärksammat samt framträdande roll i hälso- och sjukvården. Det finns tre olika sätt att se på moraliska frågor, nämligen normativt, deskriptivt och metaetiskt (Nortvedt, 1993; Gastmans, 1999; Beauchamp & Childress, 2013).¹⁹ Den normativa etiken (Arlebrink, 2006) vägleder och visar vårdaren vad som *bör vara* rätt och fel handling, den är alltså föreskrivande eller vägledande och talar om vad som *anses vara* gott (eller ont). Den normativa etiken gör därmed en bedömning av det moraliska värdet och den moraliska plikten. Vidare kännetecknas den normativa etiken av etiska riktmärken och etiska handlingsregler.²⁰ Den normativa etiken är den tillämpade etiken inom vårdetiken som ses i vårdandets etik.

Den deskriptiva etiken visar vad människor tror och hur de handlar (Beauchamp & Childress, 2013; Fry & Johnstone, 2002) och innebär handlingar och allmänna principer och vilka etiska eller moraliska värderingar eller normer, som finns inom olika samhällen och kulturer (Statens medicinska rådet, 2008). Denna etik beskriver således moralen såsom den uttrycks i människans tankar och handlingar såsom vårdandets etik.

¹⁹ *Normative ethics* and *non-normative ethic*. Beauchamp & Childress (2013) menar att det finns en normativ etik och två icke normativ etik.

²⁰ Som exempel på sådana handlingsregler kan nämnas Den gyllene regeln, Kants kategoriska imperativ, Hippokrates ed, FN:s barnkonvention och Tio Guds bud.

Metaetik däremot, analyserar språk, begrepp och metoder som används i etiska resonemang, t.ex. inom vårdetiken (Frankena, 1973), och är den del av moralfilosofin eller etiken som analyserar och studerar moraliska normer och värderingar utifrån semantiska, vetenskapsteoretiska och ontologiska utgångspunkter (Barbosa da Silva & Andersson, 1996). Beauchamp och Childress (2013) slår samman den deskriptiva etiken och metaetiken som icke-normativ etik eftersom båda ser objektivt på sakförhållandet och inte på vad etiken leder till.

Etik i vården diskuteras traditionellt när det gäller moraliska normer och principer. Vid ett ontologiskt synsätt handlar etik om ethos. Ethos innebär både en inre och en yttre sida av etik där värdena frihet och ansvar är av betydelse för både etik och hälsa (Östman, Näsman, Eriksson & Nyström, 2017). Etik kan delas in i yttre och inre etik och har inga starka skiljelinjer (Wallinvirta, 2011). Den yttre etiken kan gestalta sig som att sköta om (är det mätbara), medan att bry sig om (är det omätbara) handlar om den inre etiken. Den yttre och inre etiken ger näring åt varandra menar Wallinvirta (2011). Varje möte har inom sig ett etiskt krav (Alvsvåg, 2014) som vårdaren kan välja att uppmärksamma eller förbise. Detta krav uppstår ur patientens utsatthet och sårbarhet samt behov, vilket väcker vårdarens kärlek, barmhärtighet och engagemang i omsorgsrelationen (Dowling, 2004).

I vårdarnas profession finns plikter som bör visas i god moral. En god eller icke god moral kan visa sig som goda vanor eller som brist på den senare. Goda vanor kan också vara relaterade till plikter. Moraliska plikter uttrycks genom etiska principer och regler styrda av både den princip- och regelbaserade etiken och den icke-principbaserade etiken. Det finns två former för pliktetik vilka är handlingsdeontologi och regeldeontologi²¹ (Barbosa da Silva, 2010). Plikten kännetecknar det moraliska systemet. Plikten visar sig när det handlar om att dra en övervägd slutsats, styrda av etiska orsaker, som berör en

²¹ Handlingsutilitarism och regelutilitarism.

särskild situation och som inriktar sig på vad människan bör (och ska) göra (Näsman, 2010). I en beslutssituation kan ett pliktetiskt perspektiv tillämpas, vilket innebär att fundera över om det finns generella moraliska plikter som är tillämpbara eller relevanta i situationen (Brylde, 2009). En humanistisk vårdideologi grundad på en humanvetenskaplig människosyn och etik, där alla människor har lika värde och rättigheter, utgör de nödvändiga villkoren för en öppen och holistisk vård. Humanismen grundar människovärdet på egenskaper hos människan såsom förnuft, viljans frihet och potential till det goda (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007).

En professionell vårdare innehar olika kompetenser. För vårdare handlar det inte enbart om den professionella kompetensen utan även om social och etisk kompetens (Lejonqvist, Eriksson & Meretoja, 2012). Vårdarens sociala och etiska kompetens ses som värdefull i yrket och vårdarens karaktärsdrag samt personlighet är en del av den professionella kompetensen. Den etiska kompetensen är ett krav som i plikten innebär att vårdaren är och gör på ett rätt, gott och riktigt sätt i en etisk situation. Detta kräver kunskap om etiska regler eller principer, och för vården anpassade goda karaktärsdrag hos vårdaren, som skapar vissa positiva värden hos patienten såsom bekräftelse, välbefinnande och god omvårdnad (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Plikt har att göra med ett ansvar, ansvaret för sig själv, som människa (Karlsson, 2016). Att vara en god människa ingår i en etisk kompetens och kan uttryckas i det vårdaren gör eller inte gör. Följande faktorer är av stor betydelse och spelar en avgörande roll för utförande och val av olika handlingar: människosyn, vilje-, val- och handlingsfriheten, intressen, kunskap, värderingar, livsåskådningsmässiga förutsättningar och ståndpunkter, erfarenheter och personlighet med medveten identitet (Eriksson, 1995; Barbosa da Silva & Andersson, 1996). Det etiska sprider godhet som värmer och uppstår ur medlidandet, ur kärlekens och lidandets gränslöshet (Eriksson, 2013a).

I den etiska kompetensen är en autentisk kommunikation nödvändig, där både patienten och vårdaren är aktiva och ansvariga för sina handlingar och attityder mot varandra. I

denna tvåvägskommunikation lyssnar och talar båda med och till varandra och respekterar varandras autonomi och integritet, vilket är nödvändigt för att bekräfta varandras upplevelse av identitet och värdighet. Denna kommunikation präglas av sympati, tolerans, öppenhet, ömsesidig respekt och dialog. Kommunikationens etiska och moraliska aspekter har att göra med ansvaret båda har för varandra, vilket bestämmer hur de behandlar varandra. Därför är vårdarens psykologiska mognad och förmåga att bemöta patienten med en positiv attityd, samt vårdarens etiska kompetens i teori och praktik, av betydelse (Barbosa da Silva, 2010).

Godhet och kärlek

Begreppet *god* är ett generellt värdebegrepp.²² Således har begreppet *moraliskt god* en central plats i moralfilosofin (Pellegrino & Thomasma, 1996, 1988). Enligt Aristoteles (2004) är målet för människans strävanden alltid något gott, det goda är alltså det alla eftersträvar. Under 1950-talet försökte Moore och von Wright definiera begreppet godhet. God och dålig är värdetermer till skillnad från rätt och fel som är normativa termer. Det goda ses i samband med måsten och plikter, omdömen och dygder. Godhet kan användas som *to be good for*, *do good to*, *good to be*, *does good to* och *good to have* (von Wright, 1963). Godhet kan definieras som både instrumentellt eller tekniskt (medel till mål) eller det som är gott i sig (som har egenvärde, målet). Med god - gott (god människa, gott omdöme, gott stöd) inom moralfilosofin menas alltså, dels något som är värdefullt i sig självt, dvs. företeelser som är goda i sig själva (som har egenvärde), dels något som har bara instrumentellt värde, dvs. som enbart ett medel för att uppnå något högre, dvs. som har egenvärde. Motivet för handlingar bör vara

²² I *Den nikomachiska etiken* (Aristoteles, övers. Ringbom, 2004) behandlar Aristoteles frågan om vad som är det högsta goda (gr. *telos*) för det mänskliga livet och menar att det är lyckan (gr. *eudaimonia*), dvs. människans förverkligande av sig själv, som en rationell varelse och som innebär att utöva den främsta av alla dygder (Aristoteles, 2004). Teologerna och filosoferna Augustinus (354–430) och Thomas av Aquino (1225–1274) menade däremot att det högsta goda är salighet (lat. *beatitudo*) (Grenholm & Bexell, 1997).

något gott som kräver goda vanor för att aktualiseras från en god vilja, intention och gott samvete. En människas godhet kan vara åtminstone ett tillräckligt argument för att den människans handlingar ska kunna vara goda (Barbosa da Silva, 1991)²³. Aristoteles (2004) menar vidare att människan är god av naturen eller är det av vana eller att människan är god för att människan lärt sig det.

Etiken kan vara en inre reflektion över det goda, det sanna och det sköna. Förhållningssättet ses i moralen som kommer till uttryck i vårdarens handlingar. Barmhärtighet är kärlekens gärningar som är goda gärningar och i professionella sammanhang behöver vårdare utbildning för att kunna ge kärlek och ta emot, som gör skillnad för patienten i hälso- och sjukvård. Med kärlek avses här agapekärlek till medmänniskor.²⁴

Humanismen, menar von Wright (1995), visar sig som människans medmänsklighet. Den humanvetenskapliga vårdvetenskapens värdegrund är godheten, där människokärlek och barmhärtighet innefattar kärleken som ett motiv och ideal, som ett etiskt fundament för allt vårdande vilket innebär att vilja en annans människa väl (Söderlund, 2004). Den största kristna dygden är kärleken,²⁵ som lärs in, genom att praktiseras och förmågan att utöva godhet (Aristoteles, 2004).

Kärleken är nödvändig för människans omsorg om sina medmänniskor. Kärlek är glädje och här finns även hoppet som utgör en positiv hälsoresurs hos människan (Barbosa da Silva, 1991; Lindström et al., 2014). Att inte ha denna osjälviska kärlek som

²³ På frågan om att göra gott gör en person till en bättre människa, menar däremot Schmidt (2017) att det inte är så att en person blir god enbart genom goda handlingar.

²⁴ Med kärlek menas här omsorg för medmänniskor (osjälvisk hjälp till människor i nöd).

²⁵ enligt Paulus, Augustinus, Thomas, Nygren och de flesta teologer. Kärleken är en konst som kräver både teori och praktik för att läras in (Fromm, 1988).

grundmotiv inom vårdandet innebär att det kan bildas ett mekaniskt förhållningssätt en "jag-det-relation" i Bubers (1994) mening, som då saknar helhetssyn och mänsklig värme (Barbosa da Silva, 1991). Den kärleksform det handlar om är alltså den självutgivande, osjälviska och altruistiska formen av kärlek, dvs. *agape*, eftersom den motiverar till altruistiska handlingar, äkta medlidande och barmhärtighet. Denna kärleksform blir motivation för människans handlingar.²⁶ De karaktärsdrag såsom godhet, skicklighet i arbetet som en vårdare bör äga är nära relaterade till och ger uttryck för kärleken (*agape*) (Barbosa da Silva, 1991). Kärlekens etiska innehåll är alltså förenlig med vårdens högsta etiska ideal, som är: rädda liv, lindra lidande, främja, trösta och återställa hälsa (Barbosa da Silva, 1999; Eriksson, 2001). Med detta avses att kärleken inte kan befallas, då det är kärleken som befäller, den är ett ideal ('helighetens ideal' enligt Kant). Men detta ouppfyllbara ideal vägleder och upplyser oss. Ur denna synvinkel är kärleken en dygd, en frihet, en glädjefylld spontanitet, inte en plikt (Comte-Sponville, 1998).²⁷

Kärlekens konst och väsen handlar om "att hjälpa den andre till framgång på det godas premisser" (Böttern & Lindström, 1999, s. 136). Motiverad att utföra rätta handlingar är den person som kännetecknas av respekt för den andre, och som har ett kärleksfullt sinnelag (Grenholm & Bexell, 1997). Den caritativa etikens inre ethos är vårdvetenskapens "sak" och uppgift och fokus ligger hela tiden på vårdandet (Eriksson, 2003, 2013b). Kärleken till nästan fullföljs eller förverkligas genom goda handlingar (Hemberg, 2015). Den människa som lider behöver återkommande kärleksgärningar (Östman et al., 2017).

²⁷ Det är genom artighet, moral och kärlek som människan blir dygdig menar Comte-Sponville (1998). För att förstå kärlek som dygd och dess funktion i vårdandet, måste vi först inse att det finns många olika kärleksformer men att det de alla har gemensamt är att det handlar om omsorg om andra. Utan kärleken som både en moralisk och psykologisk dygd kan det inte finnas ett autentiskt eller äkta vårdande. Ur denna synvinkel är kärleken alltså en nödvändig förutsättning för all äkta omsorg och vårdande (Barbosa da Silva, 1991).

Moralisk integritet

Varje människas etik ses i hennes moral, dvs. i hur hon lever livet. En vårdare med *moralisk integritet* menar Barbosa da Silva och Ljungquist (2007) följer etiska principer och etiska ideal och låter inte sina egna intressen eller vinningar gå före eller vara ett hinder i sitt eget handlande. En vårdare med moralisk integritet är samvetsgrann, rättskaffens och konsekvent i sitt handlande och upplevs som trevlig och vänlig när han eller hon som vårdare genom goda karaktärsdrag²⁸ är kompetent, har förmåga att lyssna och vara lugn, visar hjälpsamhet, förtroende, pålitlighet, omtanke, förståelse, intresse för andra samt har en dialogisk förmåga. En vårdare med moralisk integritet kan man lita på och som är intresserad mer av människan som patient är enbart av patientens sjukdom. En vårdare med moralisk integritet har viljan av att bära konsekvenser av sina övertygelser, även då konsekvenserna är besvärliga eller obehagliga.

Med en vårdares moraliska integritet menas här vårdarens moraliska karaktärsegenskaper, goda attityder, gott sinnelag och moraliska dygder som kommer till uttryck i handling (Barbosa da Silva, 2010). Den moraliskt positiva betydelsen av handlingen är inte enbart det goda yttre uppträdandet utan den moraliska betydelsen i handlingen härrör från en viss personlighet, ett visst barmhärtigt eller rättrådigt²⁹ sinnelag (Hägerström, 1952). När vårdarens etiska kunskap, teoretiska kunskap (veta att), praktiska handlingskunskap (veta hur), situationsbundna kunskap och tysta kunskap samverkar i praxis, är vårdaren moraliskt integrerad.³⁰ En vårdare med moralisk

²⁸ eller de moraliska dygderna eller värdeskapande egenskaper (Ljungquist, 2006).

²⁹ "Men den som utför dem behöver inte för den skull vara rättrådig eller besinningsfull, utan han måste dessutom utföra dem just så som rättrådiga och besinningsfulla människor gör när de handlar", enligt Aristoteles (2004, s. 55).

³⁰ dvs. hennes människovärde och värdighet bör inte förväxlas med människans moraliska integritet. Den personliga integriteten gör henne likvärdig alla andra människor medan den moraliska integriteten gör att han eller hon positivt kan skilja sig från andra (Jonassen & Barbosa da Silva, 2015).

integritet har större förutsättningar att skapa goda vanor, bl.a. genom en medvetenhet om sina gärningar och inseende i den andres lidande.³¹

Yrkesetik

De flesta etiska riktlinjerna eller etiska koder för olika professioner baseras på etiska principer eller regler. Flera vårdyrkesetiska regler utgår från filosofen och läkaren Hippokrates och sjuksköterskan Nightingales tankar, vilka har utvecklats till etiska koder, och som också kommer till uttryck i varje lands lagstiftning avseende hälso- och sjukvård³² (Barbosa da Silva & Andersson, 1996; SSF 2017). De vanligaste principerna i vårdetiska koder är självbestämmande- och medbestämmandeprincipen (*autonomy*), nyttoprincipen (*utility*): icke-skadapprincipen (*non-maleficence*), godhetsprincipen (*beneficence*) och rättvisepprincipen (*justice*) (Beauchamp & Childress, 2013), samt informerat samtycke, äkta paternalism, konfidentialitetsprincipen, människovärdesprincipen, behovsprincipen och effektivitetsprincipen (Fry & Johnstone, 2002). Många gånger kan dessa principer komma i konflikt med varandra, och då är den etiska dialogen av stort värde, eftersom den kan hjälpa till att klargöra hur man bör handla i det specifika fallet. Härmed kan vägledning fås i förebilder och förhållningssätt (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007).

Enligt 1 § i 1 kap. av Socialtjänstlagen (2001: 453) finns en nationell värdegrund, som

³¹ Det kan även uttryckas som att den goda vanan av att exempelvis vara pålitlig förutsätter den goda vanan av att vara tillitsfull, trovärdig, förtroendefull, noggrann, ordentlig och förstående och dessa vanor gör att vårdaren upplevs som pålitlig och trofast.

³² Etiska riktlinjer för sjuksköterskor antogs av det amerikanska sjuksköterskeförbundet 1976 "Code for nurses Ethical concepts applied to nursing" antagen av International Council for Nurses (ICN). Nu finns Svensk sjuksköterskeförenings nyöversättning av ICN:s Etiska kod för sjuksköterskor (2017). I Norden antogs etiska riktlinjer, som alla sjuksköterskor ska rätta sig efter, i Sjuksköterskornas samarbete i Norden (SSN) och Svensk Sjuksköterskeförenings (SSF, 2017) etiska riktlinjer. Dessutom finns författningar, lagar och allmänna råd som är anvisningar och bestämmelser för hälso- och sjukvårdspersonal. Se även Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763).

tydliggör de etiska värden och normer som ska vara grunden för arbetet inom äldreården i Sverige idag. Denna nationella värdegrund finns som ett vägledningsmaterial från Socialstyrelsen som vänder sig till alla som är delaktiga och ansvariga för äldre personers vård och omsorg inom socialtjänst och hemsjukvård, och ska fungera som ett stöd för alla medarbetare i deras arbete med äldre.³³ Det handlar om att äldre personer ska ha ett värdigt liv och känna välbefinnande. Vägledningen ska ge en inriktning i det dagliga praktiska arbetet men också påverka tankar och handlingar i vården av patienter och deras närstående (SOSFS, 2012:3).

Tillägnan

Tillägnan och tillägnelsemomentet har en central plats i den *caritativa vårdteorin* och vårdande etiken (Eriksson & Lindström, 2003). Den vårdande akten och tillägnandet är två bärande grundbegrepp i den kliniska vårdvetenskapen. Tillägnandet innebär att vårdandet kommer in i en annan människa och finner där sin boning, blir en del av hans eller hennes lidande i en betydelseupplevelse. Tillägnandet är både teori och praxis. Tillägningen sker genom att vårdaren gör något, ger en gåva och ger något av värde till någons ära.

Vårdaren tillägnar sig något och ethos och för det vidare till patienten. Tillägnandet kan ske via undervisning, dialog och samtal. I en vårdande relation finns patienten och vårdaren i ett sammanhang där en gemenskap kan bli till. När vårdaren tillägnar sig den vårdvetenskapliga kunskapen och ethoset (i vårdandet) blir vårdandet evident. Det kan bli en svårighet vid tillägnandet av en text när det objektiva eller det subjektiva tar överhand. När det objektiva tar överhand uppfattas orden som lag. I det subjektiva tar

³³ Chef, undersköterska, vårdbiträde, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut, Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) eller verksamhets utvecklare, annan personalgrupp inom äldreården eller politisk ansvarig.

känslan över och specifika erfarenheter och upplevelser kan bli hinder för det verkliga tillägnet (Eriksson & Lindström, 2007). Den kliniska vårdvetenskapliga kunskapen ska stå för det sköna, det goda och det sanningslika.

Kunskapsutvecklingen och teoribildningen inom den kliniska vårdvetenskapen har ett teoretiskt och kliniskt praktiskt kunskapsintresse. Hermeneutiken är ett resonemang mellan det som är nödvändigt och logiskt möjligt. "Att finna" och "att skapa" sker när vårdaren och patienten tillsammans har ett bestämt syfte. Slutandet i praktiken bildas genom tillägnet, genom att den vårdvetenskapliga kunskapen syns och ses i vårdandets gärningar, i olika professioner (Eriksson & Lindström, 2003). Förståelse innehåller en tillägnan (Eriksson & Lindström, 2000) som innebär att den teoretiska kunskapen och teorikärnan översätts så att den binds vid en betydelseupplevelse och får en konkret betydelse. Det vårdaren förstår, tillägnar han eller hon sig och gör till en del av sig själv och tillägnar patienten genom och i sin kunskap. Vårdaren uttrycker tillägnet i hållning, handling och i språket (Lindström, 2014).

Vårdetiska utgångspunkter

*Vårdetik*³⁴ är en tillämpning av allmän etik inom vårdområdet (Beauchamp & Childress, 2013). Den utgår från en människobild som handlar om en uppfattning om människans värde och bestämelse. Utifrån den människosyn eller människobild som vårdaren har, i den vårdande akten, intas ett visst förhållningssätt till patienten. Vårdande etik är vad vårdaren egentligen uttrycker genom sitt förhållningssätt, och det vårdaren gör för patienten rent praktiskt, genom etiska handlingar³⁵ (Lindström et al., 2014). Med "det etiska" menar Eriksson (1995), väsendet av det som kallas etik. Det som gör en vårdande etik verklig finns i mötet med både det goda och det onda. I vår hållning blir det etiska, det vi faktiskt gör, konkret och synligt. Vårdaren bär på ett ansvar för patienten, och i och med detta blir vårdrelationen etisk. Ansvarets fundament har sin utgångspunkt i vårdandets ethos, och detta blir till eller blir synligt då vårdaren ser människan i patienten och bjuder in patienten i en vårdande gemenskap (Eriksson & Lindström, 2003). Ansvaret i den kliniska vårdvetenskapen är det ansvar vårdaren har för patienten, vårdarens äkta vilja till att göra det goda och etiska hållning, det som gör det gott för patienten att finnas till (von Post, 2003).

I de nordiska länderna förekommer orden medicinsk etik, sjuksköterskeetik, hälsoetik, vårdetik och vårdande etik. En vårdetik och vårdande etik är baserad på förnuft (etiska principer), emotioner (dygder), vilja, en jag-du-relation och en helhetssyn. Vårdarens helhetssyn innefattar vårdarens vetenskapliga och teknologiska kunskaper som bildar vårdarens teoretiska kunskaper, samt vårdarens tysta och praktiska kunskaper som även innefattar moraliska dygder. "Moraliska dygder är sådana karaktärsdrag som sammansätter den varaktiga viljan och handlingsdispositionen att använda tillbudsstående medel för att

³⁴ Vårdetik = Ett samlat begrepp för all etik inom vårdområdet, *Nursing ethics* = Vårdarbetets etik som är bundet till professionen, Vårdandets etik = *Caring ethics*, naturlig etik, *Caringetiken* är kärnan i *nursingetiken*.

³⁵ "*Caring ethics* deals with the basic relation between the patient and the nurse, the way in which the nurse meets the patient in an ethical sense. It is about the approach we have toward the patient. Nursing ethica deals with the ethical principles and rules that guide my work or my decisions. Caring ethics is the core of nursing ethics.....Ethical caring is what we actually make explicit through our approach and the things we do form the patient in practice.....In an ethical act, the good is brought out through ethical actions" (Lindström et al., 2014, s. 194–195).

förverkliga rättigheter” (Pörn et al., 1992, s. 194-195; 2000). Vårdaren skapar erfarenheter och färdigheter genom praktisk övning. Kombinationen av teoretisk och praktisk kunskap möjliggör förutsättningar för att rätta vårdhandlingar vidtas. Kommunikationen med patienten förutsätter någon form av humanistisk eller religiös-humanistisk människosyn. Denna människosyn som är flerdimensionell och universell är nödvändig för en holistisk vård i ett mångkulturellt Sverige (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007).

Caritativ vårdetik och vårdande etik

Den etiska teori som är relevant i denna avhandling, och för vården i allmänhet, bygger på kärlek (*agape*) och kallas *agapism* (Frankena, 1973) och benäms caritativ vårdetik, utformad till en *caritativ vårdteori* av Eriksson (Lindström, et al., 2014), och handlar om att vårda med *caritas* som ledstjärna (Arman et al., 2015). Caritativ etik härstammar från Aristoteles idé om det goda, och genom etikens *caritas* finns det goda inom människan (Heijkenskjöld, Ekstedt & Lindwall, 2010). Godhetens etik utgår från den goda människan som har *caritas* som motiv för sina handlingar. En god människa, är enligt Aristoteles, en lycklig människa som önskar förverkliga goda handlingar genom den gyllene medelvägen (Aristoteles, 2004). Det etiskt goda i vårdandet innebär att bekräfta människans absoluta värdighet, visa vördnad för att den andre är betydelsefull (Näsman, 2010).

Vårdandets etik fokuserar frågor som uppkommer då patienten och vårdaren ”vidrör” varandra. Med ”vidrör” menas här allt det som vårdaren och patienten tänker, känner och gör eller inte gör. I den *caritative vårdteorin* finns den yttre och inre etiken, vilka är nödvändiga för att förstå en vårdande akt. Den inre och yttre etiken är beroende av varandra och blir till en helhet i vårdarens handlingar (Wallinvirta, 2011). Vårdandets etik är en inre etik, (mer än *nursing ethics*) vars syfte är en högre grad av vårdande vård. Etiska principer ses som otillräckliga för en god caritativ vård (Eriksson, 1992), eftersom en caritativ vård omfattar relationen mellan patienten och vårdaren och hur vårdaren förhåller sig i mötet med patienten. Det handlar om hur vårdaren närmar sig patienten, samt vårdarens

förhållningssätt till patienten (Lindström et al., 2014). En vårdande etik kännetecknas av barmhärtighet, tillit, tröst, rättvisa, ärlighet, aktning och kärlek (Näsman, Lindholm & Eriksson, 2008). Frilund (2013) menar att den inre tryggheten innebär en känsla av tillit för vårdaren hos både patienten och anhöriga. Känslan av att vara trygg handlar om vårdarens förmåga att vara "sant närvarande" i vårdsituationen. Trygghet skapas av de vårdare som är professionella medan upplevelsen av att vara trygg är en unik och individuell upplevelse.

Teorikärnan i vårdandets etik är *caritas* (Eriksson, 2003) eller *agape*, som är förmågan att bry sig om och att känna medlidande eller medmänsklighet utan att ifrågasätta om t.ex. patienten har nyttovärde, affektiv betydelse eller moraliskt värde, för att förtjäna kärlek eller omsorg (Hedenius, 1982; Barbosa da Silva, 1991). Detta innebär att patienten ska känna sig älskad för sin egen skull, för sin unikheter och sitt oändliga värde. I den *caritativa* vårdetiken föregår etiken ontologin, vilket betyder att det förhållningssättet som intas till verkligheten föregås av det etiska. Det innebär att vårdaren underordnar sig vårdandet för etiken och därmed en *caritativ hållning*, där människans absoluta helighet och värdighet utgör vårdarens *ethos* och *pathos*³⁶ (Eriksson & Lindström, 2000, 2007). Den vårdande etikens mantra innebär att vara närvarande och vara ansvarig för det man ser, och vittna om det. Vårdaren gör sitt val för det goda genom *ethos*, som ses i *claritas*, och hållningen blir en utstrålning av inre kraft och glädje (Eriksson, 2013a). Den *caritativa* vårdetikens inre *ethos* påverkar handlingar, begär, passion, tänkandet och motivationen. Paterson och Zderad (1988) menar att kärnan i en vårdande etik handlar om vårdarens medlidande som möjliggör för patienten att skapa mening och sammanhang.

En *caritativ* vårdetik är grundad på människokärlek och barmhärtighet. Denna kärlek visar

³⁶ *pa'tos* (grekiska *pa'thos* 'lidande', 'passion'), högstämnda känslor, lidelse, som en skådespelare, diktare eller talare uttrycker och söker väcka hos publiken med sin röst ... med ordval och andra stilmedel. Som retorik- och litteraturkritisk term användes ordet av Aristoteles. Med *pathos* avser han de känslor, fruktan och medlidande, som tragedin väckte hos åskådaren och som ledde till *katharsis*. Inom retoriken betecknar *pathos* framkallande av sympati för talaren eller avsky för motpartern (Patos, Nationalencyklopedin).

sig i goda handlingar, och människan gör det hon förväntas göra och gör det med kärlek och glädje. En vårdande akt ses i en vårdhandling och utgår från den intention en vårdare vill åstadkomma med patientens hälsoupplevelse, med hjälp av sitt eget vårdande. Det etiska kravet (Løgstrup, 1992), som innebär ett ansvar för den andre, där den andre är sårbar och i behov av hjälp, driver vårdaren att engagera sig i patienten. Det etiska kravet uppmanar vårdaren till kärlek, barmhärtighet och engagemang. Att som vårdare utöva kärlek till nästan är centralt i vårdandet. Kärleken är grundstenen i hälso- och sjukvårdens olika professioner. Kärlekens logik ger kraft i handling och hållning tillsammans med mötet med patienten och med anhöriga (Alvsvåg, 2017). Genom den gyllene regeln och en mognadsnivå hos vårdaren med respekt för människans värdighet visas caritas genom vårdarens gärningar (Näsman, 2010). Caritaskärleken ses alltså som ett etiskt ideal och har en legitim plats i vården och vårdvetenskapen (Barbosa da Silva, 1999; Lindström et al., 2014). Den caritativa vårdens etiska ideal ser på hälsa som något gott i sig (som har egenvärde) medan sjukdom och lidande anses vara något ont i sig (dvs. saknar egenvärde) (Lindström et al., 2014).

Den caritativa vårdetikens kärna finns i etikens mantra. Etik sker alltid där vårdaren är i den sanna närvaron. När vårdaren ser och tar ansvar för det vårdaren ser är etisk praxis och vilar på ethos. Vårdarens etik handlar om att få fram sanningen i det som ses, att kunna förstå och finna vägar till vetandet och göra det evident.³⁷ Etikens mantra, i vårdandet, innebär att vara där, se, vittna och ta sitt ansvar, som vårdare, där kärlekstanken finns för att ta ett ansvar för patienten på ett naturligt sätt, att vilja den andres väl (Eriksson, 2010a, 2013a).

³⁷ Eriksson, (2010) framhåller Gadamer's tankar. Det som är evident, den sanna verkligheten, kan växa fram och bli synlig i all dess skönhet och godhet. Det som är evident, enligt Gadamer, är alltid något som har sagts och som sedan måste göras synligt och giltigt. Ingenting är evident förrän det talats och klätts i orden. Enligt Gadamer är det likaså tydligt att det evidenta som uppenbarar sig alltid är något överraskande som vidgar fältet som observerats. Det är som när man äntligen förstår något. Gadamer uppmärksammade den hermeneutiska erfarenheten, den genuina upplevelse att få äga rum, det vill säga en upplevelse av evidens. Gadamer förstod detta som den skönhet som är evident (Eriksson, 2010).

Inre och yttre etik

Den inre etiken utgår från caritas (Wallinvirta, 2011), vilket innebär vördnad för människans värdighet och helighet och som syftar till att förverkliga det sanna, det goda och det sköna (Eriksson, 2003; Lindström et al., 2014). Caritas ger sig till uttryck och syns i den yttre etiken. I den inre etiken finns vårdarens personliga värdegrund (humanvetenskaplig), kunskap och viljan att vårda en annan människa (Wallinvirta, 2011). Vårdandets inre etik är en relationsetik mellan patienten och vårdaren och har som kärna kompetens, förtroende, medlidande, förbundenhet och ansvar med respekt för varandra (Cronqvist, Theorell, Burns & Lützén, 2004). Den inre etikens drivkraft är kärleken att i vårdarbetet behärska och vårda kärleksfullt (Watson, 2003). I allt vårdande är kärnan det etiska, dvs. ansvarets idé. Ansvarets idé handlar bl.a. om att varje vårdares vilja att verkligen vårda, se, förstå och tolka den andra människans behov och begär, även innebär att offra något för en annan människa, där kärlekens kraft frigörs och blir essens i vårdandet.

Den yttre etiken styrs av lagar, normer, regler, direktiv och finns i olika beteenden. Dess uppgift är att skydda, sätta gränser, kontrollera och styra verksamheters yttre funktion genom lagar och förordningar i samhället. Den yttre etiken finns i professionernas etiska koder, principer och ställningstaganden, där värdegrunden är humanistisk. Det är vårdaren själv som gör sina egna tolkningar av direktiv och regler, vilket sedan kommer till uttryck i handlingar.³⁸ Väglednings- och handlingsmodeller och etiska principer ses i vården som ett humanistiskt förhållningssätt som uttrycks i godhet och mänsklighet (Wallinvirta, 2011). Vägledningsmodeller förespråkas i en caritativ vårdetik och vårdande etik, eftersom de ger riktning för ansvarets gärningar, bedömer och värderar vad som är gott och ont, rätt och fel och frågor om vem, hur och vad. Vidare menar Wallinvirta (2011) att det är vårdarens plikt att bli bärare av vårdandets etiska principer genom att utveckla medvetna

³⁸ Den yttre etiken inom sjuksköterskans profession är bl.a. den etiska kod som formulerats av *International Council of Nurses* (ICN). Denna etiska kod möjliggör och förstärker etiken så att kärnan och ethos ses, kärnan blir rättesnören för en vårdande kultur av god kvalitet.

vägledningsmodeller, sin egen personliga etiska värdegrund, ett vårdande språk, samt kunskaper om vårdande.

Det kan finnas många hinder för att inte se eller ge, men i sista hand finns endast hindret inom vårdaren själv (Eriksson, 2010b, 2013a). Både yttre och inre etik handlar om ansvar som görs genom att påverka, ha förmåga och vilja att skapa mänskliga relationer och vara delaktig i en organisatorisk och social kontext. Det moraliska ansvaret bör ha ett s.k. framåtseende, vilket innebär att se vad som ska göras i nuet och i framtiden och inte tänka bakåt på sådant som ger skam och skuld (Björklund, 2006). Att ge vård kommer från varje vårdares ansvar. Det ena ansvaret är *caritas* som innebär den otvungna viljan att vårda under ett ansvar, medan plikten innebär det yttre ansvaret och intresset att göra sin uppgift. Det yttre ansvaret handlar om att göra sina arbetsuppgifter, medan det inre ansvaret innebär viljan att göra gott (Arman et al., 2015).

Sammanfattning

Etik och moral kan ge vägledning för vårdaren och vara både en plikt och ett krav där vårdaren både är och gör det som är gott, rätt och riktigt. Vårdarens etik visar sig i vårdarens moral. I vårdande handlingar framträder det goda, det sanna och det sköna. Att som vårdare vara etisk, innebär att ta ansvar för och upprätthålla en moralisk integritet. Barmhärtighetsgärningar är kärlekens gärningar, där goda gärningar innebär att vilja en annan människas väl. Motivation för vårdarens handlingar i en *caritativ vårdteori* blir *caritas*, dvs. den osjälviska, självutgivande och altruistiska formen av kärlek, eftersom den motiverar till barmhärtighet, äkta medlidande och altruistiska handlingar. Caritasmotivet utgör grunden för det praktiska handlandet och är en speciell etisk hållning till vårdandet i vårdandet. Caritaskärleken kan ses som det etiska idealet i vården och vårdvetenskapen. En vårdare med moralisk integritet har en god etik och moral som visar sig i goda handlingar. Vårdvetenskapen³⁹ har en ontologi, epistemologi och ethos som grundas i en

³⁹ Enligt Bergbom (2017) har den vårdvetenskapliga disciplinen ett ämne, en inre logik och en tematik, ett teoretiskt perspektiv och begrepp som avgränsar vårdandet med en idealmodell. Därmed har disciplinen en alldeles särskild kunskap

humanvetenskaplig vetenskapsteori. Vårdandet (*caring*) är kärnan i omvårdnaden (*nursing*) och i vårdarbetet. Ethos innebär människans absoluta helighet och värdighet. I den *caritativa vårdteorin* är människovärdet heligt och människans värdighet är det som är det grundläggande värdet där alla människor är likvärdiga och okränkbara. Vårdens mål är hälsa. Centralt i den *caritativa vårdteorin* är människans lidande och hur lidandet kan lindras genom kärleks- och barmhärtighetsgärningar. I den *caritativa vårdteorin* finns ett sökande efter det sanna, det goda och det sköna, vilket genomsyrar ethos. Etiska utgångspunkter finns i en vårdetik, vårdande etik och caritativ vårdetik. Vårdetiken är den allmänna tillämpade etiken i vårdområdet, det som uttrycks genom förhållningssättet. En vårdande etik handlar om hur vårdaren närmar sig patienten från förhållningssättet i en kärleksgärning.

Centrala begrepp

Beskrivningen av centrala begrepp förstås här till viss del utifrån vårdetiska och vårdteoretiska aspekter för en tillägnan i en *caritativ hållning*. Centrala begrepp är **akt** och **gärning** och deras inbördes relation samt betydelse för vårdandet. Det är av vikt att klargöra begreppen och dess betydelse i relation till den vårdande akten, dels för att kunna formulera en teorimodell, dels för att förstå begreppens relation till det vårdvetenskapliga kunskapsområdet. Ett begrepps betydelseinnehåll kan vara olika beroende av den aktuella kontexten (Sivonen & Kasén, 2003). Det är även en fördel om begreppen tydliggörs för förståelse av dess synonymer. Därför presenteras även begreppen handling, vana, ovana, karaktärsdrag och tillägnelse. Ord kan ha olika betydelser eller översättningar. Att studera vårdandet genom en granskning av begreppet **gärning** blir i hermeneutikens anda en pendling mellan delar och helhet och ny förståelse växer fram. Detta innebär att delarna, dvs. definitioner och synonymer förs samman till en helhet, för förståelse av vad som kan vara vårdande i gärningarna. Här avses inte att göra en fullständig

om det specifika och kan tala om hur den utvecklats, utvecklar och skaffat sig denna kunskap.

begreppsutredning utan snarare förtydliga begreppens innebörd och relation till varandra. I vissa fall anges motsvarande engelska begrepp.

Akt

Begreppet **akt** definieras som en handling, något som görs, är gjort eller utfört. Akt innebär i allmänhet något utfört, handling, gärning, dåd, förehavande eller bedrift. Akt är en verksamhetsyttring: en handling, varigenom det, som blott fanns såsom möjlighet, övergår till verklighet: handling, som utgör yttring (av en viss egenskap). En akt kan vara en högtidlig förrättning t.ex. i religiösa ceremonier en viss mer eller mindre betydelsefull handling (Akt, SAOB).

Akt kommer av latinets *actus*, (skådespelares), där aktion är utförande av en roll eller av ett skådespel: huvudavdelning av skådespel: jämför tyskans *akt*, engelskans *act*, franskans *Acte*, med avseende på skådespel, en huvudavdelning av skådespel, skild från övriga genom en paus: handling. Akt betyder också skådespel, stycke, pjäs.⁴⁰

Akt finns i: 1) uppmärksamhet, aktgivande: 2) omsorg, vård: 3) uppsikt, tillsyn, vakt: 4) avhållsamhet (från något): 5) aktning: 6) sinne, tanke, minne: 7) håg, lust: 8) avsikt, syfte: 9) tro, mening, förmodan.⁴¹

Akt har att göra med uppmärksamhet, aktgivande: vara uppmärksam på: ägna uppmärksamhet åt, fästa eller rikta sin uppmärksamhet på, lägga märke till, observera, höra på någon eller lyssna till vad någon säger även fästa avseende vid, bry sig om, fråga efter (Akt, SAOB). Inom etiken översätts det engelska ordet *act* till handling. Exempel act-utilitarism (Act, Wikipedia).

Akt står även för att i en akt lägga märke till, uppmärksamma: besinna eller fästa avseende vid, taga hänsyn till, lägga märke till, observera, giva akt på, iakttaga, hålla eller fullgöra (plikt, befallning och dylikt), följa eller tillämpa (grundsats, bruk, ett visst förfaringsätt och

⁴¹ ... förekommer företrädesvis dels i akt ock mening (Akt, SAOB).

dylikt): iakttaga.

Akt finns i omtanke, månhet, omsorg, ans, vård, a) gifva akt (på), ha omsorg (om): draga försorg (om), se till, taga vara på, förvara, vara mån om, hålla på (sin värdighet och dylikt), taga sig i akt, taga sig till vara, vara på sin vakt, vara försiktig, akta sig, uppsikt, tillsyn, bevakning, vakt och i uttrycket vara i god akt, vara under god tillsyn, gå ordentligt för sig. En akt kan stå för plan, ändamål, avsikt, syfte, uppsåt, tro, mening, tanke eller förmodan (Akt, SAOB).⁴²

Synonymer till akt i ett vårdvetenskapligt perspektiv är: förrättning, ceremoni, högtidlig förrättning, högtidlighet, rit: gärning, handling. Synonymt med akt finns även iaktta, ge akt på, lägga märke till: akta sig ta sig i akt, vara försiktig: passa på ta tillfället i akt: att i avsikt att i akt och mening (Akt, Synonymer).⁴³ Akt betyder även tilldragelse och händelse (Strömberg, 1994).

Med akt avses här, utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv, mer än en handling då en akt innebär en handling där något, som görs är gjort eller utfört, övergår till verklighet såsom en vårdhandling som utgör yttring (av en viss egenskap) eller akt såsom skådespel, stycke, eller pjäs. Inom omsorg och vård kan en akt handla om omtanke, månhet, omsorg, ans, vård och om sårad t.ex. står han under min a(kt) och vård. I detta perspektiv inkluderas även ordets betydelse av att gifva akt (på), hafva omsorg (om): draga försorg (om), se till, hafva akt om eller på (uppå) något, hafva omsorg om och vaka öfver, sörja för (Akt, SAOB).

Den vårdande akten

Den vårdande akten i en *caritativ vårdteori* är en etisk akt och beskriver vårdandets grundmotiv som motiveras av den andres lidande och vårdarens kärlek, barmhärtighet och

⁴² Uraktlåta... lämna ur akt, icke bry sig om, inte ta hänsyn till, lämna ur sikte, försumma, förgäta (Akt, SAOB).

⁴³ Samt del av pjäs: tablå, avdelning, scen (Akt, Synonymer).

ansvar. Den etiska akten (eller den etiska situationen) är det som är kärnan i den vårdande akten. Detta uttrycks i en vårdande kultur, i vårdande relationer, vårdaktiviteter och vårdande handlingar (Eriksson, 2003, 2018). I den vårdande relationen upprätthålls patientens värdighet genom att vårdaren lindrar patientens lidande och främjar hälsans rörelse. En vårdare kan dela det lidande som patienten upplever genom att upprätthålla en vårdande relation och i relationen beröra patienten och medmänniskan som är en enhet och helhet av kropp, själ och ande (Kasén, 2002). I den vårdande relationen (Kasén, 2002) kan en gemenskap hållas vid liv och främja tillägnandet av det vårdande under hela vårdakten. Genom att vårdaren tillägnar sig ethos och den vårdvetenskapliga kunskapen får vårdaren kunnande och blir en god utövare av vårdandets konst och det verksamma i vårdandet syns och blir evident (Eriksson, 2003, 2018). Rent konkret i den vårdande akten ser vårdaren patienten som sin medmänniska och därför vill göra det goda för patienten, för den lidande människan (Eriksson, 2001; Eriksson & Lindström, 2007; Lindström et al., 2014).

En patients lidande finns i ett drama som utspelar sig i tre akter (Eriksson, 1994). Vårdaren ser patientens lidande i mötet där patienten lider på varierande sätt och vårdaren uppmärksammar detta på olika sätt. Första akten bekräftar vårdaren lidandet genom en blick, ett ord eller beröring som visar att hen ser patienten i lidandet, vilket ger tröst till patienten. I andra akten ger vårdaren tid och rum och plats för lidandet och vårdaren ser och ger patienten möjligheter till utveckling. I den tredje akten skapar vårdaren en försoning och patienten får en ny insikt om livets oundvikliga verklighet. Här kan lidandet få en mening för patienten när något nytt skapas av det gamla som kan gå vidare, och människan, patienten kan åter finna gemenskap (Eriksson, 2001). En nödvändig betingelse för detta kan vara att vårdaren har goda vanor (dygder)⁴⁴ som ansvarsförpliktelser, kärlek, tillitsfullhet, empatisk förmåga,

⁴⁴ Dygd kan definieras som en god vana, enligt Aristoteles.

moralisk integritet och visar respekt för patientens autonomi, integritet, värdighet och grundläggande rättigheter. Genom att studera den vårdande akten kan förståelse för vad som är vårdande i den specifika kliniska situationen medföra en djupare förståelse av verkligheten.

I en vårdande akt ges löfte om vårdande till patienten, den lidande människan. Vårdaren ska kunna möta en människa, lindra lidandet och hjälpa patienten att vara människa (Eriksson, 2003, 2018) i en kärleksgärning (Sivonen & Kasén, 2003). En professionell vårdare har valt sitt yrke av intresse och vilja att hjälpa en annan människa, men också genom utbildning lärt sig att vårda. En professionell *naturlig* vårdare⁴⁵ har däremot genom sin utbildning lärt sig att utveckla sin ursprungliga och naturliga förmåga att vara vårdande och därmed utvecklat det som är oss givet. Att vara naturlig innebär att vara spontan och frimodig i sin hållning (von Post, 2003). I vårdandet finns en förståelse för människors rätt till att bli värdigt och aktningsfullt bemötta (Edlund, 2003). Genom vårdarens vårdande handlingar visas respekt och värdighet för medmänniskan (Edlund et al., 2013). Med avseende på vårdarens vårdande handling ska vårdarens kompetens (innefattande teoretisk kunskap, erfarenhet och moraliska dygder såsom goda karaktärsdrag), äkthet och varsamhet tydligt visa och uppfylla följande nödvändiga villkor: respektera patientens integritet, värdighet och autonomi⁴⁶ och tillgodose patientens önskan eller behov av vård och omsorg (Ljungquist & Barbosa da Silva, 2002). När den vårdande akten ses som en moralisk aktivitet eller handling, är moralisk motivation en nödvändighet. Goda vanor som motivationsfaktorer kan hjälpa vårdaren att intuitivt och automatiskt välja den rätta vårdande handlingen t.ex. när moraliska principer kolliderar med varandra och vårdaren måste, trots allt, handla för att skydda patienten eller för att lösa ett etiskt dilemma (Barbosa da Silva, 2009; Goleman, 2002).

⁴⁵ Eriksson skiljer mellan professionell (formell) naturlig vård och naturlig (informell) vård. En professionell vårdare har en utbildning vilket inte en naturlig vårdare har.

⁴⁶ I betydelsen av både självbestämmande- och medbestämmanderätt.

Gärning

Gärning begränsas från termer och begrepp som definitionsmässigt inte finns i vårdsammanhang. Att begreppet gärning valts i stället för handling är för att gärning är ett ursprungsbegrepp i vården (barmhärtighetsgärning) och som säger mer än en handling. En handling är något som en person utför. Aristoteles (2004) menar att handlingar betraktas som uttryck för någonting bakomliggande, såsom en avsikt eller mening. En god handling är en god gärning. En god gärning kan vara för sitt syfte så utfört, att det är en gjord gärning, med tanke på en handlingens moraliska beskaffenhet (Gärning, SAOB) vilket innebär att en god gärning kan vara en moralisk god gärning. Gärning är en handling, gärna i förhållande till människor eller samhälle av mer konkret slag (Gärning, Nationalencyklopedin). Ordet gärning kan förstås som uttrycket i själva gärningen (någon gång bl. a. i gärningen), i själva verket. Gärning i uttrycket att något är en gjord gärning, något är så väl och ordentligt gjort att det inte behöver göras om. Gärning kan även stå för sysselsättning såsom syssla, göromål: tjänst, kall.

Ordet *gärningar* kan ha olika betydelse i olika discipliner och kontexter. I vardagligt tal kan gärningar benämnas som en vacker, ädel gärning eller prisvärda gärningar, du gör (l. det vore) en (verkligt) god gärning. Hon var i alla sina gärningar ett föredöme för sin omgivning: fattig på gärningar eller rik på ord. Gärning kan även innebära att visa sitt intresse, sin tacksamhet i gärning. Att bevisa sitt eget sinnelag med ord och gärningar: ångra sin gärning eller svara för sina gärningar. I kristendomen förekommer ofta ordet gärning som barmhärtighetsgärning. Gärning kan beteckna handlingens beskaffenhet, upphov till den vars föredöme eller på vars bud, i enlighet med vars vilja handlingen görs. Gärningar kan även uttryckas i negativa termer eller gärningar som inte är goda. Gärningar som inte är goda, handlar mer om moralisk förkastlig (Gärning, SAOB).

Synonymer som förekommer till ordet gärning är handling, dåd, verk, akt: bedrift, prestation: syssla, verksamhet, arbete, göromål, värv (Strömberg, 1994), åtgärd, göra, sysslor, sysselsättning, kall, förrättningar (Strömberg, 1994). Gärningar är i detta

sammanhang synonymt med handling (Gärning, SAOB).⁴⁷

En gärning säger inget om att det är en god eller inte. I en *caritativ vårdteori* är goda gärningar det eftersträvansvärda, då goda gärningar leder till det sanna, det goda och det sköna. Men, gärningar kan även vara icke goda även inom vården och då vara onda, skadliga eller värdeneutrala. Betydelsen av begreppet gärning kan, enligt ovan, vara handling, verksamhet eller action. Tidigare ansågs det sociala omhändertagandet vara en kristen barmhärtighetsgärning, ingen skillnad gjordes avseende människor som var fattiga, barn och gamla eller personer som var fysiskt eller psykiskt sjuka. Barmhärtighetsgärningar i vården kallades den ursprungliga benämningen av handlingen, gärningen i en vårdande akt (Honkavuo, 2014; Kasén, 2002). Vårdande gärningar var även ett kall hos sjuksköterskan under 1800-talet (Nightingale, 1859). I vårdvetenskapen talas ofta om vårdande handlingar (Söderlund, 2004). Kärlekens gärningar i professionen som vårdare kan beskrivas som människokärlekens logik (Alvsvåg, 2017). I en kärleksgärning, i en *caritativ vårdteori*, präglad av caritas, i den vårdande akten, möter vårdaren patienten, som människa, vars syfte är att lindra lidande (von Post, 2003).

Handling

Definitionen av begreppet handling kan vara hanterande av något, ett sätt att sköta eller behandla något. Även hantering, mellanhavande, gemenskap, beröring och umgänge. Handla innebär vad man sysslar med eller har eller har haft för händer, som kan vara en angelägenhet, ärende, företag, eller sak: syssla, göromål: stundom: tilltag. Begreppet handling kan även innebära förhållandet eller händelsen av att någon handlar eller utför något eller att något utförs av någon, handlande: vad som utförs eller blivit gjort, gärning, verk: i sig även sammanfattande: handlande, verksamhet: jämför akt, bedrift, dåd: ofta samordnat med eller motsatt: tanke, ord (Handling, SAOB).

⁴⁷ *Deed, act, action*: bedrift *achievement*, verksamhet *work*: kall *duties (pl.)*, få sina gärningars lön *meet with one's [just] deserts*, berömliga gärningar *distinguished services*, ... efter fullbordad gärning *after the accomplished deed: after the performed action*). Se SAOB, gärning. Gärningar inom vårdvetenskapen såsom den är formulerad vid Åbo Akademi motsvaras av det engelska ordet *deeds* (Lindström et al., 2014; Näsman, 2010; Wallinvirta, 2011).

Handlingen kan vara ädel, god, skamlig, dålig, ond, föraktlig, ovärdig, nedrig, djärv, feg, egenmäktig, brottslig, lagstridig, olaglig, rättsvidrig eller straffbar. En handling kan också innebära redlighet i ord och handling.. En handling utförs, man kan även omsätta en idé i handling eller skrida till handling. En handling kan vara av hämnd, av nåd, av rättvisa. Handling betyder också svara för, vara ansvarig för, göra räkenskap för sina handlingar och bedöma någon efter hans handlingar (Handling, SAOB).

Handling finns även i uttrycket ställa i verk(et) och handling, med avseende på verkställa eller fördrag och bekräfta, och även i mer eller mindre psykologiskt eller filosofiskt språk. Även aktiv verksamhet av vilket slag som helst (t.ex. av organ, själsförmögenhet osv.). Om (utslag av) verksamhet på grund av medvetna motiv och fritt beslut, motsatt: händelse. Inre handling, som försiggår inom själen (tex. begär, omdöme, beslut), motsatt: yttre handling. En sedlig handling eller förståndets handling vid tänkandet (Handling, SAOB).

Enligt Geijer (1810) i SAOB, är den moraliska handlingen en handling i sin högsta bemärkelse: den har sitt enda mål inom sig själv eller den är en viljeyttring (som bestäms av fritt val mellan olika motiv). Den är alltså en valhandling eller handling i egentlig bemärkelse även i mimisk handling, min- eller åtbördsspel, aktion, i allmänhet i fråga om skeende eller händande (Handling, SAOB).

Synonymer till handling som kan relateras till en vårdhandling är 1) verk, gärning, dåd, aktion, åtgärd 2) händelse, händelseförlopp, innehåll, story, action, motiv, intrig, röd tråd (Handling, Synonymer), men även företag, röd tråd och förlopp (Strömberg,1994). En *vårdande handling* benämns också *vårdhandling* (Lindström, 1987; Wallinvirta, 2011; Bergbom, 2013) eller *vårdaktivitet* (Lindström, 1987), som *kliniskt vårdarbete* (Lindwall, 2004; Lindwall & von Post, 2008; von Post 2003; Watson, 2012), *omvårdnaden*,⁴⁸ *omvårdnadsåtgärder* och *omvårdnadshandlingar* (Karlsson, 2012).

⁴⁸ Även hos Nightingale, (1859).

Vana

Vana är ett sätt att förhålla sig (i en viss situation) eller att bete sig som har kommit att läras in, av någon, genom ständig upprepning och som i liknande situation naturligen kommer att användas utan särskild ansträngning eller eftertanke. Vanans positiva betydelse är erfarenhet. Enligt Aristoteles (2004) ger en god handling en vana om den upprepas (Vana, Nationalencyklopedin).

Vanor inom vården kan vara en handling som utförs regelbundet. I betydelsen bra vanor är bra att ha, av födseln och ohejdad vana (Vana, SAOB). Vanan i en vårdande akt kan vara i betydelse omedveten vana (*habit*) eller medveten vana (*practice*) eller såsom sed[vana] (*custom*). Som vedertaget bruk (*usage*), erfarenhet (*experience*), färdighet (*practice*), förtrogenhet eller rutin (*accustomedness*) (Van, SVEENG).

Synonymt med vana, som är relevant, i ett vårdvetenskapligt perspektiv ses rutin, sed, bruk, tradition: slentrian: erfarenhet, sätt, förtrogenhet, praktik, övning, färdighet, benägenhet. Synonym för vana kan även vara bruk, sed t.ex. av gammal vana, ha för vana.⁴⁹

Med vana⁵⁰ avses en handling som utförs regelbundet där vanan kan vara medveten eller omedveten. En god vana avses här vara en god gärning som upprepas och återkommer där vårdarens karaktärsdrag framstiger eller visar sig i förhållningssättet eller beteendet samt i de goda gärningar vårdaren gör, ibland som en rutin i en vårdande akt. (Vanen kommer att i fortsättningen delvis ses ur Aristoteles synvinkel för att vanan kan vara ett karaktärsdrag). Vanor tycks ha olika betydelser och kan formuleras i att ha en vana att vara van vid, vanan

⁴⁹ Se vidare vana i Dictionary, Sensagent.

⁵⁰ 1) egenskapen som förhållandet att vara van, (lång eller gedigen) erfarenhet (av något), därför (god) förmåga att klara av eller handha eller utstå detta. Också det man har erfarenhet av, dels något vardagligt i uttrycket ha vanan inne, vara van, besitta den rätta färdigheten eller 2) ett beteende som man vant sig vid eller gärna och omedvetet upprepar eller endast ovilligt avstår ifrån. Man kan värdera vanan som god eller dålig, som anger vem som har vanan. Vanan kan vara gammal eller väl etablerad och som anger vari vanan består. Det är inte så lätt att bryta en sådan vana, att någon handlar i enlighet respektive strid med sin vana; även i användandet. Att något görs (enbart) på grund av att man har det som vana och utan begrundande eller eftertanke. Vanans makt (är stor). Om förhållande som man är van vid och som därför utgör norm eller normaltillstånd. Även om vars bruk lätt blir till fast vana (Vana, SAOB)

av att, ha som vana att inte ha en vana att, dvs. sakna vanan (då det inte ger en ovana) och ha en ovana att, vara ovan vid, ovanan av att, ha som ovana att inte ha en ovana.

Ovana

En ovana kan vara ett dåligt eller felaktigt, inlärt sätt att bete sig i viss typ av situationer. Ovana kan även beskrivas som bristande erfarenhet av viss situation eller handling⁵¹ (Ovana Nationalencyklopedin). Dåliga vanor är vanor som anses (moraliskt) fördärvliga enligt vissa normer (Vana, Nationalencyklopedin). Synonymt med ovana och som är relevant i relation till vårdandet är: oerfarenhet, oträning, ringa övning, även oskick, olat, fel, dålig eller ful vana, osed (Strömberg, 1994). Bristande erfarenhet, oerfarenhet, orutin, brist på övning, oträning eller oart, fel, last (Synonymer, ovana; Ovana, SAOB). En ovana anger en brist och kan ses som dålig vana, elak vana, ful vana eller oskick. Ovanor kan även vara gamla inbitna ovanor (Ovana, SAOB).⁵² Enligt Aristoteles ger en upprepad ond handling, dvs. när en handling som inte är god, en ovana när den upprepas, och blir då en last, för den som utför handlingen (Aristoteles, 2004).

Utifrån ovanstående begrepp fastslås att vanor, ovanor och gärningar studeras så som karaktärsdrag och handlingar hos vårdarna i en akt, i ett etiskt perspektiv. Synonymt med gärning finns både *handling* och *akt*. Enligt Aristoteles är en vana ett karaktärsdrag eller karaktärsegenskap, en dygd där karaktär, tanke och handling hör samman och även viljan har en viss betydelse (Aristoteles, 2004). Definitioner och synonymer av begreppen gärningar, vanor och ovanor visar vissa relationer mellan begreppen som kan förstås ur ett vårdvetenskapligt perspektiv. Det goda är både ett mål och ett medel, karaktär, tanke och handling och olika kunskapsformer samt olika förhållningssätt mellan människor, ansvar, beröm och klander. Människan känner först till vanan, därefter får människan en förmåga att utföra den och slutligen gör människan den goda vanan, som då kan bli en moralisk

⁵¹ Exempelvis *seglingsovana*

⁵² Ovana som brist på vana (*unaccustomedness*), vid (*to: lack (want) of practice*), vid (*with*), ful vana (*bad, objectionable habit*), bristande förtrogenhet (*unfamiliarity*)... att inte vara van (*unaccustomed, unused*) vid (*to*), oerfaren (*inexperienced*) om t.ex. anblick eller uppgift (*unfamiliar*) eller oövad (*unpractised, inexpert, untrained*). Det är en ovana hos mig att... (*it's a bad habit of mine that...*). Se SVEENG.

dygd (Aristoteles, 2004). En gärning kan innehålla en ovana som är moraliskt förkastlig och då är/blir gärningen inte god.

Termerna att vara ovan vid eller vara van vid att göra något behandlas inte i avhandlingen eftersom det inte ses som motsats till vana eller ovana av att handla på ett visst sätt. Ovanor innebär i avhandlingen motsats till goda vanor.

Karaktärsdrag

Begreppet karaktärsdrag har relevans för vad vårdaren *är* i relation till vad vårdaren *gör* (eller inte gör) vilket framträder i handlingar, vanor och ovanor. Det (nuvarande) svenska uttalet gör det troligt att ordet är franskt lån, från franskans, *caractère*: ytterst av latinet. Karaktär i fråga om person: karaktärsteckning, karakteristik. Karaktärsdrag är framträdande egenskap som ingår i en persons karaktär. Exempelvis ett tilltalande karaktärsdrag (Karaktärsdrag, Nationalencyklopedin). En person kan vara karaktärsfull vilket innebär att han eller hon har en fast eller utpräglad karaktär. Man kan även ha en karaktärsdanande uppfostran eller moralisk karaktärsdaning även vara en karaktärsfull och medveten person. Karaktärskraft är en karaktärsstyrka. Man kan ha en karaktärsläggning och sinnesinriktning. Man kan även vara karaktärlös, dvs. som saknar karaktär: som är utan (moraliska) principer eller som saknar fast karaktär: hållningslös eller som saknar (dramatiska) karaktärer (Karaktärsdrag, SAOB).⁵³ Synonymer till karaktärsdrag är: karaktärsegenskap, utmärkande egenskap, särdrag, kännetecken eller kännemärke (Karaktärsdrag, Synonymer). I det följande ska ordet karaktärsdrag användas i betydelsen en karaktärsegenskap eller karaktärsstyrka.

⁵³ En karaktärsskådespelare är en skådespelare som utför karaktärsroller. Man talar även om karaktärsstyrka och karaktärssvag, dvs. som har en svag karaktär. Se SAOB, karaktärsdrag.

Tillägnelse

Tillägnan som substantiv förstås som det att tillägna någon något (Tillägna, Nationalencyklopedin) med avseende på ord, idé, tanke, kunskap, färdighet och dylikt: ta till sig, lära sig, tillgodogöra sig: även med avseende på vana och dylikt: lägga sig till med. Det innebär även det som någon tar till sig, lär sig, göra något till sitt eget, till sin tillhörighet: ta någon till sig. Tillägna i betydelsen avseende på person: ta till sig, ta hand om de sina och därmed införliva i gemenskap, medlem, om handlingen att tillägna sig något. Som tillägnande dvs. tillgodogörande: särskilt i uttrycket tillägnan av något, om handlingen att tillägna sig något: förvärvat: särskilt i fråga om (djupare: andlig) kunskap, insikt och dylikt särskilt i uttrycket tillägnelse av något. Man måste tillägna sig goda handlingsvanor, som stabiliseras och blir en andra natur, i fråga om kärlek gällde en annan kunskap än den man kunde tillägna sig i böcker, om handlingen att tillägna sig ngt, tillägnande: tillgodogörande: särskilt i uttrycket tillägnan av ngt. (Tillägnan, SAOB).

Synonymt med tillägnan finns dedikation, tillskrift, påskrift (Tillägnan, Synonymer), och tillägnelse synonymt med förvärv, tillägnan (Tillägnelse, Synonymlexikon).

I den *caritativa vårdteorin* används tillägnan som något som ges till patienten i en vårdande akt, men för att kunna göra detta krävs att vårdaren förstår patientens situation och har tillägnat sig kunskap. Denna kunskap omsätts i en vårdande handling som tillägnas patienten. När vårdarens vårdvetenskapliga kunskap blir evident och så att säga ses och upplevs blir tillägnandet synliggjort (Eriksson, 2003). Eriksson (2018) skriver att i tillägnelsen finns ethos som är en naturlig medfödd egenskap hos en människa enligt den gamla grekiska naturfilosofin (ca 400 f.Kr.). Den människa som har tillägnat sig detta ethos utstrålar kärlek och är hemma i sitt eget liv. Hon bär på en frihet, en naturlig värdighet och är bl.a. ansvarig för människan i ett *arête* där hon har en vilja att göra det bästa (Eriksson, 2018). Att ha tillägnat sig ett *arête* är att handla av hela sitt hjärta enligt Martinsen och Eriksson, (2009) och göra det goda (Eriksson, 2018).

Sammanfattning

Med gärning avses en handling, som benämns gärning i en akt och kan vara både en god vana eller ovana. En gärning kan även vara en handling som varken är en god vana eller ovana. I vanan finns goda gärningar. Med en god vana menas här en god gärning som upprepas av vårdaren och som visar att vårdaren har goda karaktärsdrag, vilka kommer till uttryck i gärningar, dvs. vad vårdaren gör eller som en rutin i en vårdande akt. En ovana innebär en brist på en god gärning eller god vana eller oerfarenhet eller dålig gärning, som upprepas av vårdaren och som visar att vårdaren saknar eller inte har goda karaktärsdrag, vilka kommer till uttryck i gärningar, dvs. vad vårdaren gör eller som en rutin i en akt. En vårdande akt innebär i föreliggande forskning vårdande gärningar där vårdhandlingar, vårdande handlingar och vårdaktiviteter utförs utifrån förståelsen av den lidande människans vårdbehov och specifika situation. I den vårdande akten blir vårdarens värdegrund synlig i hur vårdaren är och gör. Goda och vårdande gärningar där vårdande handlingar och aktiviteter utförs utifrån förståelsen av den lidande människans vårdbehov och specifika situation sker i en vårdande akt. Med handling menas här en god eller dålig handling, dvs. en god eller dålig gärning. Handling används alltså primärt synonymt med gärning. En vårdande handling eller vårdaktivitet förstås i avhandlingen som en god gärning och god handling. Tillägnet innebär att vårdarens vårdvetenskapliga kunskap blir evident och upplevs av patienten.

Tidigare forskning

I detta kapitel beskrivs en systematisk sökning av litteratur och tidigare vårdvetenskaplig forskning som behandlat gärningar, vanor, vårdande akt och karaktärsdrag. Avsikten med översikten är att dels redogöra för den kunskap som forskningen bidragit med, dels redovisa aktuella kunskapsbrister. Inom vårdforskning finns mindre känd kunskap om sjuksköterskan och distriktssköterskan i vårdandet, avseende karaktärsdrag, och vårdande handlingar (Barbosa da Silva, 1995; Ljungquist & Barbosa da Silva, 2002; Näsman, 2010; Sellman, 2011). Det har dessutom varit svårt att finna studier som inkluderat undersköterskor och vårdbiträden, trots att dessa har en stor betydelse för vårdarbetet inom hemsjukvården. I kommande kapitel redovisas litteratur och aktuell vårdforskning avseende karaktärsdrag, gärningar, vårdhandlingar och vanor samt ovanor framförallt hos sjuksköterskan men även hos vårdare i olika kontexter, och i hemsjukvården.

Litteratursökningen genomfördes under flera perioder från hösten 2010 till våren 2017 tillsammans periodvis med en bibliotekarie. Aktuella sökord som använts var: *caring, nursing, ethics, virtue, home health care, trait of character, deeds, habit*. Det har även sökts på olika varianter av synonymer och liknande begrepp av ämnesorden och kombinationer av dessa såsom *community health nurse, good nurse, character, home care, district care, caring action, caring activities* och *working habit*. Sökningen har begränsats till perioden 1980–2017. Databaser som använts var Nelli, Medline och Cinahl. Träffar på de använda sökorden, i olika databaser har resulterat till begränsningar av sökord till vårdteoretisk litteratur.

Karaktärsdrag och goda gärningar

Sjuksköterskans karaktärsdrag

För att vara sjuksköterska, har det i tidigare omvårdnadslitteratur framkommit att vissa förtjänstfulla karaktärsdrag eller dygder behövdes. Att vara en god sjuksköterska (*the good*

nurse) betonades av Nightingale och sjuksköterskprofessionen sågs framförallt som ett kall. Utmärkande drag hos sjuksköterskan var godhet, renhet, trohet och lojalitet. Övriga attribut från tidig etisk litteratur avseende sjuksköterskans funktion var även att sjuksköterskan skulle vara ödmjuk, lydig, uthållig, självbehärskad, anspråkslös och underordnad (Nightingale, 1969).

Från 1944 fram till mitten av 1960-talet framhölls i litteraturen att sjuksköterskan borde ha respekt för auktoriteter (särskilt inom medicin), vara pliktrogen, finkänslig, mild och inta en undergiven hållning, visa lojalitet och renhet. Att vara sympatisk, visa medlidande och emotionellt engagemang sågs snarare som en svaghet hos sjuksköterskan (Beagly, 2010).

Förtjänstfulla karaktärsdrag hos sjuksköterskan beskrevs under 1970-talet av olika omvårdnadsteoretiker såsom Travelbee (1971), Rawnsley (1980), Leininger (1981) och Burnard, (1988). Följande egenskaper hos sjuksköterskan var viktiga: tillitsfullhet, samvetsgrannhet, kompetens, engagemang och medlidande (Blustein, 1991; Ford, 1981; Patistea, 1999; Rawnsley, 1980; Roach, 1984). Sjuksköterskans unika relation till patienten och omvårdnad utgår till stor del från karaktärsegenskaperna medlidande, samvete, förtroende och engagemang (Tschudin, 1992). I vårdrelationen skulle sjuksköterskan vara stödjande, kunna kommunicera, påverka och äga en vårdande förmåga (Clarke & Wheeler, 1992).

Scott (1995) skriver att sjuksköterskan ska försöka sätta sig in i patienters behov och position och att detta är viktigt för att kunna tillmötesgå patientens behov. Att vara äkta i sin förståelse av den andre är centralt i sjuksköterskans roll (Barnum, 1998).

Dygder kan vara goda vanor och begreppet lyfts fram av Pellegrino (1995) som betonade vårdare-patient-relationen. Följande sju basdygder ansågs ha betydelse för den professionella relationen: trohet, tillit och löfte, välvilja, utplånande av eget intresse, medlidande och vårdande, intellektuell ärlighet, rättvisa och klokhet. Andra dygder kan

tilläggas men blir varianter av dessa dygder. De sju dygderna grundar sig på medicinska områden som en aktivitet eller handling hos vårdaren (Pellegrino, 1995).⁵⁴ Sellman (1997) nämner anpassningsbarhet, observerandet och noggrannheten som viktiga dygder, medan Fowler (1997) dessutom anger modet, medkänslan, kompetensen, integriteten, rättvisan, vänligheten, kärleken, lojaliteten, toleransen, förtroendet, förståendet, välviljan, hängivenheten, plikttrogenheten, ärligheten, kunnigheten, klokheten, yrkesskickligheten, läraktigheten, måttfullheten, förståndigheten och sannfärdigheten.

Under 2000-talet har önskvärda dygder hos sjuksköterskans åter influerats av det klassiskt grekiska filosoferna, framförallt Aristoteles och dygder hos sjuksköterskan ses som *an excellence of character or intelligence* (Beagly, 2010).

Att göra ett gott arbete som sjuksköterska kräver både rätta värderingar och vissa dygder, och sjuksköterskans arbete ska präglas av respekt, empati, medlidande, intellektuell uppriktighet, altruism och vårdande samt ansvar. Framförallt är det, i likhet med Smith och Godfrey (2002), uppriktighet och integritet, som kännetecknar sjuksköterskan i att både vara god och göra det goda, dvs. sambandet mellan karaktärsdrag och handling.

Armstrong (2007) anser att sjuksköterskan bör skapa en god hjälpande relation som kännetecknas av medlidande, mod, respekt och tålamod. En sjuksköterska bör ha vissa personliga kvaliteter såsom *self-awareness*, *self-reflection* och *interpersonals skills*. I en studie som använde Delphimetoden ställdes följande fråga: *What is it to be a 'good' mental health nurse?* Svaret blev att sjuksköterskan borde ha (a) *practical skills*, (b) *clinical experience* och (c) *moral qualities* (Armstrong, 2007, s. 23). Andra dygder som framhålls som

⁵⁴ Denna aktivitet eller handling i den läkande relationen utgår från sjukdomen, då människan blir patient, ifrån yrkesprofessionen hos vårdaren, där kunskapen etableras i patientens intresse och den läkande och hjälpande processen (Pellegrino, 1995).

betydelsefulla är omtanke, respektfullhet, förtroende, rättvisa, mod och integritet (Banks & Gallagher, 2009).

Beagly (2010) anser att en god sjuksköterska står för (Four A:s), *advocacy* (försvara patienten), *autonomy* (vara självständig), *accountability* (ansvarsfullhet) och *assertiveness* (bestämmdhet). Till dessa egenskaper kopplas intellektuella, emotionella förmågor och moraliska dygder så som goda karaktärsdrag. Till de moraliska dygderna hör bland annat moraliskt mod, integritet, rättvisa, ärlighet, sannfärdighet, plikttrogenhet och pålitlighet. När sjuksköterskan uppträder som god kan det grundas i sjuksköterskans dygder. Enligt Beagly (2010) ses dygder såsom goda karaktärsdrag, kvaliteter eller dispositioner/förmågor.

Mod är en moralisk dygd som sjuksköterskan bör äga för att kunna utföra etiskt handlande. Det är absolut nödvändigt att utveckla modet bland sjuksköterskor och därmed förbereda dem för etiska, kreativa åtgärder och ytterligare utveckling av professionell omvårdnad i praxis. Mod är ett ontologiskt begrepp, en egenskap i en etisk akt och även en skapande förmåga (Lindh, Barbosa da Silva & Severinsson, 2010). En vårdare som har *caritas* visar en mänsklig grundhållning som inbegriper ansvar, klokhet och mod (Eriksson & Bergbom, 2017). Sellman (2011) menar att det finns dygder som är mer eller mindre viktiga hos sjuksköterskan, men de absolut viktigaste dygderna är trovärdighet/tillförlitlighet (*trustworthiness*) och öppenhet/öppet sinne (*open-mindedness*), utöver anpassning, observerande och noggrannhet. Dygder som en god vårdare bör äga är kärlek, ansvar, kunskap, ett gott sinne, trygghet, mod, lyssnande, hänsyn, rättvisa, en viss personlighet och medlidande (Benner, 1984; Bishop and Scudder, 1990; Donley, 1991; Näsman, 2010; Patistea, 1999).

I en studie om sjuksköterskors och sjuksköterskestudenters karaktärsdrag framkom att deras dominerande drag var av en omtänksam natur, dvs. de visade empati och altruism (Eley, Eley, Bertello & Rogers-Clark, 2012). De sjuksköterskor som deltog i studien fick svara på frågan vilka egenskaper som gör en bra sjuksköterska. Svaren handlade framförallt om att

finnas till hands. Att inte vara en bra sjuksköterska innebar en ovilja, eller förnekande snarare än oförmåga (Eley et al., 2012).

En sjuksköterska bör vara både duktig (kompetent) och etisk (moralisk, rättfärdigad) i praktiken (Pang, Wong & Yahario, 2012; Smith, & Godfrey, 2002). En annan studie fann att en bra sjuksköterska var engagerad i patienterna, hade erfarenheter och de karaktärsdrag som positivt påverkade patienternas hälsa och välbefinnande (Pang, Yahiro, & Chan, 2009).

Chen et al., (2010) har i en studie med 472 patienter som hade kroniska sjukdomar lyft följande egenskaper hos sjuksköterskan: att vara tålmodig, ansvarig och försiktig. De andra topp tio viktigaste karaktärsdragen var vänlighet, omtänksamhet, entusiasm, uppriktighet, uppmärksamhet och att vara flitig (Chen et al., 2010).

Chen och Hsu (2015) beskrev termen GNT (*good nurses traits*) som ett paraplybegrepp och användes för att hänvisa till naturliga mänskliga och personliga kvaliteter, dispositioner, egenskaper eller attityder hos sjuksköterskan.

Sjuksköterskans vårdhandlingar

Enligt Nightingale hade sjuksköterskan vissa förpliktelser gentemot läkaren (Nightingale, 1969). Dessa förpliktelser var att tjäna i kärlek och brödraskap men förpliktelserna var även påverkade av den militäriska modellen av lojalitet och åttlydnad (Altun, 2008). Forrest (1989) lyfter fram vårdandet i en studie där närvaro, både mentalt och emotionellt är viktigt. Förmågan att sätta sig in i patientens situation är centralt i vårdandet. Det handlar även om förmågan att lära och berätta och "vara med" snarare än "göra" för patienten.

Andra vårdteoretiker, såsom Leininger (1988, 1991), framhåller istället medlidande, förtroende, att bry sig om, närhet och närvaro som viktiga i vårdandet. Paterson och Zderad (1988) lyfter fram medvetenhet, tillförlitlighet och den emotionella aspekten och

anser att lyssna, förstå och vara med en annan person, är betydelsefullt. Watson (1988) betonar interpersonella relationer i sina tio caritative faktorer i humanistisk-altruistiska värden: förmedla tro och hopp; utveckla en känslighet för det egna jaget och andras; utveckla en förtroendefull relation; främja och acceptera positiva och negativa känslor; ett systematisk användande av problemlösande forskningsmetoder för beslutsfattande; främjande av lärande; främjande av stödjande, skyddande och eller förbättrande mental, fysisk, sociokulturell och spirituellt miljö; assistera för mänskliga behov; underhålla existentiella styrkor. Både Morse (1996) och Chipman (1991) anser att sjuksköterskan bör förmedla tröst och kunna ge av sig själv och möta patientens behov.

Medmänsklig kärlek till patienten framhålls som viktigt av flera vårdforskare (Campbell, 1984; Clarke & Wheeler, 1992; Patistea, 1999; Watson, 1988, 2012). Benner (1984) betonar betydelsen av intuition och ser den som en förutsättning för att vara expert. Att lyssna, kunna förstå och sätta sig in i patientens situation kom alltmer att vara betydelsefullt hos sjuksköterskan under 1990-talet. Forskning i sjuksköterskans vårdande började bli allt viktigare för att verkligen kunna se vårdandets varianter och vårdandets tradition (Eriksson, 1992). I USA fick "kallet" under 1950-talet stå tillbaka för en annan professionalism då sjuksköterskor började utbilda sig till en mer patientcentrerad vård med fokus på grundläggande omvårdnad. Under 1960-talet skrevs boken *Ethics for nurses* som mer handlade om etikett än etik (Beagly, 2010), men engagemang sågs som det centrala för sjuksköterskan (Vaillot, 1962). Det var viktigt att kunna ge av sig själv och verkligen genuint bry sig om en annan människa vilket flera andra forskare ansåg som betydelsefullt (Blustein, 1991; Ford, 1981; Rawnsley, 1980). Det som var viktigt hos sjuksköterskan var att kunna lyssna, kunna beröra och att hon kan ge en individanpassad vård enligt Ford (1981) och Larson (1984, 1986, 1987).

Det viktiga är att lyssna, trösta, vara ärlig, äga tålmod, besitta ansvar, ge informerat samtycke, beröra, visa känslighet, respekt och att tilltala patienten vid namn (Wolf, 1986). För Gaut (1986) är vårdandet en mänsklig aktivitet och en aktiv process som är hjälpsam

och som stöder förmågan till självhjälp.

Enligt Gerrity (1987) är mening och det intuitiva värdet av vårdandet av betydelse. Hur man använder sin intuition genom sunt förnuft, i sin känsla för prioriteringar samt anpassningsbarhet framkom i en studie av Benner och Tanner, (1987). Swanson (1991) ansåg följande fem "processer" vara viktiga för sjuksköterskan: a) känna till individens mening med livet, b) vara tillgänglig, c) ingripa när patienten inte själv kan d) möjliggöra e) stödja tron. Att verkligen känna patienten, lyfter även Rittman et al., (1997) fram i en studie.

Under 1990-talet handlade det mer om sjuksköterskans engagemang i relationen till patienten, än empati, vilket framförallt Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien och Solberg (1992) lyft fram. Det gör däremot inte Patistea (1999) som menar att både empati och sympati kan, för sjuksköterskan, vara ett instrument som underlättar både lärandet och kommunikationen med patienten och därmed ökar förståelsen för patientens lidande.

Smith och Godfrey (2002) menade att vara en god sjuksköterska och göra det rätta kan sammanfattas i sju kategorier.⁵⁵ Dessa kategorier är: en personlig karaktär, professionell karaktär, kunskap, att vara patientcentrerad, kunna vara patientens "advokat" och ha ett kritiskt tänkande och analytiskt reflekterande samt patientomsorg. O'Connel och Landers (2008) visade i sin kvantitativa studie inom en irländsk intensivvårdsmiljö att både sjuksköterskor och anhöriga värdesatte teknisk kompetens, de altruistiska och de

⁵⁵ 1. *Personlig karaktär* dvs dygder – hur han eller hon egentligen är t.ex.förmågan att visa omsorg, medlidande, respekt och att kommunicera, lyssna osv. 2. *Professionell karaktär* dvs hur man är relaterad till de etiska koderna, var och ens egen filosofi av att vårda, vara professionell i sin roll. 3. *Kunskap* dvs alla fakta, information och skyldigheter som krävs för att vara kompetent eller kunna avgöra när patienten behöver hjälp. En professionell kunskap och en situationsbunden kunskap. 4. *Patientcentrerad* dvs patienten ska komma i första hand. 5. *Advokat* dvs kunna föra patientens talan och kunna ge support. 6. *Kritiskt tänkande och analytiskt reflekterande* dvs att fatta rätt beslut och evaluera. Se både förpliktelser och rättigheter med patienten. 7. *Patientomsorg*. Att kunna ge en trygg och kompetent omvårdnad. Kunna kommunicera och undervisa och kunna se varje patients specifika behov. Att kunna ge en holistisk omsorg till både patienten och familjen.

känslomässiga aspekterna av omsorg, högst.

De viktigaste funktionerna av vårdkvalitet, från patienters och närståendes perspektiv, var inte tekniska aspekter av omsorg utan interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten och samtidigt kunna ge omvårdnad av god kvalitet (Attree, 2001). Sjuksköterskans omvårdnad beskrevs som att den bör vara individualiserad, ha patienten i fokus, humanistisk och sjuksköterskorna bör vara engagerade och berörda. Däremot beskrevs sjuksköterskans sämre omvårdnad bland annat som rutin, när relationen saknas, omvårdnaden sker på ett opersonligt sätt och att inte involvera patienterna i omvårdnaden (Attree, 2001).

En bra sjuksköterska visar oro för sina patienter, vårdar dem effektivt, uppmärksam och främjar därmed deras välbefinnande (De Araujo Sartorio & Pavone Zoboli, 2010). I den dagliga vården av äldre personer finns möjlighet att möta patienten med en individuell värdig och säker vård och att skapa en vårdande gemenskap och närhet (Frilund, Eriksson & Fagerström, 2013).

Karaktärsdrag, vårdhandlingar och gärningar i hemsjukvården

I Finland lyftes krav på hälsosystemens (distriktssköterskans) personlighet fram under 1920-talet. Hälsosystemen skulle vara som hon lär, och det skulle synas i hennes uppträdande och handlingar. Hur hälsosystemen är som människor avgör hur insatsen blir, och om arbetet utfördes som ett kall, så gav det även en inre tillfredsställelse (Hilli, 2007). Gremmen (1999) diskuterade vikten av att sjuksköterskan i hemsjukvård är tillmötesgående, öppen, kan inge förtroende och kommunicera, är ansvarstagande och visar respekt för patientens autonomi (Gremmen, 1999). Öresland, Määttä, Norberg och Lützén, (2011) såg erfarenhet, kreativitet och kunskap som viktigt hos sjuksköterskan i hemsjukvården. I relation till Aristoteles sätt att se på dygder fann Tönnesson, Nortvedt, och Förde (2011) i en studie i Norge att de dygder sjuksköterskan i hemsjukvården bör ha avseende etiska prioriteringar

är dygder som ger en individualiserad och personlig vård, att han eller hon bör vara ansvarstagande och ha en förmåga att vara närvarande.

Enligt Eklund (2013) har vissa så kallade personlighetsdrag betydelse för sjuksköterskans uppgift som företrädare för äldre patienter inom kommunal hälso- och sjukvård. Dessa var vänlighet, att vara känslomässigt stabil, målmedveten, utåtriktad och öppen. För att bedriva god palliativ vård i hemmet bör sjuksköterskan vara uppriktig och ärlig, ett karaktärsdrag som är en förutsättning för att göra det goda, enligt Erichsen, Hadd Danielsson och Friedrichsen, (2010). Liknande synpunkter om god vård i hemmet, framkom i en studie av Buscher, Åstedt-Kurki, Paavilainen och Schnepp (2011). Studien visar att det är viktigt att vårdaren kan skapa förtroende, hålla löften, vara pålitlig, lyssna och vara öppen. För att sjuksköterskan ska kunna ge en god vård vid livets slut till patienter bör sjuksköterskan ha respekt för patientens autonomi, engagemang och mod. Frilund (2013) fann i sin forskning att viktiga faktorer för att den äldres integritet ska kunna skyddas handlar bl.a. om ansvarstagande, respekt och autonomi. Möjlighet för patienten till delaktighet och autonomi skapas genom att aktivt göra den äldre delaktig i sin egen vård, vilket förutsätter aktivt stöd och uppmuntran från vårdaren (Frilund, 2013).

I Öreslands (2011) studie framkom att sjuksköterskan i hemsjukvården ska vara personlig, respektfull, visa autonomi, ha medicinsk kompetens och kontroll, kommunikationsförmåga samt ha förmågan att kunna planera sitt arbete. Även att vara sympatisk, engagerad, visa medkänsla, vara ärlig, ansvarsfull och visa uppmärksamhet är av betydelse. Det innebär att sjuksköterskan ska vara erfaren, kunnig och kreativ (Öresland, 2011). Silfverberg (1996) påvisar att vissa dygder hos hemtjänstens personal kan vara grund för förverkligande av hemtjänstens socialpolitiska målsättningar, vilka är flexibilitet, lyhördhet, dialogisk förmåga och integritet. Värdighet är grunden för allt vårdande, vilket innefattar trygghet, autonomi och förmåga att bevara och respektera patienters och deras familjers integritet (Karlsson & Berggren, 2011). I Engströms (2012) studie framkom att sjuksköterskan ska vara lagom och att vara som en kameleont, dvs. att ha ett flexibelt och anpassningsbart förhållningssätt,

men också vara respektfull, ha erfarenhet, vara lyhörd och ha tålamod.

Vanor i vården

I begreppsförtydligandet framkommer att vanor och ovanor är vad och hur man gör vilket *visar sig* för andra, både patienten, övriga vårdare och närstående. Detta kan tyda på en viss förankring i Aristoteles syn på karaktärsdrag (Aristoteles, 2004). En omvårdnad som är konstruktiv ställer krav på sjuksköterskan som människa, dvs. hennes karaktärsdrag. Karaktärsdrag, såsom vanor, som leder till eller stödjer vårdandet är beteenden från förebilder men även från utbildning som utvecklar känslor och uppfattningar. Detta möjliggör för sjuksköterskan att utveckla *phronesis (practical reason)* genom att ha rätt motiv, i rätt tid, på rätt sätt och vid rätt grad. Från ett aristoteliskt perspektiv (Aristoteles, 2004) är det de dygder (förträffligheten av karaktären) som bör integreras i den goda sjuksköterskans karaktär. Den goda sjuksköterskan kan omvårdnad och utför omvårdnad genuint utifrån sina karaktärsdrag (Scott, 2014). Corbin (2008), och Griffiths (2008) har hävdade att det är viktigt att nå konsensus om vad omvårdnadsfunktionen är, och vad det i själva verket är som är de förträffliga i omvårdnaden, dvs. de anser att karaktärsdrag har betydelse. Griffiths Speed, Horne och Keeley, (2012) visade i en kvalitativ studie med patienter och vårdare att från ett patient- och vårdarperspektiv är teknisk kompetens, kunskap och viljan att söka information viktig, men det är framförallt det medmänskliga, omsorgen i omvårdnadsåtgärderna utifrån en vårdande professionell attityd, som särskilt värderades av patienter (Griffiths et al., 2012). En sådan omvårdnad och attityd uppstår inte automatiskt. Den måste modelleras, läras, arbetas med och stödjas. Från sjuksköterskans perspektiv innebär det att utifrån sina karaktärsdrag, utveckla och skapa vårdande, med andra ord att vara vårdande. Sjuksköterskan måste därför utbildas i detta och stödjas, för att sådana dygder kan utvecklas och som ses som nödvändiga för att vårda. Dygder är uppmärksamhet, fantasifull identifiering, medkänsla och det terapeutiska användandet av jaget (Scott, 2014).

Sjuksköterskor som arbetar i äldreården uppfattade sitt professionella arbete som holistiskt och att de gav en respektfull omvårdnad. Som sjuksköterska handlade det om att: (1)

upprätta långsiktiga relationer, (2) ge omvårdnad utöver tekniska färdigheter och (3) skapa en balans mellan självständighet och en känsla av ensamhet (Carlson, Rämgård, Bolmsjö & Bengtsson, 2014).

Behov är drivkraften för vanor. Arbetsmoralen har betydelse för ovanor som påverkas av hur vårdaren mår och det är viktigt att vårdaren deltar i utbildning (Duhigg, 2014). I hemsjukvården är vårdarna gäster i patientens hem, vilket innebär en ödmjukhet och anpassning till patientens vanor. Det innebär även att ta seden dit man kommer och att låta patienten vara värd (Brännström, Brulina, Norberg, Boman & Strandberg, 2005).

Öreslands (2011) studie visade att sjuksköterskors etik i hemsjukvården handlade om vilken slags person sjuksköterskan bör vara och vad han eller hon ska göra i förhållande till situationen. Sjuksköterskor gick fram och tillbaka mellan en etik av vård, en etik av rättvisa och en dygdetik beroende på situationen (Öresland, 2011).⁵⁶

Företag styrs ofta av inrotade organisationsvanor och mönster som oftast uppstår när tusentals anställda fattar beslut oberoende av varandra. Utan dessa organisationsvanor eller rutiner skulle de flesta företag aldrig få något gjort (Dosi, Nelson & Winter, 2000). I Vårdanalys rapport (2016) är huvudskälen till att förbättringsarbete inte kommer till stånd i hälso- och sjukvården beroende av traditioner och vanor samt starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter. I en studie av Kihlgren (2015) var syftet att beskriva ledarnas erfarenheter om vad som utgjorde en meningsfull vardag för äldre personer som får kommunal vård och de möjligheter och hinder som kan finnas. Intervjuer med nio ledare utfördes och analyserades med kvalitativ innehållsanalys. Resultat visade bland annat att det fanns en möjlighet till meningsfullhet med rutiner som vanor och behoven hos den äldre,

⁵⁶ Syftet med studien var att undersöka hur omvårdnad ges i hemsjukvården med tanke på patienter och sjuksköterskor som tar emot eller ger vård. Eftersom omvårdnad både ges och byggs i sin tur av det sammanhang i vilket det sker, spelar språket en central del i dessa konstruktioner och i denna avhandling. Avhandlingen har väglett av socialkonstruktionism, vilket innebär att de ståndpunkter som patienterna och sjuksköterskorna äger har ansetts som socialt fenomen konstrueras i diskursiva processer (Öresland, 2011)

men med en viss flexibilitet för att säkerställa viss individualitet och möjligheter till spontanitet.

Det beteendemönster (*behavior patterns*) och etablerade vanor som vårdare har, har påverkats av kultur och tradition (Altun, 2008). En moralisk karaktär formas av de handlingar människan utför. För att ha en god karaktär, krävs kunskap om det goda, förmåga att agera på ett moraliskt bra sätt, och ha förmågan och vara benägen till det goda genom utveckling av dygder (Mitchell, 2015). Att som vårdare anpassa sig till olika vårdkulturer är betydelsefullt för att vårdare ska bli accepterade, vilket innebär anpassning till oskrivna vanor och rutiner. Anpassning av vårdarbetet till den rådande kulturen innebär en anpassning till avdelningarnas vårdande praxis och ethos. Ibland måste vårdare agera och handla enligt värderingar som går emot hur de själva skulle vilja agera. Även patienterna anpassar sig till den vårdkultur som råder (Rytterström, 2011). Människan handlar utifrån flera olika traditioner (Rosengren, 2006).

Ovanor i vården

Hinder för goda vanor och avsaknad av goda vanor hindrar ett etiskt handlande (Näsman, 2010). Till yttre hinder hör bland annat organisatoriska faktorer och olika regler, som påverkar arbetet. Det kan vara personalbrist, korta vårdtider och tidsbrist. Till de inre hindren hör vårdarens etiska ställningstaganden och etiska identitet, t.ex. då vårdaren kan uppleva otillräcklighet, brist på kunskap, osäkerhet och oerfarenhet. Även brist på engagemang kan uppstå från för höga krav på rättvisa och rädsla för att bli för privat med patienten. Det kan även finnas oreflekterade uppträdanden eller ovilja att granska hur man själv gör och säger, samt svårigheter med att sätta sig in i andra människors situation. Trots att det finns hinder för etiskt handlande i vården kan vårdarna ändå se de möjligheter som finns för att göra det goda för patienten utifrån vårdarnas egna kunskaper, konstnärliga förmåga och kreativitet (Näsman, Lindholm & Eriksson, 2008).

Lindwall och von Post (2008) beskriver vanor och ovanor inom perioperativ vård. Dessa är:

1. Vanor som har med etiska värden att göra, t.ex. för tillfällig vänskap med patienten, då man visar respekt för varandra och tillbringar tid på att reflektera över etik och vårdandet.

2. Vanor som hinder för handling, dvs. genom att se patienten som ett "fall", inte visa hänsyn till kolleger och att inte prata etik.

3. Vanor inom kulturen – den dolda maktstrukturen och att hinna mer på mindre tid och stress. I studien framkom att vanor och etik hör samman därför att moralisk dygd uppstår genom vana (enligt Aristoteles, 2004). Moralisk dygd tillhör etiken och vanor uppstår i människans kultur. Vanor påverkar människor, och Nightingale menade att både vanor och beteenden hos sjuksköterskor påverkade patientens välbefinnande (Lindwall & von Post, 2008). Liknande tankar har Altun (2008), som menar att vårdarnas beteendemönster ofta uttryckta i vanor och handlingar har påverkats av kultur och tradition.

Sammanfattningsvis visar tidigare litteratur och forskning att gärningar, vanor och ovanor är betydelsefulla begrepp i vården och som något fundamentalt hos alla människor. Under 1800-talet och tidigt 1900-tal var det en betoning på hur sjuksköterskan skulle vara för att kunna vårda patienten men också för att passa in i ett hälso- och sjukvårdshierarkiskt system. Sjuksköterskeprofessionen var på den tiden framförallt ett s.k. kall. Senare kom vissa karaktärsdrag att uppmärksammas och man såg allt mer på sjuksköterskan ur ett filosofiskt perspektiv, och vårdteorier skapades för att ge sjuksköterskan en viss inriktning, och vägledning för vårdandet. Vårdteoretiker som framförallt framhöll särskilda karaktärsdrag var Travelbee, Leininger, Roach och Tschudin. Under 1990-talet fick dygder såsom goda karaktärsdrag med inspiration från Aristoteles, lämpliga för sjuksköterskan i vården, åter en betydelse (Barbosa da Silva, 1995; Beauchamp & Childress, 2013; Eriksson, 1995; Pellegrino, 1995; Sellman, 2011 m.fl.). Vissa handlingar var från början av seklet förpliktelser mot läkaren, och under 1960-talet handlade det mer om vissa etikettsregler än etik. Ett större engagemang för patienten blev vid denna tid även viktigt och det centrala även under 1990-talet. Under 1980-talet började det alltmer att handla om relationen mellan sjuksköterskan och patienten och effektivitet för att sedan övergå till att ge stöd till patienten i förmågan till självhjälp.

Inom både hemsjukvården och den slutna vården har utvecklingen av distriktssköterskans arbete gått från karaktärsdrag, vårdhandlingar och gärningar av betydelse, till att bli mer specifikt kontextbundet, individualiserat för patienten och det specifika området, där den vårdande handlingen äger rum, såsom inom palliativ vård och perioperativ vård. Vanor som är god omvårdnad bör sjuksköterskan utveckla från sin karaktär. Ovanor kan hindra ett etiskt handlande. Den brist som kan ses i den tidigare forskningen är att gärningar, vanor och ovanor inom olika kontexter inte uppmärksammas i någon större utsträckning. Detta resulterar i att det saknas en djupare förståelse, vilket gör att alla dimensioner om en god vårdande akt inte kan förstås och tillägnas patienten.

IV METODOLOGI

I metodologin redogörs för avhandlingens förankring i en humanvetenskaplig vetenskapstradition där förståelse och ny förståelse eftersträvas. De metodologiska grundantagandena har sin utgångspunkt i vårdvetenskapens, ethos, ontologi och epistemologi. I sökandet efter vetande och förståelse om etik, gärningar och vanor ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och för att söka fördjupa förståelsen om den vårdande akten, har en hermeneutisk ansats valts baserad på Gadammers (2004) filosofi. Gadammers (2004) hermeneutik bidrar till både teori och praxis i vårdvetenskapen (om man ser människan som skapande och delaktig i en vårdande kultur) och varat, dvs. människans hållning i ett ethos.⁵⁷ Att använda hermeneutik i vårdvetenskaplig forskning handlar om att tolka och förstå innebörd och mening i förhållande till erfarenheter (Wiklund, 2007). Genom hermeneutik kan en djupare förståelse för vårdandet, och den verkliga verkligheten uppnås, vilket kan bidra till bildning med en tydlig klinisk förankring (Eriksson & Lindström, 2007).

Materialet i delstudierna i avhandlingen är från äldrevårdscontexter i hemsjukvård.

⁵⁷ Ethos står här för *hållning*. Se Söderlund, (2007).

Hermeneutikens centrala begrepp enligt Gadamer (2004), såsom förförståelse, förståelse, tolkning, den hermeneutiska spiralen, och horisontsammansmältning, kommer att redovisas. Delstudiernas genomförande, datainsamlingsmetoder, databearbetning, analys och tolkningsprocess, analys och ny förståelse kommer att presenteras. Förståelsehorisonten inbegriper således en hermeneutisk förståelse och ontologi avseende vårdvetenskapens grundbegrepp och ethos (Eriksson & Lindström, 2007). Gadamer framhåller att tolkning av en text handlar om en ständigt pågående rörelse mellan förförståelse och förståelse, vilket motiverar läsaren av ett textmaterial att börja med att klargöra sin förförståelse (Gadamer, 2004). En text ska ses som en process, händelse och skeende (Cöster, 1981), och tolkning. Förståelse av textens mening är det som är det centrala. Människan dras in i ett skeende av sanning när hon ställs i en etisk situation. Etiken handlar i sin djupaste mening om att söka sanningen, avtäcka den och därefter leva i den. Tolkning och förståelse leder till sanning i den bemärkelsen att något träder fram från en bakgrund då den lyses upp i en specifik situation (Eriksson, 2013a). Sanning är förståelsens riktning, och att förstå är att inse dess mening. Kunskap i sak är enligt Gadamer den ena formen av förståelse. Den andra formen av förståelse är intentionell, vilket innebär att den är aktuell när förståelsen i sak inte uppnås. Förståelsen i sak är själva insikten i saken och betyder att den sakliga rätten är gällande utifrån det som den andre säger (Eriksson & Lindström, 2007). Vad man bär med sig från egen tradition och erfarenheter, den egna förförståelsen är av betydelse för hur en text kan förstås (Gadamer, 2004). Gadamers (2004) hermeneutiska filosofi och tillnärmelsesätt har varit vägledande och förförståelse, förståelse, tolkning och sanning varit bärande begrepp och en ständigt pågående rörelse genom hela avhandlingen.

Förförståelse

Förståelsehorisonten utgörs av min egen förförståelse där jag utforskar en bit i taget, men det finns alltid något kvar som uppenbarar sig senare eller inte alls (det som Gadamer benämner "hermeneutikens universalitetskrav"), som bidrar till min förståelse (Føllesdal, Walløe, & Elster, 2004). Förståelse och mening innebär alltid tolkning och är tidsbundet till

den specifika situationen och tidens historiska förändringar. Det är viktigt att vara medveten om att historien påverkar all hermeneutisk aktivitet samt att språket styr all erfarenhet och förförståelse, på förhand. Mitt vetande kan förändras av den erfarenhet som görs när jag gjort en erfarenhet, förutsatt det som förut varit oväntat. Man kan inte ännu en gång göra en ny erfarenhet av detsamma. Endast något annat oväntat kan förmedla mig en ny erfarenhet som då blir medvetet och ännu en ny erfarenhet. Erfarenheter handlar om tradition som erfars enligt Gadamer (2004). Mina erfarenheter har varit av betydelse för att ny förståelse har blivit möjlig. Från studiens tolkning och analys i de tre delstudierna har helheten gestaltat sig, där helheten från delarna fått ny innebörd.

Förförståelsen föregår förståelse där den professionella förförståelsen som distriktssköterska kan främja eller skymma det som visar sig, det jag upptäcker och ser. Vissa delar av den professionella förförståelsen kan bidra till att främja mitt seende, dvs. känna igen det sedda i kontexten och därigenom förstå och känna igen det patienten berättar eller vårdarna skriver ner. Min förförståelse som forskare och distriktssköterska har vuxit fram genom yrkeslegitimiteten som distriktssköterska, samt den kultur och tradition jag är påverkad av och är en del av. Som distriktssköterska och forskare i studierna styrs och påverkas mina tolkningar av min erfarenhet, yrkeskunnandet, praktik, språk, vanor och ovanor, attityder, fördomar, värderingar, etik och handlingar. Den professionella förförståelsen kan kännas igen som tyst kunskap, till viss del omedveten och kan påverka det som visar sig, när professionen skymmer eller främjar mitt seende. Därför blir det viktigt i forskning att tillägna sig en vetenskaplig bildning för att kunna handskas med den professionella förförståelsen, bli medveten om och få ett språk för att hjälpa att se det som visar sig. Att jag blir medveten om min egen professionella förförståelse kan medverka till att förstå kontexten och språket i praxis, på nytt sätt. Beträffande vanor och ovanor tycks det finnas vårdande handlingar som görs av slentrian utan att vårdaren egentligen funderar över eller tänker på vad han eller hon gör. En vana kan vara en tendens och tradition där den återkommer i årtionden.

Forskarens syn på sanningsbegreppet har betydelse för forskningsresultatet och hur den professionella förförståelsen används. Därför är det viktigt att som forskare klargöra den egna professionella förförståelsen och självförståelsen. Härigenom kommer insikt och självkänedom bli en del av erfarenheten. När de olika delstudierna genomfördes arbetade jag eller hade nyligen arbetat som distriktssköterska. I intervjustudien där patienter intervjuades hade jag arbetat och tidigare träffat några av patienterna i min yrkesutövning. Beträffande den andra studien där enkäter delades ut arbetade jag som distriktssköterska och föreläsare. I den tredje studien tjänstgjorde jag inom hemsjukvården, och kontakt med de intervjuade i fokusgruppen skedde på ett eller annat sätt i det dagliga arbetet.

Att vara både forskare och arbetsledare eller arbetskollega kan innebära en oförmåga att se allt som visar sig. Likt en slöja kan den verkliga verkligheten döljas för mig, som forskare. Detta benämns "Mayas slöja" (Eriksson, 2013, 2018) där människobilden, fördomar, moral och etiska hållning, värderingar och förutfattade meningar kan göra att jag inte riktigt ser det som visar sig. Här finns en skyldighet att verkligen visa det som visar sig, det som verkligen sagts. Genom att bl.a. följa en specifik metod för tolkning och analys av materialet, var detta ett sätt att få fram det som verkligen visar sig. Att göra mig medveten om min professionella förförståelse förstås som en hermeneutisk spiral (Gadamer, 2004), vilket innebär att nya frågor dyker upp allt eftersom nya svar framkommer i texten, som ånyo tolkas, vilket innebär en rörelse från delar till helhet och tvärtom. Etiken kräver att jag som forskare drar Mayas slöja åt sidan. Som forskare ska jag inte övertolka, skada, förvanska eller försköna data i tolkningsprocessen. Att föra Mayas slöja åt sidan, i den professionella förförståelsen, är en etisk handling, en etisk akt som jag gör med respekt för det som döljer sig bakom, vilket görs genom medvetande av den egna förförståelsen. Det innebär för det första en medvetenhet om att vara välbekant med en kontext, här hemsjukvård. För det andra finns ett etiskt ansvar för vad jag såg, sade och hörde, utifrån evidens, det etiska seendet, det som vill eller inte vill bli sett och det som visar sig. För det tredje reflekterar jag över det jag läste i texterna och vad som kanske tidigare varit dolt och som jag inte förstätt. Frågor har då ställts till texten, men utöver förståelse har jag haft en motivation, en vilja att

skapa kunskap om vanor och gärningar ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, vilket varit vägledande.

I och med att den vårdvetenskapliga traditionen har ett uttalat ethos och ontologi blir hermeneutiken naturlig som närmelsesätt för att förstå vårdandets värld och både patientens och vårdarens verkliga verklighet. Hermeneutikens idé är att klarlägga villkoren för förståelse av människan (Gadamer, 2004), hur människan påverkas och förändras genom livet, vilket avgör hur människan upplever olika situationer. Grundtanken i hermeneutik är hur denna påverkan görs levande och synlig genom tolkning (Söderlund, 2007). Enligt Gadamer (2004) finns en hermeneutisk regel där helheten förstås ur det enskilda och det enskilda ur helheten, vilket kommer från den antika retoriken. Här överförs nutidens historik från konsten att tala till konsten att förstå. Min förförståelse är beskriven utifrån den caritative vårdetiken och tidigare forskning, samt erfarenheter inom omvårdnad och vårdvetenskap och har därmed redovisats.

Deltagare och genomförande

Forskningen baseras på tre delstudier. I delstudierna används en beskrivande design där data från individuella intervjuer (Delstudie A), frågor i ett frågeformulär (Delstudie B) och fokusgruppsintervju (Delstudie C) har analyserats och tolkats från en vårdvetenskaplig horisont. För samtliga delstudier används en kvalitativ innehållsanalys. I två av studierna har tidigare insamlat material genomgått en sekundäranalys (delstudie A och B). Motivet till att göra en sekundäranalys har varit att det funnits ett rikt och nyanserat textmaterial och att en ny analys utifrån ett annat perspektiv med andra frågeställningar har bedömts vara fruktbart, och därmed också bidra till ny kunskap (Heaton, 2004). Sekundäranalys av tidigare insamlat forskningsmaterial har gjorts inom vårdvetenskap av flera forskare (Carlander, 2011). Den tredje studien består av intervjutexter från en fokusgrupp med vårdare där kvalitativ innehållsanalys har genomförts.

De olika studierna analyseras och tolkas ur ett patient- eller vårdarperspektiv. I Delstudie A har patientens utsagor och synpunkter på distriktssköterskan legat till grund för tolkning och analys. Den andra delstudien (B) redovisar vårdares utsagor i en enkät och i den tredje delstudien (C) var en fokusgruppsintervju⁵⁸ där vårdare diskuterat vissa frågor. Efter att ha tolkat och analyserat vårdarnas utsagor i enkäten och fokusgruppsintervjun (Delstudie B och C), visade det sig att svaren på frågorna om gärningar, vanor och ovanor inte skiljde sig nämnvärt åt. Därför har de två studierna sammanförts, och endast det som är nytt från fokusgruppsintervjun och som har bidragit med ny förståelse har tagits med i resultatet. Ett skäl till detta är även att texten blev upprepande och därmed tråkig att läsa då mycket från enkätstudien även framkom i fokusgruppsintervjun.

Deltagare, datainsamlingsmetoder och genomförande presenteras för de tre studierna, var och en för sig. Information om samtliga delstudier finns sparade hos författaren.

Delstudie A

Deltagare

I delstudie A deltog 20 hemsjukvårdspatienter (tio kvinnor och tio män) inom kommunal hemsjukvård under året 1997. Deltagarnas ålder varierade mellan 55 och 93 år med en genomsnittsålder på 78 år. För kvinnorna var medelåldern 76 år och för männen 79 år. Sju deltagare var över 83 år. Åtta män och samtliga kvinnor hade folkskola som högsta utbildning. En man hade yrkesskola som högsta utbildning och en man hade universitetsutbildning. Kvinnorna hade oftast mer kontakt med anhöriga, vänner eller grannar, än vad männen hade. Tio (fem kvinnor och fem män) bodde i glesbygd och tio (fem kvinnor och tio män) i tätort. 13 patienter bodde ensamma i villa eller lägenhet. Kontakten med distriktssköterskor hade varit mellan en månad och 20 år.

⁵⁸ En fokusgruppsintervju skiljer sig från en gruppdiskussion där datainsamlingen uppträder spontant och det saknas en moderator, som leder diskussionen. Metoden har blivit allt vanligare i samhällsvetenskaplig forskning efter att tidigare framförallt använts inom marknadsundersökningssektorn. Standardverk idag inom forskning som behandlar olika aspekter av fokusgrupps tillämpning är fr.a. böcker skrivna av författarna Krueger och Casey, (2009) och Morgan (1997). En fokusgrupp bör väljas som forskningsteknik när det finns olikheter mellan människor, när handlande och motivation önskas undersökas eller när olikheter ska förstås (Wibeck, 2012).

Genomförande

Intervjustudien som genomfördes 1997 avsåg att beskriva patienters uppfattningar om innebörd och betydelse av distriktssköterskans moraliska dygder.⁵⁹ I den nu aktuella sekundäranalysen var frågan och intresset: "Vilka gärningar hos vårdaren beskriver patienter?" och även vilka vanor och ovanor som beskrivs för vårdandet och i den vårdande akten för både patienter och vårdare.

Data samlades in genom intervjuer som genomfördes med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide där varje fråga kunde fördjupas med följdfrågor (May, 2001).⁶⁰ Medicinsk ansvarig sjuksköterska (MAS) inom kommunen informerades och gav tillstånd till studiens genomförande. Distriktssköterskan inom respektive område informerades om studien både skriftligt och muntligt. Därefter gavs namn på de som uppfyllde kriterierna, varpå lottnings för intervju skedde. Av 33 hemsjukvårdspatienter (19 kvinnor och 14 män) inom tätort och glesbygd i Mellansverige lottades tio män och tio kvinnor ut, som uppfyllde följande inklusionskriterier: god kommunikationsförmåga och besök av distriktssköterskan minst en gång per månad.

Respektive distriktssköterska gav information till patienter med förfrågan om deltagande i studien både muntligt och skriftligt. Om patienten var villig att delta i studien lämnades telefonnummer varpå jag ringde upp patienten, informerades om studien och tid bestämdes

⁵⁹ (1997) som i sin tur var en fortsatt forskning från en tidigare studie, publicerad 2002; *The Role of the District Nurse's Moral Virtues in Home Health Care: A Moral Philosophical Analysis and an Empirical Approach* (Ljungquist & Barbosa da Silva, 2002). Syftet med studien, vars sekundära innehållsanalys avsåg, var att beskriva vilka värdeskapande egenskaper, såsom moraliska dygder, hade för innebörd och betydelse för att åstadkomma en god omvårdnad.

⁶⁰ Intervjuguiden bestod av 25 frågor (dvs. huvudfrågor med undergruppsfrågor), som konstruerats av forskaren. Frågeteman var bakgrundsdata (tio frågor) såsom ålder, kön, utbildning, typ av vård och omsorg, hur ofta man träffar anhöriga, vänner och grannar, civilstånd och boende. Därefter följde frågor om distriktssköterskans besök bl.a. hur ofta och hur länge patienten haft hjälp av distriktssköterskan. Därefter följde frågor om innebörd och betydelse av vissa, hos distriktssköterskan värdeskapande egenskaper såsom, moraliska dygder och karaktäsegenskaper/karaktärsdrag. Frågorna som fokuserades i studien handlade om ett kontrollerat emotionellt engagemang och en icke dömande attityd, dvs. *kompetens*, förmågan att vara *förstående*, *bry sig om* och en viss sorts personlighet som uttryck för distriktssköterskans *moraliska integritet*. Ingen fråga hade slutet svarsalternativ, några bakgrundsdata hade fler svarsalternativ men i övrigt var frågor öppna och patienten kunde berätta fritt.

för hembesök för intervju. Samtliga tillfrågade accepterade inbjudan att delta.

Intervjuerna varade i genomsnitt 45 minuter och samtliga gjordes i patientens hem. Vid ett intervjutillfälle gjordes anteckningar eftersom patienten inte ville bli inspelad. Övriga intervjuer spelades in på band, transkriberades och analyserades därefter. Banden förvarades i kassaskåp.

Sju av de tio männen och sju av de tio kvinnorna, som ingick i studien, hade vid tillfället både hemsjukvård och hemtjänst. Övriga hade enbart hemsjukvård. Antal hembesök som gjordes av distriktssköterskan per månad varierade beroende på patientens behov. Sex patienter uppgav att de hade hembesök av distriktssköterskan en gång per månad. Övriga hade hembesök oftare. Den vanligaste anledningen till ett hembesök av distriktssköterskan var bensårsmläggning. Övriga patienter fick hembesök av distriktssköterskan på grund av ordinerade blodprovstagningar, att patienten hade KAD,⁶¹ medicindelning, injektioner, eller annan anledning exempelvis omläggning av sår (Ljungquist, 1997).

Delstudie B

Deltagare

I delstudie B deltog 34 vårdare (undersköterskor och vårdbiträden), dvs. alla som var anställda vid två enheter inom hemsjukvården i en ort i Mellansverige under 2005. Av de 34 vårdare som besvarade frågeformulären vid båda tillfällena var 29 kvinnor och fem män. Deltagarnas ålder varierade mellan 20 och 61 år. Fyra av deltagarna hade grundskola som högsta utbildning, 23 hade gymnasium och sex hade universitet eller högskola som högsta utbildning.⁶² 12 hade undersköterskeutbildning, sju vårdbiträdesutbildning eller annan utbildning som ej var vårdutbildning, och 16 hade ingen yrkesutbildning alls. Av hela undersökningsgruppen uppgav sju vårdare att de, för tillfället, även studerade, 18

⁶¹ *Kateter á demeure*: inneliggande urinkateter.

⁶² En av respondenterna angav inte skolutbildning.

arbetade en viss procent, resterande 15 arbetade timtid. Av de som inte hade sjukvårdsutbildning hade samtliga (16) arbetat minst en månad och som mest 25 år inom hemtjänsten. Av de som hade sjukvårdsutbildning (19) hade någon arbetat en månad men övervägande delen av personalen hade arbetat mer än tre år. För de som även hade arbetat inom sjukvården uppgav tolv att de arbetat minst två år inom sjukvården.

Vårdarna arbetade både på sjukhem och i patientens hem i ordinärt boende och hade både dag- och kvällstjänstgöring. Arbetsuppgifterna innebar många olika vårdaktiviteter, som måltider, benlindning, sårmläggning och medicingivning, bl.a. insulingivning. Vårdarnas chef var enhetschef med utbildning i social omsorg.

Genomförande

Deltagarna besvarade ett frågeformulär som bestod av frågor om upplevelsen av arbete, bemötande och värdeskapande egenskaper i omsorgs- och omvårdnadsarbetet. Samtliga deltagare besvarade två olika frågeformulär före och efter en utbildningsintervention i etik. Det ifyllda frågeformuläret⁶³ före etikträffarna utgjorde data i denna delstudie B. Syftet var att skaffa en inblick i vad vårdarna värdesätter hos sig själva och deras egen uppfattning om vilka värdeskapande egenskaper de själva tror att patienterna värdesätter för en god omsorg och omvårdnad. Etikträffarna inleddes med att frågeformuläret besvarades under introduktionsträffen. Vårdarna fick information om syftet med frågeformuläret och om kommande åtta träffar. Två olika hemtjänstgrupper⁶⁴ deltog i de åtta etikträffarna, en etikträff varje vecka i åtta veckor. Avsikten med träffarna var att vårdarna ska kunna ge

⁶³ Frågeformuläret bestod av 27 frågor. Förutom bakgrundsdata avseende ålder, kön, utbildning och sysselsättningsgrad ingick frågor om trivsel på arbetsplatsen och trivsel med chef, sjuksköterskor, kolleger och patienter. Andra frågor handlade om kunskap, självbestämmande och önskan om förändringar, samt vårdarnas egna brister i sitt dagliga arbete. Nio av frågorna var öppna frågor resterande hade svarsalternativ med möjlighet till att skriva kommentarer. Fyra av frågorna handlade om moraliska dygder i den vårdande akten, sex frågor om hur arbetet fungerade samt övriga synpunkter och det är svaren på dessa 11 frågor som ingått i sekundäranalysen. Anledningen till att dessa frågor valts ut är för att svaren visar på gärningar hos vårdaren. Efter en definition av värdeskapande egenskaper såsom moraliska dygder ställdes de frågor, som ingår i föreliggande studie om vanor, ovanor och gärningar. Värdeskapande egenskaper förstås i den här studien som moraliska dygder i vårdarens handlingar och gärningar.

⁶⁴ I område 1 (22 vårdare) och i område 2 (12 vårdare), på en ort i Mellansverige.

patienterna ett gott bemötande, omhändertagande och därmed god vård samt få en insikt i vad, hur och varför de handlar som de gör utifrån i huvudsak etiska och moraliska aspekter. I den nya sekundära innehållsanalysen av materialet, vars syfte var "Vilka gärningar hos vårdaren beskriver vårdare?", ställdes frågor om gärningar som är av betydelse i en vårdande akt där vanor och ovanor framträder utifrån analys och tolkning.

Delstudie C

Deltagare

I delstudie C deltog fem vårdare inom hemsjukvård i sydvästra Sverige under 2013. Deltagarna var alla kvinnor som arbetade i hemsjukvården. En arbetade som vårdbiträde, två som undersköterskor, en som distriktssköterska och en som sjuksköterska. Medelåldern var 46,8 år och den yngsta var 25 år och den äldsta 64 år. Antalet år i yrket för deltagarna var i genomsnitt 17 år, men varierade mellan tre och 32 år. I hemsjukvården på nuvarande arbetsplats hade de intervjuade arbetat från två år till 23 år. Samtliga deltagare arbetade både på ett särskilt boende med 40 boende och ute i ordinärt boende i patienters egna hem, (ca 100 patienter). Deltagarna rekryterades på arbetsplatsen på särskilt boende, genom s.k. uppsnappning. För att få in så många erfarenheter som möjligt, valdes vårdare från flera yrkesgrupper inom hemsjukvården ut, som ansågs kunna bidra med synpunkter om hemsjukvård. Sex vårdare tillfrågades muntligt och deltagarna fick även skriftlig information om förfrågan att delta, varav en avböjde eftersom hon inte ansåg sig ha tid.

Genomförande

I denna studie användes fokusgruppsintervju med syftet att samla data om hur vanor och ovanor visar sig i gärningar i dagens hemsjukvård samt att beskriva hur vårdandet gestaltar sig i en vårdande akt samt vårdares syn på vanor och ovanor. Inklusionskriterier var att vårdaren var väsentligen intresserad av att delta och hade arbetat minst två år som vårdare. Forskaren informerade deltagarna muntligt om studiens syfte och fick åter en förfrågan om deltagande i studien. Skriftligt medgivande inhämtades av varje deltagare. Samtliga

accepterade att intervjun spelades in. Därefter transkriberats intervjun. Deltagarna fick information om att var och ens personliga identitet skyddats, vilket inneburit att ingen kommer att veta vad var och en sagt i intervjun. De intervjuade har slutligen fått information om att deltagande är frivilligt och att deltagaren har rätt och kan, utan förklaring, när som helst, avbryta deltagandet. Utifrån en strukturerad intervjuguide har vårdarna, vid ett tillfälle, svarat och diskuterat frågorna.⁶⁵ Intervjun varade 1 timme och 16 minuter.

Kvalitativ innehållsanalys

Metod för analys och tolkning av texterna har varit kvalitativ innehållsanalys (Danielsson, 2013; Hällgren Graneheim och Lundman, 2004; Krippendorff, 2013; Kvale & Brinkman, 2013). Fördelen med att använda en kvalitativ innehållsanalys (eng. *content analysis*)⁶⁶ är att metoden är användbar när det, som här, finns vissa begränsningar avseenden forskning inom området. Det finns även en möjlighet att skapa en modell och att ge förslag på praktiska, utbildnings- och forskningsmässiga implikationer, menar Krippendorff (2013). Innehållsanalys är en forskningsteknik för systematisk kvantitativ beskrivning av det manifesta innehållet i en kommunikation. Innehållsanalysen utvecklades ursprungligen för studiet av fiendlig propaganda under andra världskriget och fick sedan stor användning inom mediaanalys (Kvale & Brinkman, 2013). Under 1980-talet var innehållsanalys en forskningsmetod inom den psykologiska och sociala forskningen men användes i huvudsak av journalister och beteendevetare (Krippendorff, 2013).

⁶⁵ Fokusgruppintervjuns frågor handlade om hur vårdandet gestaltar sig i en vårdande akt, vårdares syn på vanor och ovanor, om vanor kan ändras och i så fall hur och om goda vanor och ovanor har någon betydelse. Fördelar och nackdelar med goda vanor, finns det vanor som saknas, vad kan hända med omvårdnaden om vårdaren har vissa ovanor och hur tror ni patienten upplever en vårdare med ovanor, hur uppstår ovanor och hur ändrar man på ovanorna?

⁶⁶ "Content analysis is a research technique for making replicable and valid inferences from texts (or other meaningful matter) to the contexts of their use" (Krippendorff, 2013, s. 24). "First, content analysis is an empirically grounded method... Second contemporary content analysis transcends traditional notions of symbols, contents, and interest, Third, contemporary content analysis has been forced to develop a methodology of its own..." (Krippendorff, 2013, s. 1-4).

Den kvalitativa innehållsanalysen i den här avhandlingen är huvudsakligen inspirerad av Krippendorff (2013), Hällgren Graneheim och Lundman (2004) och Danielsson (2013). Det finns två former av abstraktionsnivåer för innehållsanalys, manifest och latent. Den manifesta innehållsanalysen ser till det som direkt uttrycks i en text och är vanligast inom den kvantitativa forskningen (Hällgren Graneheim & Lundman, 2004). Den latent innehållsanalysen innefattar tolkning av textens innebörd i relation till syftet varefter data sammanställs i kategorier och teman. Innehållet växer fram i analysen i relation till textens sammanhang. Innehållsanalysen består av komponenter från en analysenhet där analysen sker genom kodning, reducering och tolkning till berättandet. I den föreliggande forskningen valdes latent innehållsanalys, vilket innebär att forskningsfrågorna riktats mot texten och textens innehåll som blir föremål för tolkning. Den latent innehållsanalysen fokuserar inte enbart på vad texten säger och det som tydligt framkommer, utan även på underliggande och gömda betydelser, och meningar i texten. I kodningsprocessen omvandlades texten till analysbara enheter. Kunskapsnivån i området är fragmenterat, vilket tillåter att materialet förenklas genom kodning, kategorisering och abstraktion av texten (Elo & Kyngäs, 2008; Hällgren Graneheim & Lundman, 2004). Reducering har inneburit en kondensering av texten. Genom tolkning dras de slutsatser som sedan presenteras i resultatet (och ska vara kommunicerbart, dvs. berättande).

Forskare beskriver olika tillvägagångssätt vid analysprocessen i innehållsanalysen (Burnard, 1991; Downe-Warboldt, 1992; Cavanagh, 1997; Krippendorff, 2004; 2013), och i Norden av Graneheim och Lundman, (2004), samt Elo och Kyngäs, (2008). Enligt Lundman och Graneheim (2012) möjliggör en kvalitativ innehållsanalys ett induktivt inifrånperspektiv där kunskap om patientens erfarenhet och upplevelser är av betydelse och efterfrågas, vilket var fallet i de beskrivna delstudierna. Innehållsanalys kan således genomföras utifrån en deduktiv eller induktiv ansats.⁶⁷ I induktionen går analysen från det specifika till det allmänna, från delar till helhet (Elo & Kyngäs, 2008). Ett annat skäl till detta

⁶⁷ En deduktiv ansats utgår från redan befintlig kunskap, t.ex. att analysen görs ur ett vårdvetenskapligt perspektiv och tar utgångspunkt i en vårdteori. Den är i högre grad teoritestande och går från det allmänna till det specifika.

val är ambitionen att få fram deltagarnas erfarenheter, och syftet är att resultatet ska generera en vårdetisk teorimodell utifrån en hermeneutisk tolkning (Söderlund, 2007). En deduktiv forskningsansats används då resultaten tolkas och analyseras utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv. I denna avhandling används *Erikssons caritativa vårdteori* i utvecklingen av en vårdetisk teorimodell.

Tolkningar av både patienter och vårdares utsagor innebär öppnandet av nya nyanser i den induktiva fasen, vilket kan leda fram till en sannolik kunskap om den vårdande akten. Det deduktiva och induktiva gör det omedvetna medvetet inom abduktionen till en teoretisk modell, dvs. en vårdetisk teorimodell.

Sekundär innehållsanalys

Med sekundär innehållsanalys⁶⁸ avses att en ny analys genomförs på ett tidigare insamlat datamaterial, vanligtvis texter, som samlats i ett annat syfte vid en annan tidpunkt, och som tidigare har analyserats och bearbetats utgående från andra frågeställningar (Polit & Beck, 2014). När den primära analysen inte fångat in alla delar i ett material, eller då det tidigare materialet kan ge svar på ytterligare forskningsfrågor kan sekundäranalys användas (Thorne, 2008). I en sekundäranalys ställs alltså nya frågor till en text som redan finns, och som tidigare har tolkats och analyserats med hänsyn till andra frågor. En kvalitativ innehållsanalys är det mest lämpliga för en sekundäranalys, vilket (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2014) (i två av avhandlingens studier) görs induktivt, dvs. utsagor sammanställs i kategorier och teman utifrån tolkning av texten. Att göra en sekundäranalys är även resurssparande i och med att materialet finns sedan tidigare.

Enligt Krippendorff (2013) påverkas tolkningen och analysen av tolkarens förförståelse, tidigare upplevelser och kunskap om metoden (Graneheim & Lundman, 2004). Texterna från

⁶⁸ *Secondary content analysis.*

varje delstudie har bearbetats var för sig. För varje studie lästes den transkriberade texten. Först tolkades och analyserades intervjustudien med patienterna (delstudie A), därefter delstudie B och sist delstudie C. Under hela bearbetningen har tolkning skett i gemenskap med och i kontrast till den egna förståelsen och förförståelsen i hermeneutikens landskap fram och tillbaka i den hermeneutiska spiralen. Analys och kodning i den första delstudie A, gjordes utifrån följande frågeställningar: Vilka gärningar beskriver patienter i den vårdande akten? Vilka vanor och ovanor visar sig hos vårdaren? I delstudie B analyserades och tolkades vårdarnas utsagor från frågeställningarna: Vilka gärningar beskriver vårdare i den vårdande akten? Vilka vanor och ovanor visar sig hos vårdaren? Frågeställningarna ovan riktades mot texten och dess innehåll. Eftersom frågorna till delstudie A handlade om patienters utsagor framkom inför delstudie B en ny förståelse, vilket innebar att frågorna analyserades på ett litet annorlunda sätt.

Strävan var att i tolkningen och analysen finna svar på forskningsfrågorna, även genom att hitta det som är gömt eller det som inte tydligt visade sig. Inför den tredje delstudien ställdes därför andra frågor, och svar söktes för att få en djupare förståelse för de gärningar som är vanor och som är goda vanor och ovanor. I den hermeneutiska cirkeln ställdes nya frågor baserade på den förståelse som erhållits som i sin tur blev ny förförståelse.

I varje delstudie lästes texten flera gånger varvid markeringar i texten gjordes i förhållande till syftet. Frågan om vilka gärningar patienter respektive vårdare beskriver i den vårdande akten besvarades. Dessa utgjorde sedan meningsbärande enheter, vilka kondenserades till koder. Koderna jämfördes med varandra i syfte att finna likheter respektive olikheter och grupperades därefter. Under hela denna process skedde tolkningar av vad texten handlade om i relation till forskningsfrågorna. Subteman skapades av de meningsbärande enheterna och koderna som i sin tur sammanfogades i teman. Temana ses som det slutliga resultatet av analysen. Vårdarens gärningar visar sig som goda vanor eller ovanor i relation till det vårdaren gör. Analysen med tolkningen av texterna har genomförts med stöd från Krippendorffs (2013), Graneheims och Lundmans (2004) och Danielsson (2013)

beskrivningar av den kvalitativa analysen. Därefter har texten åter studerats och lästs om och om igen varvid likheter och skillnader gav den helhet som slutligen ger det resultat som presenteras i text och modeller, dvs. vilka gärningar och vilka vanor och ovanor som visar sig.

Forskningsetiska överväganden

Allmänna forskningsetiska regler har beaktats i forskningens alla delar. Studien är utförd efter Helsingforsdeklarationen (2013), och den finländska forskningsetiska delegationens riktlinjer för god vetenskaplig praxis (2002) och Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning (Forskningsetiska delegationen, 2009). Delstudie A, där patienter deltagit med information har godkänts av forskningsetiska kommittén i Örebro 1996.

Forskningsetiska principer som konfidentialitet, icke-skada-principen och informerat samtycke har beaktats för att uppfylla de krav som ställts på autonomi, rättvisa, icke skada och göra gott (Etiska riktlinjer för omvårdnadsforskning i Norden, 2003; ICN, 2017).

För både vårdare och patienter i de tre delstudierna har forskningsetiska principer beaktats enligt följande: Deltagarna har fått information om studiernas syfte skriftligt av mig som forskare och att deltagandet är frivilligt, deras rätt till konfidentialitet och rätt att avbryta sitt deltagande när som helst utan negativa konsekvenser för dem. Muntlig information om delstudie A gavs av varje patients distriktssköterska som överlämnade skriftlig information och förfrågan om deltagande i studien, skrivet av mig. I delstudie B har ett frågeformulär använts och i delstudie C, där fokusgruppsintervjuer med vårdare gjordes, har medgivande för att genomföra studien givits av verksamhetschef. I delstudie C skedde både muntlig och skriftlig information, och förfrågan om deltagande i studien av mig. Samtliga deltagare har även blivit informerade om studiens förväntade nytta och vad ett deltagande innebar. Det är forskaren som är den främste bäraren av ett etiskt förhållningssätt och en tolkning som är ärlig. Det forskningsmaterial som ingår i detta arbete har hanterats med ärlighet och

noggrannhet enligt Forskningsetiska delegationens (2002 och 2009)⁶⁹ kriterier för den vetenskapliga forskningen. Under forskningsprocessens gång har etiska samtal och reflektioner skett mellan författare och handledarna avseende studiernas genomförande, resultat och sammanställning. Analys och tolkning av textmaterialet har behandlats med stort ansvar, sensitivitet och lyhördhet för de meningsbärande delarna av texten. Ifrågasättande av de tolkningar som gjorts har granskats av flera forskare för att undvika under- eller övertolkningar. Forskningsprocessen har fortskridit under inverkan av grundmotivet caritas och ansvarstagandet och respekt för patienten och vårdaren, har hela tiden stått i centrum.

V VÅRDANDE GÄRNINGAR OCH ICKE-VÅRDANDE GÄRNINGAR

Forskningens resultat baseras på tre empiriska delstudier (A, B, C). Resultatet visar att vårdarens vårdande och icke-vårdande gärningar finns i vårdarens hållning eller karaktärsdrag, medvetet eller omedvetet, och kan vid upprepning bli goda vanor eller ovanor. I den caritativa vårdetiken framstår den goda vanan som medveten och lindrar lidande och främjar hälsa i en vårdande akt. Ovanan har inte någon plats i den *caritativa vårdteorin* och etiken, eftersom en vårdande akt inte kan komma från en vårdare som gör en icke-vårdande gärning eller en ovana. I patienternas och vårdarnas utsagor framkom att goda vanor som vårdare i en vårdande akt bör äga är *engagemang*, *ödmjukhet* och *professionalitet*. Alla former av vårdande gärningar och goda vanor kan ha ett samband med karaktärsdrag, dygder och vårdarens moraliska integritet, och sammanflätas på så sätt att goda vanor i vården kan uppstå från en annan god vana eller leda till en ny god vana. Vårdarens inre och yttre hållning, karaktärsdrag och dygder förenade i moralisk integritet med förankring i caritas och förverkligade i ansvar, vilja och mod är förutsättningar för vårdande gärningar och goda vanor i en tillägnelse i en vårdande akt. Det är en etisk hållning att vilja göra den andre väl och vara en bärare av ett ethos, vilket framkom i de tre delstudiernas resultat.

Resultatet inleds med presentation av vårdande gärningar ur patienters perspektiv – delstudie A och vårdande gärningar ur vårdares perspektiv – delstudie B och C. Därefter presenteras icke-vårdande gärningar ur patienters perspektiv – delstudie A och icke-vårdande gärningar ur vårdares perspektiv – delstudie B och C. Teser⁷⁰ formuleras utifrån delstudiernas teman och subteman. Utifrån analys och tolkning av gärningar har olika teser genererat nya förståelsehorisonter under arbetets gång. Därpå diskuteras dessa teser i relation till tidigare forskning. Avsikten med teserna var att sammanföra innehållet i utsagor

⁷⁰ Tes (av grekiska *the'sis*), definieras enligt Nationalencyklopedin som påstående som försvaras eller bestridas.

från patienter och vårdare i vårdandet. Tolkning och analys har gått fram och tillbaka i den hermeneutiska spiralen. Den hermeneutiska processen fortsatte och i resultatet framkommer vilka vanor och ovanor som visar sig hos vårdaren i en hemsjukvårdskontext. Reflektion och ny förståelse bidrog till att detta avsnitt avslutas med den vårdande akten och en vårdetisk teorimodell i ljuset av caritas. I texten används personpronomen "hon" genomgående för distriktssköterska, i studie A.

Vårdande gärningar – patientperspektiv

Utifrån patienters berättelser framkom att det finns gärningar som är vårdande gärningar och gärningar som är icke-vårdande gärningar hos vårdare. Teman visar och innebär det vårdaren *är* medan subteman beskriver det vårdaren *gör* och det som *visar sig*.

Genom analys och tolkning framkom fyra teman, är: *välvillig och hjälpsam, skicklig, pålitlig och respektfull* och elva subteman, att: *tala med patienten, lyssna och fråga, bry sig om, ta ansvar och initiativ, vara samarbetsvillig, förtroendeingivande och tillitsfull, noggrann och ordentlig, trevlig, glad och artig, lugn och sympatisk, informell och naturlig, förstående och trösta*.

Välvillig och hjälpsam

Att vara välvillig och hjälpsam visar sig i att distriktssköterskan *talar med patienten*, är intresserad i vad patienten har att säga, *lyssnar och frågar*. Att *bry sig om* den andre innefattar en hållning hos vårdaren där det framgår att vårdaren är där för patienten, och är beredd att göra det som är gott och hälsobringande för den enskilde.

En distriktssköterska är välvillig och hjälpsam när hon visar sitt intresse och engagemang för patienter och deras situation, vilket uttrycks genom att hon *talar med patienten*. Detta samtalande ger möjligheter till ny insikt. Det fanns en önskan från patienten om att få veta mer om sin sjukdom genom att samtala med vårdaren. En vänlig attityd från vårdaren kan visa sig i att vilja *tala med patienten* även om annat än bara patientens besvär. När

distriktssköterskan *talar med patienten* kan patienten bättre förstå det hon gör och vad hon menar. Patienten tycker då att hon tar hand om patienten på ett bättre sätt, när det kanske inte finns någon annan som patienten kan tala med, om t.ex. sin sjukdom.

En måste kunna prata med dem ibland och inte bara, jag menar, att de ger en spruta och sedan går, för då vet man inte så mycket ändå. För hur det än är, alla som har en sjukdom vill gärna ha lite insikt genom detta också, och då har en ingen annan att fråga.

Patienterna uttryckte att när distriktssköterskan kan *tala med patienten* och prata om annat än sjukdomen och vården, t.ex. existentiella frågor, samtidigt som hon utför sitt arbete upplevs hon som både flexibel och hänsynsfull. Det förutsätter att distriktssköterskan har en förmåga att läsa av vad patienten vill tala om samt vara lyhörd för det patienten önskar förmedla eller samtala om. Att prata med patienten kan även handla om att prata lite om sig själv, inför patienten, vilket visar på intresse och engagemang för patienten:

Att hon kan prata om allt möjligt, inte bara sjukdomen, då känner jag mig som en vanlig människa. Då känner jag inte av de här smärtorna och det här jag sitter med utan då kan jag prata som en vanlig människa och vara som vanligt jag med. För i regel, en som är så här dålig och sjuk vill ju helst prata om sjukdomar, men det vill inte jag utan det är roligare att prata om annat.

Att distriktssköterskan berättar för patienten vad hon sysslar med och visar omtanke värdesätts av patienterna. Likaså om hon t.ex. kan diskutera matrecept eller sådant som har med hemmet att göra. En intresserad distriktssköterska framför även synpunkter på patientens egen berättelse, svarar på frågor och ger patienten ett gensvar. En god gärning kan även vara att ringa hem till patienten:

Det lever jag på kanske i flera dagar, när någon kommer och pratar med mig och ringer, det hjälper mig mycket.

Berättelser från patienter visar att en distriktssköterska som är hjälpsam och välvillig *lyssnar och frågar* vad patienten har att säga. Att *lyssna* kan innebära att *lyssna* på patientens berättelse hur han eller hon själv har skött omläggningarna och hur det har fungerat. I

lyssnandet tillåts patienten berätta om sina egna erfarenheter och patienten blir delaktig. Att *lyssna* och ställa *frågor* kan även handla om att låta patienten få prata lite mer ingående om saken eller tillåta att patienten pratar om personliga "saker". Att *lyssna* kan förstås som att vilja väl vilket kan betyda att vara välvillig. Gärningen kan även innebära att distriktssköterskan är tålmodig och tillåtande och ger patienten utrymme att få uttrycka sig, och därmed kanske känner sig delaktig i sin vård. En patient sade:

Det är viktigt för mig att jag får tala om hur jag har skött det själv när jag fick material och kunde lägga om själv. Att jag även kan få tala om hur jag har gjort och hur det har fungerat för mig. Jag vill gärna vara med och säga till hur jag har haft omläggningen och så.

Att som distriktssköterska vara sig själv och vara öppen, enkel, prata med patienten och verkligen *lyssna* visar välvilja utifrån patienters uttalanden. Det kan handla om att i en öppen dialog i en kamratlig anda vara välvillig och visa sin goda vilja genom att tillåta patienten säga vad som helst samtidigt som hon själv ges tillåtelse till, och kan säga vad hon vill:

De ska vara sig själva och de ska vara enkla och en ska kunna prata med dem. Jag kan säga vad jag vill och de får säga vad de vill till mig, det är en egenskap som jag tycker är väldigt värdefull. Jag tycker det är bättre på ett kamratligt plan.

Flera patienter uttryckte vidare att när distriktssköterskan ställer frågor och snabbt sätter sig in i patientens problem genom att *lyssna* och ge patienten råd, upplevs hon som välvillig och hjälpsam. *Frågorna* kan handla om hur patienten känner sig, mår eller upplever sin egen sjukdom eller hur patienten har det i kontakten med närstående (om patienten exempelvis får stöttning från närstående). En vårdande gärning är att ringa och *fråga* hur patienten mår och har det.

Att vara hjälpsam är att *bry sig om*. Distriktssköterskan bör, enligt patienterna, vara omtänksam och omsorgsfull, vilket ses när hon är hjälpsam. Detta kan komma till uttryckt när hon kommer och hälsar på patienten helt oförberett. Det kan också komma till uttryck

genom att distriktssköterskan visar att hon bekymrar sig. Ett hembesök, även om patienten inte behöver det, visar på en vårdande gärning och välvilja:

Hon visar det på det viset att hon kommer hit om jag är sjuk och är jag inte sjuk så kommer hon ändå, någon gång, då och då.

När distriktssköterskan är välvillig och hjälper patienten kan det ses som en vårdande gärning, men är också en förutsättning för att gärningen ska bli vårdande. Att *bry sig om* patienten kan handla om att ge mer hemsjukvård eller hjälpa till med att bevilja mer hemtjänst, för att patienten ska få det bättre hemma. En patient menade att om han inte fick hjälp av distriktssköterskan eller undersköterskor skulle han inte klara av sin situation, utan bara bli sittande och tänka. Men när distriktssköterskan kommer och pratar med honom, hjälper till eller ringer så betyder det så mycket. Distriktssköterskans intresse för patienten visar sig när hon är välvillig och hjälpsam och när hon *bryr sig om*. Att ha patienten i tankarna, följa upp efter sjukhusbesök eller att ringa hem till patienten för att höra hur patienten mår visar att hon *bryr sig om* och tänker på patienten:

Det har jag satt väldigt stort värde till, att även om de inte ska hem till mig så ringer de i alla fall och frågar hur det går och likadant. Varje gång jag kommer hem från sjukhuset så har de kollat om jag kommer igång igen, om jag får den hjälp jag behöver. Det har jag satt väldigt stort värde till, för de visar att de bryr sig.

Att *bry sig om*, uttryckt från patienter, kan även vara när distriktssköterskan är välvillig och är "som en vanlig människa", verkligen visar att hon vill hjälpa till och gör något och tillåter patienten att säga vad patienten egentligen vill:

Är precis som en vanlig människa, att hon tar sig an allting och hjälper med allt och att det går att säga allt.

Skicklig

När distriktssköterskan är skicklig menar patienterna att hon visar detta genom att *ta ansvar* för vad hon gör och tar ett eget *initiativ* i det hon utför. Att kunna *samarbeta* med andra, både

kolleger, undersköterskor och läkare visar på distriktssköterskans förmåga att kunna *samarbeta* och att hon även är kompetent för att undervisa. Att vara *skicklig* innebär att vårdaren ser vad patienten behöver och ha kunnandet att utföra vad som behövs för att lindra patientens lidande.

En skicklig distriktssköterska innebär en distriktssköterska som i en vårdande gärning *tar ansvar och initiativ* genom att vara observant, uppmärksam och se till att saker och ting verkligen blir gjorda. Då känner sig patienten väl omhändertagen och distriktssköterskan upplevs som skicklig. Att se och förstå vad patienten behöver och ta ett *initiativ* till att möta problem och behov samt kunna överlämna *ansvaret* till läkaren vid rätt tidpunkt, ses som en trygghet och uppfattas av patienterna som att hon är skicklig. Att se och göra detta på eget *initiativ* utan att patienten har bett om det, ses som att hon är kunnig och kompetent.

De tar ju tag i det när de sett att det varit för eländigt, för det går ju upp och ner det här och det är ju bra det att då säger hon ifrån, att nu törs jag inte göra det här något mer, utan jag överlämnar det här till läkaren och det tycker jag också är väldigt bra. Så att hon inte fortsätter bara med samma, utan då säger hon att nu får du gå till doktorn. Det har hänt många gånger. Hon har ringt och beställt tid också. Hon rör ju inte på allting som hon säger, utan jag måste fråga läkaren säger hon då och det har hon ju gjort. Och skickat iväg mig.

Initiativ och ansvar hos distriktssköterskan kan visa sig när hon är självständig i olika bedömningar och handlingar, när hon inte rådfrågar läkaren. Att ta *ansvar* kan även innebära att kontrollera hur patienten mår och uppfattas då av patienten som att distriktssköterskan är skicklig. *Ansvaret* kan också innebära att *ta initiativ* till att patienten kommer in till sjukhus och får den vård patienten behöver. När t.ex. distriktssköterskan tror att det inte är rätt behandling patienten för tillfället får, ringer hon till sjukhuset och tar även ett *ansvar* för att patienten kommer iväg till sjukhuset genom att ringa åt patienten, mot eller tillsammans med patientens vilja:

Beslutsamhet, hon fick in mig på sjukhus snabbast möjligaste väg, vi kan inte vänta vi ringer efter ambulans direkt. Och det gjorde hon utan att vänta på att få kontakt med läkare. Hon behövde inte vänta eller prata med någon läkare. Hon visste vad hon skulle göra.

Så kom syster hit och då ordnade hon så att jag kom in igen, så det var tack vare henne som jag fick den vården jag behövde. Det beundrar jag henne för, hon tog hand om alltihop.....det var hon som tog tag i det och ringde in och skickade efter ambulans och det är jag väldigt tacksam för.

När distriktssköterskan tar *ansvar* kan det även innebära att hon inte gör något utan att först kontakta läkaren, eller våga göra något utöver sin kompetens. Att ringa läkaren eller beställa tid för patienten till läkaren, visar *ett ansvar och ett initiativ* till att hjälpa patienten eller förbättra patientens situation. Att *ta initiativ* kan förstås som att ge patienten tillåtelse att få kontakta distriktssköterskan och även göra ett hembesök, visar uttalanden från patienterna. Patienten kan känna sig trygg om distriktssköterskan kan ge goda råd och hon upplevs då som skicklig:

En känner sig trygg på något sätt när man har möjligheten att kontakta distriktssköterskan om det är någonting som inte är bra, och de kan komma och ge någonting.

För patienter är det viktigt att känna att distriktssköterskan kan sitt arbete och är *skicklig*, vilket innebär att hon kan ge rätt behandling och göra det på rätt sätt, men inte över hennes befogenhet. När distriktssköterskan är *skicklig* och kunnig i den vårdande gärningen tar hon ansvar och initiativ och är handlingskraftig. En patient uttryckte följande:

Hon ska kunna göra det hon är utsänd för att göra och så ska hon, det är rätt viktigt, inte göra något annat än det hon kan och är utbildad till.

Skicklighet värdesätts av patienter som menar att de lika gärna kan prata med distriktssköterskan som med läkaren. I distriktssköterskans *skicklighet* uppmärksammar patienten god praktisk *skicklighet*. Patienterna uttryckte att en distriktssköterska bör veta vad

hon kan göra och visa att hon kan sitt arbete, vara kapabel och kvalificerad för sin uppgift. När hon handlar effektivt, både snabbt och bra, kan hon uppfattas som *skicklig*. Hon bör likaså vara både anpassningsbar och flexibel, vilket kan förstås som att hon tar både ansvar och initiativ. Flertalet menade även att hon ska kunna se vad som ska göras, utan att patienten behöver säga något:

Jag tycker de har engagerat sig och satt sig in i problemen väldigt snabbt. Och just det där att de vidtar åtgärder, det lägger man nog värde till som patient, särskilt när man har andnöd, som skapar den där panikkänslan, när man inte får luft. Då lägger man väldigt stort värde på just det att det blir åtgärdat, att det händer någonting. Annars ligger man bara där och funderar.

När distriktssköterskan är *skicklig* finns förtroende, vilket kan leda till att patienten känner trygghet. Hon kan även uppfattas som mer kompetent om hon är äldre och har mer erfarenhet:

Kompetensen hos distriktssköterskan är väldigt mycket värd, och en äldre distriktssköterska kan ju mycket mer om de flesta krämpor än vad en ganska nyutbildad kan.

Distriktssköterskans goda *samarbete* med läkare inom vården upplevdes som tecken på ansvarstagande, och detta anses också tyda på att hon är *skicklig* och kan sin sak. I ett *samarbete* visar och undervisar hon undersköterskor och vårdbiträden. Det innebär även en kontroll av att allt blivit rätt, men också ett ansvar när undersköterskor eller vårdbiträden är tveksamma eller inte vet vad de ska göra. Vet distriktssköterskan inte själv, kontakter hon läkare.

Om man ringer till henne så ringer hon direkt till någon, vidarebefordrar saker och ting och kommer hem och tittar hur allvarligt det är. Hon har i alla fall inte låtit det vara, utan hon har kontaktat läkare lite då och då när hon tycker att det behövs, så hon har väl inte tagit det på sig helt utan hon har fått hjälp

Pålitlig

När distriktssköterskan är pålitlig visar hon det genom att vara *förtroendeingivande och tillitsfull, noggrann och ordentlig*, vilket ses i en hållning där hon upplevs som en person att lita på. Patienter gav uttryck för att det är viktigt att känna att de kan lita på distriktssköterskan, att hon är *förtroendegivande och tillitsfull* och därmed pålitlig, vilken gör att patienten känner sig trygg:

Det viktigaste är att de vet lite hur det ska skötas, så att en känner det där, att jag kan lita på dem.

Olika uttalanden visar även att distriktssköterskans pålitlighet skapas av *förtroende* och ett förhållande och inkluderar både patienten, anhöriga och hela deras situation, eftersom patientens situation och hälsa påverkar närstående. Ett *förtroende* kan ge patienten en känsla av att känna distriktssköterskan lite mer privat, inte bara i yrkesrelationen, som patient och vårdare. Patienterna menade att ett *förtroende* blir till när distriktssköterskan tillåter patienten att höra av sig och när distriktssköterskan ofta har kontakt och tar sig an patienten. Att som distriktssköterska vara *förtroendefull* genom att ge patienten svar på frågor, kan göra att hon upplevs pålitlig:

Jag får förtroende för henne så att jag kan tala om hur jag känner och hur jag tycker och jag kan få svar, från henne.

Patienter berättade att det är en trygghet att kunna kontakta distriktssköterskan, eftersom hon känner till patientens besvär och tillstånd. Då upplevs hon som pålitlig för att hon är trovärdig, kunnig och tillförlitlig. Om hon kan förmedla hopp hos patienten upplevs hon vara *tillitsfull*. En patient uttryckte även att distriktssköterskan ska respektera människovärdet, integritet och värdighet. Att ha förmågan att visa sin kompetens och intresse kan vara av stort värde och innebära att patienten känner ett *förtroende*, som skapar lugn och trygghet exempelvis när patienten bor ensam. Patienterna uttryckte att de måste kunna *lita* på distriktssköterskan, att hon ställer upp när de behöver hjälp. Förtroende kommer till när distriktssköterskan visar att hon vet, vilket ger patienten trygghet och hon

upplevs då som pålitlig. När distriktssköterskan är *tillitsfull och förtroendeingivande* känner patienten att distriktssköterskan är någon att lita på, seriös, bekräftande och tar patienten på allvar:

Annars får man inte förtroende. Om man ser att hon är tviolande på saker och ting då blir man inte lugn på samma sätt som om man känner att hon vet precis hur det är. Tillit, jag ser att det där är någon att hålla i handen när det blåser. Jag ska kunna vända mig till henne och lita på att hon hjälper mig.

Genom att distriktssköterskan är *noggrann och ordentlig* uppfattas hon som pålitlig, enligt patienternas utsagor. *Noggrannhet* kan ha att göra med att passa tider, vara punktlig men också i det praktiska handlaget vara *ordentlig* genom att vara skötsam eller uppmärksam på patientens hälsotillstånd, t.ex. i samband med sårömläggningar och kateterbyten vara *ordentlig*.

Distriktssköterskan är väldigt noggrann vid omläggningar.

Respektfull

Patienterna menade att när distriktssköterskan visar sig *trevlig, glad och artig, lugn och sympatisk* visar hon vördnad för patienten och är därmed respektfull. Det handlar om att i sitt beteende vara *informell, naturlig, förstående och kunna trösta*.

När distriktssköterskan är respektfull är hon det genom att vara *trevlig, glad och artig* genom att vara äkta, som en del av personligheten. Ett tecken på att patienten upplevt henne som *trevlig* är att efter mötet känner sig patienten glad. Patienterna uttryckte att när distriktssköterskan väntas komma på ett hembesök, väntar man på ett trevligt besök:

Om det kommer en vänlig människa och pysslar om en så är det bättre än en hårdhänt, det är ju olika, en del kan man lägga armen om och de bara skrattar.

Patienterna uttryckte även att när distriktssköterskan är *glad* och *lätsam, pigg och naturlig* kan det vara gynnsamt för patientens upplevelse av hälsa. Mötet piggar upp och då är det lättare att glömma sjukdomen. En patient berättar:

Är hon glad och lättsam blir jag det också, det lättar upp även min sjukdom.

När distriktssköterskan visar glädje i en gärning kan patienten uppleva att det är lätt att få kontakt och prata med henne, vilket i sin tur kan leda till att patienten också blir glad och de kan ha roligt tillsammans. Genom detta delande av något kan det som gör ont finnas men samtidigt få stå i bakgrunden. En av patienterna menade att *bara de är glada själva så kan jag bli bekant med precis vem som helst och vi kan ha hur roligt som helst, om man har hur ont som helst.*

Distriktssköterskan kan uppfattas som respektfull när hon tillåter patienten att säga vad som helst genom att vara skojfrisk, tålmodig, accepterande och tillåtande, genom att vara lättsam, visa närhet och förmedla en tillfällig vänskap:

Även att skoja och vara lättsam, vara nära för jag retar henne, vi står så nära, det blir nästan som en kompisanda. Jag vågar skoja med henne för jag får svar på tal och hon kan även skoja med mig.

Att visa ömhet och en känslomässig generositet kan upplevas som att distriktssköterskan är god, älskvärd och behaglig och patienten kan få en känsla av att inte vara till besvär. Att krama om patienten, önska lycka till eller tala om att patienten kan ringa henne vid behov, gör att patienten upplever henne som respektfull, vilket visas i följande uttalande:

Distriktssköterskan är en sån där go´ människa. När hon kommer, hon kramar om en och hon kramar om en när hon går och så där och önskar lycka till och är det något så är det bara att ringa. Jag vet att jag har en person att vända mig till när jag behöver.

Tecken på *artighet* kan vara att bemöta patienten på bästa möjliga sätt och framförallt vara *vänlig*, vilket ses i en vårdande gärning som att vara respektfull. Ett *vänligt* eller uppmuntrande ord, mer än kanske vad patienten behöver, kan räcka. Att göra detta kan ses som en medveten vårdhandling eller gärning för att patienten ska må bra. Att ha för vana att visa *artighet* innebär också att bevara eller respektera patientens värdighet, och på så sätt finns *artigheten* i en vårdande gärning. Det framkom också att patienterna anser att distriktssköterskan bör vara en god människa. När hon hälsar på patienten i hemmet kan

det tolkas som att hon är en god människa. Patienten uppskattar ett *trevligt* besök av distriktssköterskan, antingen patienten är sjuk eller ej:

Hon ska vara en god människa och därmed jämt. En tycker det är trevligt när hon kommer vare sig hon besöker mig som sjuk eller om hon kommer och tittar in och frågar hur det är med mig.

Patienter uttryckte att distriktssköterskan inte bör visa att hon har mycket att göra och är stressad. Hon bör ändå utföra allt i *lugn* och ro och samtidigt vara *sympatisk* och visa sig respektfull, trots att hon ibland är stressad:

Det är aldrig sura miner på dem när de kommer, inte hos någon av dem. Ja de har alltid något roligt att säga för det mesta. Många gånger är de väldigt stressade, det måste jag säga, för de har ju fullt upp att göra och de har tider att följa, men ändå så är de inte stressade, så att de visar mig. Det kan ju säga idag, är jag stressad och ska dit och dit den tiden, men de gör ju det de ska i lugn och ro ändå och ändå är de glada.

I patienters utsagor framkom att vårdande gärningar som tyder på vördnad för patienten, innehåller medmänsklighet och ett möte eller samtal mellan människor i en personlig ton. Patienterna värdesätter att distriktssköterskan är *informell och naturlig*. Att vara alltför formell och korrekt i sin hållning är inte önskvärt utifrån patientens perspektiv. Flera menar att det ska kunna gå att prata med distriktssköterskan på ett naturligt sätt, och det upplevs som att patienten blir till som människa i mötet med vårdaren. Att kunna göra något annat, rent praktiskt och ge något utöver det rent yrkesmässiga kan innebära något positivt som t.ex. trivsel:

Att det blir ett mer personligt tonfall än det rent formella. Hon får vara ganska personlig, det får hon vara, det är bara bra. För det här kalla, formella det kan ju vara effektivt och du sköter sjukdomen ganska bra, men det ska vara lite mer personligt, då trivs jag i alla fall bättre. Hon kommer, hejsvejs säger hon, så tar hon min hand.

Är det någonting som hon tycker är söligt då tar hon trasan och torkar av "nu är det rent och fint åt dig" säger hon. Hon är så bra.

När distriktssköterskan är respektfull genom att vara *förstående*, uttryckte patienterna att det kan innebära att hon uppfattas som respektfull. Att vara *förstående* kan handla om att visa medlidande och förståelse för att patienten behöver hjälp. Det kan upplevas lättare för patienten om distriktssköterskan är *förstående*, eftersom patienten då erfar respekt. När distriktssköterskan visar att hon förstår hur patienten har det och kan föra patientens talan, och även komma ihåg vad patienten tidigare sagt, uppfattas det som respektfullt. I en vårdande gärning kan hon säga rent ut att hon förstår och att det ordnar upp sig, vilket upplevs av patienterna som att hon verkligen är *förstående*. Genom insikt och inseende kan distriktssköterskan begripa och ha förståelse för patienten och patientens situation. Att ha förståelse för patientens hälsa och även att veta hur man som distriktssköterskan kan hjälpa patienten kan göra att patienten känner sig bättre eller piggare, uttryckte även en av patienterna:

Då säger hon rent ut, att jag förstår dig och sedan brukar hon säga, det ordnar sig, jag förstår så väl att du har det så och så, sa hon senast igår. Vi måste göra någonting. Jag känner mig piggare så fort hon bara säger det ordet, jag förstår dig.

Det framkom även att distriktssköterskan var respektfull när hon är *förstående* och tar patientens besvär och bekymmer på allvar, vilket yttrar sig som att hon är *förstående* och tror på vad patienten säger. Att acceptera patienten vad än patienten säger eller vilken sjukdom patienten än har, kan ha stor betydelse för patienten:

Det är klart att det hjälper om en har någon som förstår en. Kommer de och säger att det inte är så fasligt, du har inte så ont, då blir en ju ledsen.

I en vårdande gärning beskriver patienterna att tröst förmedlas genom att inge hopp och ge en kram när patienten har det svårt och är ledsen. Att trösta och uppmuntra patienten tolkades som en angelägen vårdhandling, t.ex. kan distriktssköterskan "puffa på" patienten och få patienten att tro att allt kommer att ordna sig, menade en patient. Att besöka

patienten efter det att distriktssköterskan slutat sitt arbete kan vara en god gärning. En *tröstande* handling kan vara att pyssla om patienten:

Innan semestern kom hon upp till mig och sa, att 'det är allt synd om dig att du ska ha det här såret men nu ska vi göra så här, att vi tar omläggning en gång om dagen och sedan var tredje dag. Jag ska ha det här bättre innan jag går på semester och sedan ska de sköta det här, så när jag kommer tillbaka från semestern, då ska du ha ett ben som är helt och har inga sår.' För många år sedan, jag hade ont, hade de här såren då också och åkte dit ner. Min äldsta tös hade blivit änka dagen innan. Distriktssköterskan visste om detta, när jag kom dit, för de bodde inte så långt från varandra. De tog in mig särskilt i ett rum och pysslade om mig och tröstade mig på alla vis.

Sammanfattningsvis erfar patienter att en god och vårdande gärning handlar om att distriktssköterskan är välvillig och hjälpsam genom att tala med patienten, lyssna, ställa frågor och bryr sig om. Tala med patienten innebär att vara lyhörd, ha förmågan att kunna samtala om andra saker, ringa patienten och ge ett gensvar. Distriktssköterskan bör lyssna, fråga och låta patienten bli delaktig i en öppen dialog, och även berätta om sina erfarenheter och snabbt sätta sig in i patientens problem och behov för att kunna ge råd. Distriktssköterska ska våga vara sig själv och tillåta att patienten säger vad han eller hon vill. Att bryr sig om och att vara omsorgsfull handlar även om att besöka, hjälpa till och följa upp patienten, t.ex. efter en sjukhusvistelse.

I en vårdande gärning är distriktssköterskan skicklig genom att ta ansvar och initiativ, är uppmärksam, vet vad som ska göras och visar vad hon kan för patienten. Att delegera, kontrollera, följa upp och undervisa handlar om att kunna samarbeta och ta ansvar både inför patienten, läkaren, kolleger och annan personal. Skicklighet är även praktisk kunnighet, fingerfärdighet, kunna svara på frågor, vara envis, bedöma, agera och ta initiativ till olika vårdhandlingar, vilket visar på handlingskraft. Distriktssköterskan är pålitlig när hon är noggrann och ordentlig, förtroendegivande och tillitsfull. Att vara seriös, bekräfta patienten och vet vad som ska göras kan ge patienten trygghet och tillit. Noggrannhet,

punktlighet, att vara skötsam och uppmärksam, föra patientens talan och visa att hon kommer ihåg vad patienten sagt, upplevs som pålitligt.

Distriktssköterskan ska ta patientens lidande på allvar, vara respektfull och visa det genom att vara trevlig, glad, artig, lugn, sympatisk, informell, naturlig, förstående och trösta. Lugn, artighet, vänlighet och att vara mer informell kan tolkas som att patientens värdighet bevaras eller respekteras. Patientens delaktighet kan innebära att inte låta patienten vara ensam, ge ömhet, vara positiv, hoppfull, älskvärd och välvillig, kunna skoja, vara behaglig och hänsynsfull, trivsamt, gemytligt, vara sig själv, vara enkel, kunna prata med patienten och verkligen lyssna, vara öppen och informell. När distriktssköterskan visar närhet, är snäll, tålmodig, accepterande och ger ett gott omhändertagande upplevs hon som vänlig och ödmjuk i sin personlighet inför patienten. Tröst innebär att inge hopp, uppmuntra patienten eller helt enkelt göra patienten gladare.

Lindring av lidande och en bättre hälsoprocess framkom avseende goda och vårdande gärningar. När distriktssköterskan visar att hon bryr sig om upplever patienten trygghet, omhändertagen, uppmärksammas och respekteras, får bättre matlust och blodtryck, harmoni, lugn, blir gladare och det blir lättare att ha ont. Tillit, trygghet, medlidande, bättre hälsa uppstår när distriktssköterskan är pålitlig. En distriktssköterska som är noggrann och ordentlig känner patienten tillit till. När distriktssköterskan var vänlig, glad, artig kunde patienten glömma sin sjukdom och känna glädje och att inte vara till besvär. Vördnad för patienten kan leda till att patienten mår bättre och känner sig värdigt bemött och uppskattad som människa. En lugn och sympatisk distriktssköterska gör att patienten känner sig respekteras. Att vara informell och naturlig kan patienten uppleva som att bli sedd som människa i mötet och känna förståelse. En distriktssköterska som är vänlig och pysslar om patienten värdesätts. Förståelse, tröst, respekt och hopp gör att patienten känner sig bättre och accepterad.

Utgående från innehållet i de fyra ovan beskrivna temana: välvillig, hjälpsam, skicklig, pålitlig och respektfull kan följande teser formuleras för vårdande gärningar:

Ett vårdande som visar sig i välvillighet, hjälpsamhet, skicklighet, pålitlighet och respektfullhet kan lindra patientens lidande och bidra till välbefinnande och en hälsoupplevelse.

Ett vårdande blir till när distriktssköterskan är medmänsklig och möjliggör för patienten att bli till som människa och bevara sin värdighet.

Ett vårdande blir till genom att balansera patientens rätt och behov av att få vara patient och få vara den man är utan sjukdom och behov av hjälp.

En förutsättning för ett vårdande är det som bygger på gemenskap och förtrolighet.

Vårdande gärningar – vårdarperspektiv

Baserat dels på de öppna frågorna i frågeformuläret, dels på utsagorna från fokusgruppsintervjuerna framkom att vårdarna beskriver gärningar som är vårdande och gärningar som är icke-vårdande. De öppna frågorna i frågeformuläret, Delstudie B, och för Delstudie C presenteras. Resultatet inleds med att beskriva vårdares vårdande gärningar.

Analys och tolkning i delstudie B och delstudie C gav tre teman, är: *intresserad, vänlig och kompetent* och åtta subteman, att: *lyssna, vara lugn och ha tålamod, tala med patienten, visa ödmjukhet, hänsyn och respekt, vara ambitiös och bry sig om, trevlig och artig, ta ansvar och vara noggrann, trovärdig och samarbeta*.⁷¹

⁷¹ Svaren från enkäten och de samtal som fördes i fokusgruppsintervjun visade att vårdarna (vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterska och distriktssköterska) gav i huvudsak likartade svar på frågorna om gärningar, vanor och ovanor. Därför presenteras svaren i samma analys- och tolkningsprocess.

Intresserad

Att som vårdare vara intresserad visar sig enligt vårdarna själva i förhållningssättet genom att *lyssna, vara lugn och ha tålamod, att tala med patienten, visa ödmjukhet, hänsyn och respekt* samt vara *ambitiös och bryr sig om patienten*.

En vårdare som är intresserad, engagerad och omtänksam visar det genom att vara *lugn* och ge sig tid till att *lyssna* på vad patienten har att säga samt visar *tålamod*. Detta är vårdande gärningar som kan uttryckas enligt följande:

Jag är bra på att lyssna och har bra tålamod.

Lugn förmedlas genom att vara närvarande och *lyssna*. Vårdarna uttryckte att när de har förmågan att vara *lugna* och kan *lyssna* klarar de av stressen och får förståelse för patienten, som ger förutsättningar för att det ska bli ett mellanmänniskt möte som lindrar patientens lidande. Vårdarna menar att när de kan *lyssna* och är *lugna* får patienten möjlighet att uttrycka det han eller hon vill ha hjälp med, samtidigt som vårdarna får möjlighet att ge den hjälp som patienten verkligen önskar:

Jag försöker lyssna på vårdtagarnas egna önskemål och tillgodose dessa, i den mån det går, försöker och hjälpa dem med det de vill ha hjälp med.

Vårdarna beskriver att en vårdare som är intresserad visar detta genom att vara *lugn* och har förmågan att kunna *lyssna* trots att det är jäktigt och stressigt. Vilket kan vara ett uttryck av att vara *tålmodig*. Att kunna ge tid för patienten förutsätter att vårdarna inte har bråttom eller är stressade och om de är det, i så fall, inte visar det inför patienten. Vårdarna menade att medvetet ta sig tid till patienten visar att de ser patienten som betydelsefull och värd att ge tid. En vårdare uttryckte följande:

Jag tar mig tid, stressar inte, vad gör fem minuter mer om det betyder nåt för patienten. Att jag är lugn i mitt arbete och tar mig tid. Att jag bemöter patienten på ett bra sätt, tror jag. Jag har tålamod.

Intresse, engagemang och omtänksamhet förmedlas genom att vårdaren *talat med patienten*, i ett samtalande. Samtalet blir en vårdande gärning som föregår handlandet:

Det är samtalet då man kommer in, det är det viktigaste. Man börjar med samtalet innan man gör själva görandet. Man ser ju samtalet först.

Intresse i ett samtal visar vårdaren genom att *tala med patienten* och ställa frågor till patienten. Samtalet kan handla om att informera patienten och i samtalet vara uppmärksam, lyssna och prioritera. Enligt vårdarna kan patienten tillfrågas hur patienten vill ha det idag, om det ska göras på något annat sätt eller göras som vanligt. Men, samtalet kan brytas för att det ska göras något helt annat. Det handlar om att prioritera vilket som bör göras först. T.ex. kan ett samtal plötsligt brytas för att något annat, akut, måste göras hos en annan patient. Vårdarna menade då att det kan kännas som att patienten inte fått komma till tals, för att vårdaren inte talat om för patienten att vårdaren måste gå på det akuta besöket för att sedan komma tillbaka. När vårdaren är intresserad visar vårdaren detta genom att ställa frågor och tala till och med patienten. En vårdande gärning är att kunna känna av om patienten är nedstämd och våga fråga om det är något särskilt patienten vill tala om, hur patienten mår eller om patienten vill ha någon annan hjälp. En av vårdarna berättade:

Att se till, att när man möter en person, när man ändå är här, alla sådana här basala grejer som att 'behöver du gå på toa nu eller ska jag hjälpa dig med det, när jag ändå är här eller vill du ha något att äta, när jag ändå är här eller', det är sådana grejer ... alla sådana basbehov.

Det framkom i vårdarnas utsagor att när vårdarna är intresserade visas detta genom vårdande gärningar som att vara *ödmjuk, hänsynsfull och respektfull*. Detta kan förstås som att vårdarna trivs med patienterna, vilket ses som en förutsättning för god vård. I vårdarnas utsagor framkommer *ödmjukhet*, som kan ses som omtänksamhet eller i sitt yrke innebära att kunna bjuda på sig själv. En vårdare menade att vårdarna måste kunna sätta sig in i patientens situation och vara *ödmjuk* genom ett omhändertagande och kunna bjuda på sig själv och ibland ge något extra. *Ödmjukhet* finns i ett engagemang och intresse

när vårdaren visar *hänsyn*. Att vara nöjd med det som görs, beroende bland annat av att vårdaren lyssnat på patienten och lärt sig hur den äldre vill ha det, kan tyda på *ödmjukhet*. *Ödmjukheten* innebär förmågan att sätta sig själv åt sidan och inte vara auktoritär:

Att vara mig själv, inte sätta mig över dem, att tänka på att jag kanske inte har rätt utan att patienten får också säga sitt.

Det framkom i texterna att *respekt och hänsyn* är vårdande gärningar som visar på intresse och kan betyda att vårdaren behandlar patienten som vårdaren själv önskar bli behandlad. *Hänsyn* kan även innebära att tänka på vad som är bäst för patienten. Att visa *respekt* kan handla om att fråga hur patienten vill ha det och hur vårdaren ska göra. Att också alltid se till att patienten är nöjd kan visa att vårdaren är intresserad. När vårdaren visar *hänsyn och respekt*, kan en överenskommelse med patienten ske, om vad som ska göras. Vårdarna menade att när de var hänsynsfulla, kunde lyssna, utföra arbetsuppgifterna på ett lugnt och bra sätt och dessutom vara vänliga och trevliga, så skulle det troligen uppfattas av patienterna som att de var intresserade. Att förstå att varje patient har behov av individuell vård och vill bli omhändertagen på sitt sätt, tyder på *hänsyn och respekt* och innebär att göra som patienten vill och önskar.

Varje vårddagare är unik. Jag kan göra på olika sätt hos varje. Jag kan planera arbetet. Jag kommer in i deras hem och får göra som de vill ha det. Jag kan bestämma själv och tillsammans med patienten. Jag försöker alltid att vara positiv och visar hänsyn till att jag är i deras hem.

Vårdarna uttryckte att, att vara intresserad kan innebära att kunna tillmötesgå patientens önskemål och verkligen göra som patienten önskar, vilket kan beskrivas som att vara både *ambitiös och bry sig om*. Att *bry sig om*, i hemsjukvården, är att som vårdare komma hem, besöka patienten i patientens hem, oavsett om det är i ett enskilt boende eller på ett äldreboende. Vårdarna uttryckte det enligt följande:

Egentligen så kan jag tänka att när jag går in i deras rum så är jag i deras hem. Det är ju att tänka så när en jobbar på ett större ställe att varje gång någon går ut, varje

gång någon går in, är det i deras hem. Det är ju lättare för mig kanske, som går... det är både lättare och svårare. Det är inte lätt alltid att gå in i hemmen. Det beror ju på. Men det vänjer man sig vid kanske.

Vårdarna menar att *bry sig om* och vara *ambitiös* visar sig i intresse. Att vara *ambitiös* som vårdare kan innebära en önskan om att göra sitt bästa, göra arbetsuppgiften bra och se till att patienten har det gott. En sådan inställning kan genomsyra allt vårdarbete. När vårdarna ser arbetet med patienten som givande, kan det betyda att vårdaren anser att han eller hon hjälper till mer än "bara" utför ett betalt arbete. Vilket kan innebära att vårdaren har intresse för sitt yrke och är *ambitiös*. Att med olika medel vilja skapa en relation med patienten, kan handla om att *bry sig om* och vara *ambitiös* i en vårdande gärning. När en vårdare vill arbeta med äldre och inser att äldre har mycket att ge och lära gör vårdaren detta genom att *bry sig om* patienten. En kram kan visa omtänksamhet:

Vill arbeta med människor, äldre har så mycket att berätta och lära oss som är yngre. Finns det något bättre än att krama en gammal tant, farbror och få se hur mycket en liten kram betyder för dem, det får mej att må bra.

Vänlig

När vårdaren är vänlig är han eller hon *trevlig och artig* i en hållning präglad av ödmjukhet där vårdaren kommer patienten nära och skapar förtroende.

Det framkom i vårdarnas utsagor att när vårdaren är *trevlig och artig* i mötet med patienten bidrog det att skapa en anda av vänlighet. Vänlighet kan innebära att vara känslösam, våga komma patienten nära, visa positiva känslor, vara glad och positiv. Att tro på ärlighet och vara *trevlig* och ge hjälp, uttrycktes av vårdarna. Att presentera sig, visa *artighet* kan bidra till ett trevligt möte:

Att jag är trevlig och pratar med dem och ger den hjälp de behöver.

När vårdaren i en vårdande gärning är vänlig är han eller hon *trevlig*, vilket kan ge mycket positivt tillbaka från patienten. *Artighet* inför patienten kan förstås som att tillåta patienten att själv få bestämma vad som ska göras. En vårdare menade att *det är de boende som bestämmer, det är ju jag som är främlingen i deras hem*. När vårdaren är *trevlig och artig* finns en vilja att skapa och vidmakthålla förtroende, som vilar på ömsesidighet. En god gärning kan bli till genom vänlighet och åstadkomma ett positivt bemötande. Vårdarnas personlighet och karaktärsdrag blir på ett eller annat sätt alltid synliga i mötet med patienten. Det framkom i texterna att vänlighet är en uppmuntran och innebär att vara *trevlig*, kanske bjuda patienten på ett leende och då anses vårdaren både snäll och *trevlig*:

Att man kan bjuda på ett litet leende, alltså att man ändå, att man är snäll, det är ju en uppmuntran, alltså att man är trevlig mot personen.

Kompetent

Att vara kompetent visar sig i att vårdaren *tar ansvar och är noggrann, trovärdig* och kan *samarbeta*. Det handlar om att veta vad som ska göras och göra det vårdaren kan, för patienten utifrån den kunskap vårdaren har, vilket gör att vårdaren blir *trovärdig*. En vårdande gärning är när vårdaren kan *samarbeta* med andra till gagn för patienten.

Att vara kompetent innebär att vårdaren *tar ansvar och är noggrann*. Enligt vårdarnas utsagor är vårdaren kompetent när vårdaren vet vad som ska göras och gör sitt bästa för att underlätta för patienten. Att i en vårdande gärning vara kompetent ger goda förutsättningar för att ta egna initiativ och att alltid utgå från patienten och det patienten vill och önskar utifrån den kunskap vårdaren har om patienten. När vårdaren tar initiativ och *ansvar* är vårdaren professionell, flexibel, kan prioritera och är engagerad. Att *ta ansvar* kan ses när vårdaren rent konkret försöker uppfylla de krav som ställs för en optimal vård och ser till patientens bästa. Vilja till att vara professionell kan visa sig i vårdarbetet som då utförs på ett kompetent sätt. Det kan även visa sig vid initiativ till olika åtgärder eller kunnighet och hör ihop med kunskap enligt vårdarna. Vårdarna berättade att när de har

kunskap kan de bli mer kompetenta och göra vårdandet bättre. Yrkesmässigheten innebär att inte ta det alltför personligt om man blir anklagad för något. Att vara flexibel och kunna prioritera och även veta när något inte ska göras handlar om att vara kompetent. Att *vara noggrann* kan innebära att vara punktlig, och se till att saker och ting blir gjorda vilket visar att vårdaren tar *ansvar*. *Noggrannhet* i vårdarbetet handlar om att se till patientens bästa. En vårdare menade:

Jag är noggrann i mitt arbete och försöker alltid ta reda på hur patienten mår så jag behandlar denne utifrån dess situation.

Vårdarna uttryckte även att kompetens handlar om att vara *trovärdig*, vilket innebär att vårdaren måste förhålla sig på ett särskilt sätt inför varje patient, vilket kan bli ett speciellt förhållningssätt. När vårdaren är *trovärdig* utifrån sin kompetens, kan en relation utvecklas mellan patient och vårdare allteftersom kontakten och vården fortsätter och kanske blir långvarig. För att upplevas som *trovärdig* anser vårdarna själva att de bör hålla vad de lovat eller kommit överens med patienten om. Det kan handla om att hålla tider, ringa och tala om en försenad ankomst, vara ärlig och ödmjuk inför patienten. Vårdaren ska även tala om när och vem som kommer till patienten, när vårdaren själv inte kan komma.

Vårdarna menar att när de är kompetenta uppfattas de som *trovärdiga*. Det kan också innebära att ha förmågan att kunna förändra sig i en yttre attityd, i sin yrkesroll t.ex. som vårdarna uttryckte det, att "vara skådespelare". Detta, menar vårdarna, kan handla om ett förhållningssätt, där vårdaren "byter skepnad" inför olika patienter för att bli *trovärdig*. Vårdarna uttryckte att det kan vara lättare att arbeta om man kan byta roller som en skådespelare:

Egentligen får en nästan lära som en skådespelare när en byter rum och går in till olika, en får nästan byta skepnad.

Vårdarna uttryckte även förmågan att kunna *samarbeta* som en del av sin kompetens. Vårdarna arbetar i en grupp där det blir ett givande och ett tagande. En bra dialog och gott *samarbete* mellan vårdarna ger större förutsättningar för självbestämmande och därmed finns

större förutsättningar för att en god vård ges till patienten. Personalgruppen gör gemensamt upp vissa arbetsmoment och handlingar som blir praktiska i arbetet och som kräver *samarbete*. Ett exempel kan vara att svara på varandras ringningar när en annan vårdare är i närheten, trots att den vårdaren är inne hos en annan patient. *Samarbete* handlar om förmågan att ställa upp för varandra där vårdarna visar en viss kompetens. En av vårdarna menade att det fungerar bra att arbeta ihop med kolleger och en annan uttryckte att *vårans grupp fungerar bra och det är en trevlig stämning*. En annan vårdare uttryckte att *alla är trevliga och vi kommer bra överens och hjälper varandra. Vi samarbetar bra*.

Sammanfattningsvis framkom i texterna från de öppna frågorna i frågeformuläret respektive från fokusgruppsintervjuerna att vårdande gärningar är då vårdaren intresserar sig för patienten och lyssnar. Det framkom även att vårdande gärningar handlar om när vårdaren är lugn, har tålmod, talar med patienten, visar hänsyn och respekt, är ambitiös och bryr sig om patienten. Att vara lugn, lyssna och ha tålmod med patienten, innebär att se patienten som viktig och värd att bry sig om, och vårdaren visar detta genom att ge tid för patienten. Att hjälpa patienten med det patienten önskar hjälp med kan förstås som att vårdaren är ambitiös, omtänksam och respekterar patienten. Att tala med patienten innebär att samtala, våga fråga och informera. Vänlighet handlar det om att i bemötandet vara trevlig och artig, uppmuntra, visa positiva känslor till patienten och vara glad, positiv, ärlig, artig, personlig, visa goda karaktärsdrag och vara snäll. Kompetens visar vårdaren genom att vara trovärdig, noggrann, ta ansvar och vara samarbetsvillig. När vårdaren försöker underlätta för patienten och ser till patientens bästa, är flexibel och inser värdet av att vara kunnig, ser vårdaren sig som kompetent och ansvarstagande. Initiativ och ansvar ger professionalism. Att vilja patientens bästa handlar om att vara intresserad av patienten och fråga patienten, vilket ger kunskap om patienten. En trovärdig vårdare är sanningsenlig, plikttrogen, ärlig och ödmjuk. *Samarbete* med patient och kolleger innebär, enligt vårdarna, en god kommunikation som ger en god vård.

Gärningar hos vårdaren visar hur vårdaren är eller vad vårdaren gör och får positiva eller negativa konsekvenser för patienterna. Vårdaren uttryckte att patienterna är mycket tacksamma och visar att de värdesätter allt de gör och att de flesta uppskattar när vårdaren kommer. Flertalet patienter är tillmötesgående, lätta att prata med och vill gärna hjälpa till så gott det går.

Goda konsekvenser av vårdande gärningar kan upplevas av vårdarna själva när en lugn vårdare lyssnar på patienten, vilket ökar möjligheterna att skaffa kunskap om patienten. Att ge tid till patienten visar på respekt och kan lindra patientens lidande och tillgodose patientens behov och begär. Vårdarens stress ser inte patienten om vårdaren är lugn och ger patienten tid. Att tala med patienten innebär att ge den information patienten behöver, där patienten blir mer öppen och vågar fråga eller be om hjälp. Vårdarna menar att det vårdande ligger i att patienterna känner sig omhändertagna, betydelsefulla och har ett värde. Ödmjukhet inför den äldre handlar om att fråga och ge ett gott omhändertagande där vårdaren visar hänsyn och respekt och gör som patienten vill och önskar. En ambitiös vårdare uppmärksammar patienten välbefinnande. Patienten får förtroende för en vårdare som är trevlig och artig och en relation kan utvecklas. Vårdarna menade att patienterna kände sig omhändertagna, respekterade, uppmärksammade och sedda när vårdarna var ambitiösa, brydde sig om patienten och var vänliga, trevliga och artiga. Då kände sig patienterna sedda, bekräftade och betydelsefulla. Vårdarna ansåg även att patienterna upplevde förtroende för vårdaren och ett positivt bemötande, när vårdaren var trevlig och artig.

Utgående från de tre temana intresserad, vänlig och kompetent kan följande teser formuleras:

Vårdare som visar att de är intresserade av hur patienten har det, som är vänliga, ödmjuka och kompetenta, bidrar till att lindra patientens lidande och upprätthålla värdighet.

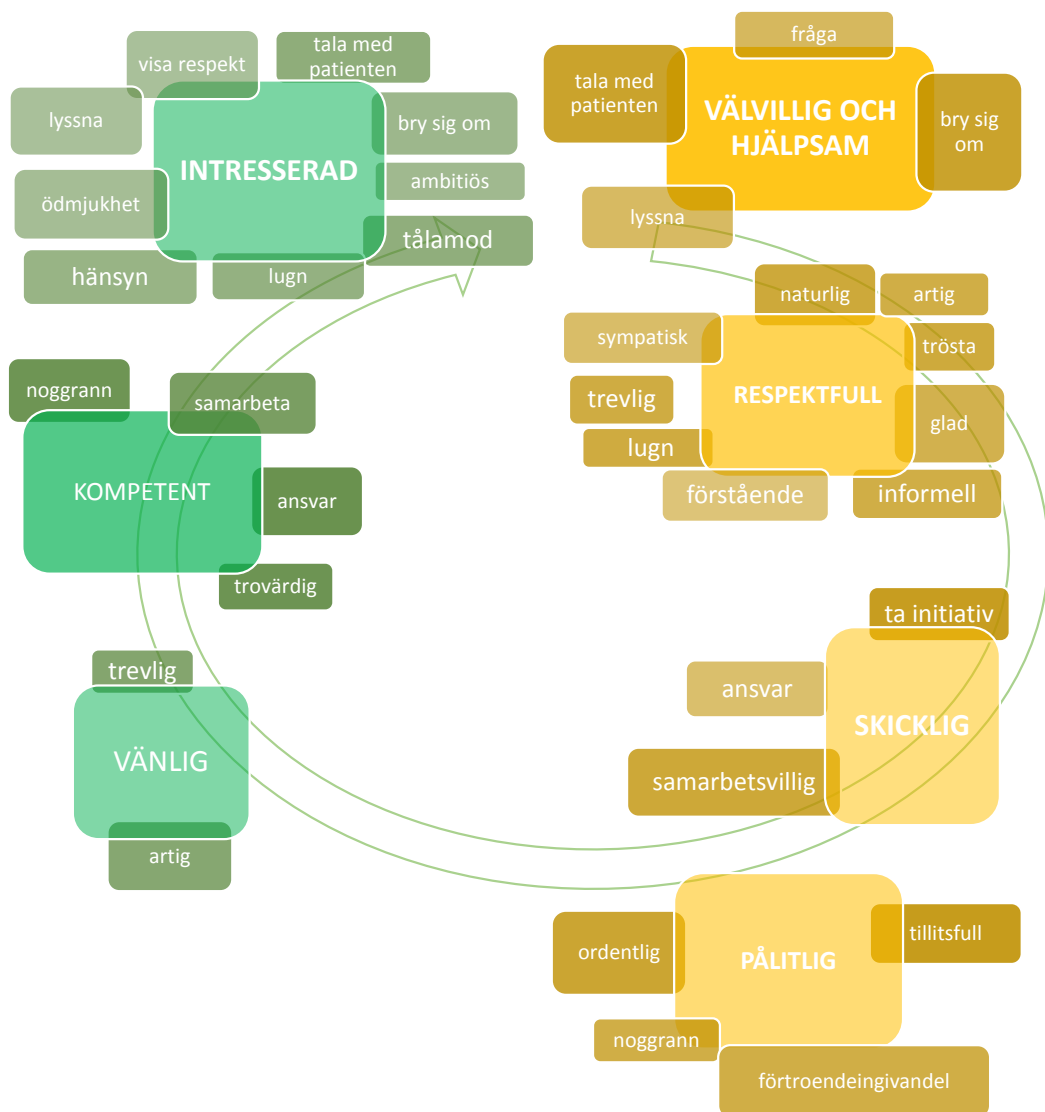
Ett vårdande som leder till att patienten känner sig betydelsefull och där löftet om vård förverkligas bidrar till att lindra patientens lidande.

Samtalet och relationens kvalitet är avgörande för om en vårdande gärning kan skapas.

Samarbetet med andra inom vården för patientens bästa är viktigt för att kunna ta ansvar för vård och vårdande.

Genom tolkning av datamaterialet i delstudie A, B och C, kan vården som *patienter* och *vårdare* beskrivit förstås som förutsättningar för att en vårdande gärning ska bli till, där patientens lidande lindras och en rörelse mot hälsa sker. I figuren nedan finns subteman och teman för patienters uttalanden i de gula rektanglarna där de större kvadraterna är teman som beskriver vad vårdaren *är* och där subteman är det som visar sig som patienter beskriver i det vårdaren *gör*. De gröna rektanglarna visar på samma sätt teman och subteman från vårdares utsagor, om vårdarens gärningar. (Figur 2. "Vårdande gärningar baserade på teman och subteman från patienters och vårdares utsagor").

Vårdande gärningar



Figur 2. Vårdande gärningar baserade på teman och subteman från patienters och vårdares utsagor.

De teser som framkommit utgående från patienters respektive vårdares utsagor ses nedan i den gröna rektangeln och den gula (Figur 3. "Tesar från vårdande gärningar från patienters (gul) och vårdares (grön) utsagor"). Vid ytterligare tolkning av de gärningar som patienter och vårdare beskriver kommer ny förståelse av de vårdande gärningarna vilka handlar om *engagemang, ödmjukhet och professionalism.*

*Ett vårdande som visar sig i
välvoillighet, hjälpsamhet,
skicklighet, pålitlighet och
respektfullhet kan lindra
patientens lidande och bidra
till välbefinnande och en
hälsoupplevelse.*

*Ett vårdande blir till när
distriktssköterskan är
medmänsklig och möjliggör
för patienten att bli till som
människa och bevara sin
värdighet.*

*Ett vårdande blir till genom
att balansera patientens rätt
och behov av att få vara
patient och få vara den man
är utan sjukdom och behov av
hjälp.*

*En förutsättning för ett
vårdande är det som bygger
på gemenskap och
förtrolighet.*

*Vårdare som visar att de är
intresserade av hur patienten har
det, som är vänliga, ödmjuka och
kompetenta, bidrar till att lindra
patientens lidande och
upprätthålla värdighet.*

*Ett vårdande som leder till att
patienten känner sig betydelsefull
och där löftet om vård
förverkligas bidrar till att lindra
patientens lidande.*

*Samtalet och relationens kvalitet
är avgörande för om en vårdande
gärning kan skapas.*

*Samarbetet med andra inom
vården för patientens bästa är
vitalt för att kunna ta ansvar för
vård och vårdande.*

Figur 3. Teser från vårdande gärningar från patienters (gul) och vårdares (grön) utsagor.

När teser presenterade i figur 3 träder följande tes fram som svar på vilka gärningar som är vårdande:

Vårdarens hållning, uppträdande och engagemang för patienten och där vårdarens kunnande och goda vilja i ödmjukhet får patienten att känna sig betydelsefull och respekterad är en vårdande gärning. En sådan gärning leder till att patientens lidande lindras i en rörelse mot hälsa och (en delad) gemenskap mellan patient och vårdare som ger livskraft.

Utgående från denna tes baserade på patienters och vårdares utsagor ställdes frågan till texterna om vilka gärningar i vården som var vårdande.

Utgående från analys och tolkning som gjorts av texterna från delstudie A ställdes frågor till texten i delstudie B och i delstudie C om vilka gärningar som var vårdande. Dessa vårdande gärningar kan beskrivas och sammanfattas som *gärningar som förmedlar vänlighet och tillit, gärningar som görs med engagemang och omtanke, gärningar som är förenade med plikt och gärningar som ger tid med patienten.*

Gärningar som förmedlar vänlighet och tillit

En gärning blir vårdande då den förmedlar vänlighet, vilket kan visa sig när vårdaren bemöter patienten med tillit. Vårdarna menar att en vänlig och tillförlitlig gärning skapar förtroende hos patienten. Tillförlitliga gärningar ses som vårdande gärningar där vårdaren t.ex. ger patienten ett löfte som vårdaren sedan håller. Om en vårdare besöker en patient på boendet och en annan patient larmar, handlar det om att tala om att tillfälligt gå ifrån patienten, för att höra vad den andre patienten vill och att därefter komma tillbaka. Detta skapar förtroende och tillit mellan vårdare och patient, enligt vårdarna.

Gärningar som görs med engagemang och omtanke

Gärningar med engagemang, menar vårdarna, visar sig då vårdaren visar intresse och respekt samt hjälper patienten. En vårdande gärning med omtanke ses när vårdaren är

hänsynsfull, lyssnar och samtalar med patienten. Att visa engagemang och omtanke kan förstås som att hjälpa patienten med de basala hygienrutinerna eller med det patienten inte kan eller hjälpa patienten till självhjälp. Det handlar även om att vårdaren hjälper till så att patienten får sammanhang i tillvaron. Detta förutsätter att vårdaren etablerat en relation för att få veta vad som är en hjälp för patienten. Ett exempel som vårdarna nämnde som även visar på vårdarens omtanke och som inte fanns i uppdraget hos patienten, men som vårdaren ändå gärna gjorde, var att hämta tidningen till patienten ute i postlådan. Detta var en gärning där vårdaren kunde visa omtanke och tillmötesgå patientens önskemål.

En förutsättning för att en vårdande gärning ska ske är att engagemanget och intresset visar sig i en uppmärksamhet, att se patienten som människa och medmänniska med omtanke. Vårdande gärningar med engagemang och intresse, i en vårdande akt, visar sig i hur och om vårdaren uppmärksammar och ser patientens belägenhet. Detta väcker vårdarens omtanke om den andre, som är i behov av hjälp och i många fall beroende av vårdaren.

Gärningar som är förenade med plikt

Vårdarna menade att vårdande gärningar handlar om att som vårdare göra det som ska och måste göras för patienten, dvs. utföra sin plikt i en vårdande akt. Att ha förmåga att verkligen kunna göra det som ska göras för patienten anser vårdarna är en vårdande gärning vårdande. Att veta vad, handlar om att ha kunskap och erfarenhet. Det handlar även om att kunna prioritera det som är viktigast vid hembesöket både avseende patientens kroppsliga, själsliga och andliga behov.

Gärningar som ger tid med patienten

Vårdande gärningar handlar om att ge tid till samtal med patienten och närstående samt ha förmåga att kunna se helheten. Att ge förutsättningar för ett vårdande kan handla om att ta sig tid hos patienten vilket kan göra att vårdaren lär känna patienten. Vårdandet i sig kan innebära att både veta och kunna utföra uppgiften med hänsyn till både tid, och i det samtal vårdaren har med patienten. För helheten handlar om att se den unika patienten och tillåta

patienten att vara människa och patient.

Gärningar i den vårdande akten är goda gärningar som ger följande tes:

Gärningar som förmedlar vänlighet, tillit, engagemang, omtanke, förenade med plikt och ansvar och som ger tid med patienten är vårdande.

Gärningar som inger förtroende, skapar tillit, hjälp, ger uppmärksamhet och är till hjälp är vårdande då de bidrar till att patienten får vara människa, medmänniska och patient.

Vårdaren förstår om gärningen är vårdande genom att patienten inbjuder vårdaren att dela något i patientens liv.

Den vårdande gärningens betydelse

Patienter och vårdare beskriver gärningar som är vårdande och som har positiv betydelse för den äldres hälsa, samt kan bidra till hälsa och lindring av patientens lidande. Distriktssköterskans vårdande gärningar kan således upplevas av patienten som välgörande för patientens hälsoprocess, vara hälsofrämjande och hälsobringande. Patienten kan känna sig sedd, gladare, piggare, känna trygghet och omhändertagen. Patienten känner sig även uppmärksamrad, respekterad, accepterad, harmonisk, lugn, inte så ledsen och upplever bättre livskvalitet. I denna hälsoprocess har distriktssköterskans vårdande gärningar betydelse och patientens blodtryck kan sänkas, det blir lättare att ha ont, patienten känner en bättre förståelse och får en bättre insikt. Patienten upplever sig inte så ensam och att det verkligen händer något, något som blir åtgärdat, där patienten verkligen får hjälp. Förtroende, tillit, medlidande och en lindring av lidandet framkom. Patienten kunde även uppleva det som trevligt och att det piggade upp, eftersom han eller hon kunde glömma sin sjukdom och känna sig mer uppåt. Det kunde vara lättare att vara sjuk. Patienter kunde erfara att de inte var till besvär, de mådde bättre och kände sig uppskattade och sedda som människa.

Vårdarna framhöll att de vårdande gärningarna var av betydelse för patienten. Dessa gärningar lindrar patientens lidande och ger större förutsättningar för att patienten får den hjälp som behövs, samt att få må så bra som möjligt. Vårdarna menade att vårdande gärningar fick patienten att bli mer öppna och våga fråga och be om hjälp, att de kände sig omhändertagna, betydelsefulla och att de hade ett värde, respekterade och att hänsyn togs till patientens önskemål. Vårdande gärningar innebar också att patienten kände sig trygg och kände tillit och tilltro till vårdaren.

I delstudie C framkom att en vårdande gärning blir till när vårdarna vet vad som ska göras och verkligen gör detta, och dessutom får en känsla av bekräftelse på att patienten känner sig uppmärksammas och sedd som människa. Då detta värdesätts känner sig vårdarna nöjda, eftersom de ser en lindring av patientens lidande.

Patienten blir nöjd

Vårdarna uttryckte att en handling kunde förstås som vårdande då patienter gav uttryck för detta, verbalt eller via kroppsspråket. Att en vårdande gärning existerade beskrevs när gärningen hade hjälpt patienten, att han eller hon blev nöjd för det vårdaren gjorde.

Att få dela patientens liv

Vårdandet är ett möte mellan vårdare och patient. Att skapa vårdande, att göra något som av patienten upplevs som något gott, ger en tillfredsställelse och bekräftelse. Då vårdarens känsla i vårdandet var gott upplevdes det som en god gärning som gav tillfredsställelse. När en vårdhandling är vårdande kan det även förstås som när vårdaren känner att vårdaren gjort lite mer, och en känsla av att dela patientens liv. När vårdaren inte bara gör det som ska göras rent instrumentellt eller praktiskt, utan även har ett samtal med patienten och i detta samtal hör hur patienten egentligen har det, innerst inne, får vårdaren känslan av att komma patienten lite mer inpå livet. Vårdarna menade att de ger, men får också mycket tillbaka, och det är det som kan göra att yrket även känns roligt och meningsfullt.

En fungerande åtgärd och behandlingsmetod

En konkret fysisk åtgärd kan också ses som vårdande för att den hjälper och fungerar rent praktiskt för patienten. Detta kan förstås som att åtgärden lindrar patientens obehag eller lidande. Åtgärden kan handla om en bensårsomläggning som fungerar där såret läks eller olika hjälpmedel som underlättar eller minskar patientens obehag eller besvär.

Icke-vårdande gärningar – patientperspektiv

Tre teman framträder, är: *ointresserad, stressad och okunnig* och *sex subteman*, att: *inte lyssna* och *inte bry sig om*, *inte tro på patienten*, *vara alltför korrekt* och *alltför formell*, *otrevlig* och *oartig*, *inte vara lugn* och *inte ha tålmod*, *vara inkompetent*, *osäker* och *olämplig*, visade sig från analys och tolkning av texterna i patienters uttalanden.

Ointresserad

Detta temas huvudsakliga innehåll rörde sig om att distriktssköterskan visar sig ointresserad genom att *inte lyssna* och *inte bry sig om*. Det handlar även om att *inte tro på patienten* och *vara alltför korrekt* och *alltför formell* samt *otrevlig* och *oartig*. Ointresset för patienten tycks innehålla ett budskap om att patienten inte är någon att bry sig om, eller är inte värd vård och vårdande.

Patienterna uttryckte att när distriktssköterskan verkar vara ointresserad och oengagerad uppfattas det som likgiltighet och nonchalans, inför patientens situation. Även att inte involvera patienten i olika beslut uppfattas som ointresse. Att *inte lyssna* kan innebära att patienten får mer ont, eller så uppfattar patienten det som att vårdaren är alltför upptagen med annat än att bry sig om patienten. Enligt patientens utsagor upplevs en distriktssköterska vara ointresserad om hon uppträder passivt. Icke-vårdande gärningar är även ett nonchalant uppträdande, vilket kan vara att först trösta och sedan hastigt lämna patienten. Att inte uppmärksamma eller göra någonting åt patientens problem, utan bara låta tiden gå och inte göra något alls, uppfattas av patienterna som att hon *inte bryr sig*

om. Det kan upplevas som att distriktssköterskan har så mycket att göra att hon inte har tid med patienten, vilket visar sig i att hon blir fåfäng och *inte bryr sig om*. Att *inte bry sig om* patienten kan även tolkas som att inte låta patienten vara delaktig.

Det finns en del, de lyssnar inte, de bryr sig inte i det och då får man den känslan att antingen är de väldigt upptagna, för det är ju nästan alla distriktssköterskor, det måste man säga, de har väldigt mycket att göra. Och när man ser att de inte bryr sig, det är klart att man blir både ledsen och inte glad.

När distriktssköterskan ifrågasätter patienten ses det som en icke-vårdande gärning. Ett exempel på detta, menade en patient, kan vara att i en diskussion med distriktssköterskan, förmedlar hon att hon *inte tror på patienten*, går ifrån och kommer inte tillbaka, trots att det senare visar sig att patienten har rätt. Att *inte tro på* vad *patienten* säger eller vara oförstående kan av patienter upplevas som att distriktssköterskan uttrycker tvivel, missförstår eller tror att patienten själv hittar på saker och ting. Att inte ta på allvar eller inte förstå att en patient t.ex. har ont kan leda till att patienten känner sig ledsen:

Det kan bli mycket missförstånd eftersom att jag inte har utseendet som en sjuk människa, som jag egentligen är. Det kan vara en nackdel, som läkaren säger. Jag menar, det är svårt att beskriva smärta. Jag måste hela tiden motivera och tala om. De fem första kontakterna så tror de inte ett dugg på mig, men sedan när de får se efter ett tag att det liksom stämmer, den ena pusselbiten kanske ramlar in på rätt ställe undan för undan och då säger de 'men Herre Gud, är du så dålig det har vi aldrig kunnat tro'. Men sedan är de införstådda med att det är så allvarligt som det är. De vill gärna inte tro på mig eftersom jag ser så frisk ut.

Det kom en sköterska som trodde jag var en lyxpatient som hade koksalt och som ansåg att det behövdes inte, det var inget fel på min fot, men till slut fick hon ju se hur mycket var som kom ut och sedan ville hon inte komma mer till mig. Allt en annan sa var fel, hon tyckte att allt hennes var rätt.

Patienterna uttryckte att om distriktssköterskan är *alltför korrekt och formell* kan det göra att patienten upplever ett ointresse, en viss distans och ett avvisande. En distriktssköterska bör inte vara opersonlig, dvs. kall och strikt utan mer personlig, vilket för patienten är mer förtroendeingivande. Trots att patienten anser att det kan vara mer effektivt om hon är formell bör hon ändå *inte vara alltför formell*, för att patienten ska trivas:

Det här kalla, formella det kan ju vara effektivt och du sköter sjukdomen ganska bra, men det ska vara lite mer personligt, då trivs i alla fall jag bättre. Man får mer förtroende för en människa om hon är mer personlig än om hon är mer formell och liksom högtravande.

Det framkom i patienters berättelser att distriktssköterskan inte ska vara auktoritär, dominant eller underskatta patienten. Hon ska inte heller enbart prata själv eller inte tillåta patienten få säga något. Att visa sin makt och vara auktoritär uppskattas inte av patienter, eftersom de då kan upplevas som att de inte är på samma plan eller likvärdiga:

Det där att de inte kommer bara som en stor hög person och en annan liten, liten människa som inte vågar säga någonting, utan en annan också kan få säga några ord. Jag vill inte vara utan distriktssköterskan men jag vill inte heller ha en som är långt över mitt eget huvud utan jag vill ha en på samma plan som jag är själv.

Patienter upplever distriktssköterskan som ointresserad då hon visar sig ovänlig, vilket hon är då hon betar sig *otrevligt* eller *oartigt*. Är hon, t.ex. grinig och sur kan det bli en icke-vårdande gärning. Bär hon med sig det negativa som hänt under dagen hem till patienten, kan patienten känna av detta och uppleva henne som ovänlig. Att dessutom lämna patienten genom att slänga igen dörren och bara gå, vill inte patienten uppleva:

När en distriktssköterska står utanför dörren och är väldigt grinig, för att det hänt någonting under dagen, det får hon inte bära med sig in till den personen som är sjuk. Jag tror att både gamla och unga människor som är i behov av distriktssköterskan vill inte ha sura miner. Att slänga igen en dörr och bara gå är det sämsta jag tror de kan råka utföra som sjuk människa.

Ett ovänligt och skarpt tonfall kan upplevas av patienten som att distriktssköterskan är *otrevlig och oartig*, likaså om det är rörigt hemma hos patienten och hon visar detta genom

att rynka på näsan. Patienten kan uttrycka att en tyst distriktssköterska som varken pratar med eller till patienten kan upplevas som både oartig eller asocial och därmed ointresserad av en förtroendefull relation.

Stressad

När distriktssköterskan är stressad visar hon det genom att *inte vara lugn och inte ha tålmod*, vilket kan göra att distriktssköterskan upplevs som att hon är ovänlig och inte har tid med patienten

När distriktssköterskan är stressad, jäktad och har bråttom kan det upplevas av patienterna som en icke-vårdande gärning, eftersom de då upplever sig vara till besvär. Att inte hinna prata med patienten och *inte ha tålmod, att inte visa lugn, att inte sitta ner och samtala* kan resultera i att distriktssköterskan upplevs som ovänlig och påverkar, enligt patienterna, deras välbefinnande negativt.

Om en distriktssköterska kommer hit och är väldigt jäktad och har bråttom då känner en inte sig så pigg när de har gått.

Patienten kan, mer eller mindre, se och uppleva att distriktssköterskan har alldeles för mycket att göra, är stressad och har bråttom. Brist på tid och stress upplevs som att hon egentligen inte har tid med patienten, att vara hos patienten eller att patienten inte är viktig nog, utan att det finns viktigare saker. Det framkom emellertid också att patienterna gav uttryck för att de tyckte synd om henne för att hon hade det så stressigt. Patienten kan uppleva att hon blir ilsken för att hon måste göra något hon egentligen inte vill, vilket kan upplevas som mycket negativt och som visar *brist på tålmod*:

De har inte tid att vara här, utan de skyndar på så mycket som möjligt och det märks att de har mer ont om tid nu än de hade förr. Får man en ragata som är ilsken och det hela är ett tvång, för hon vill inte göra det, det blir någonting mycket negativt.

Patienterna berättade att om inte distriktssköterskan klarar av att visa sig lugn, kan hon komma i konflikt med patienten. När hon är stressad kan det yttra sig som att hon går på för häftigt utan att ha tålmod med patienten och tar det *inte lugnt*. Distriktssköterskan

bör inse att patienten inte kan göra vissa saker hastigt utan måste ta det lugnt. Hon bör inte visa patienten att hon har bråttom eller är stressad eftersom patienten kan uppleva att hon inte hinner med patienten på ett tillfredsställande sätt:

De får inte gå på för häftigt utan de får ta det lite lugnt och liksom förstå att även om jag ska gå så får de inte ha för bråttom, för det kan inte jag. Jag tycker synd om distriktssköterskan, de har alldeles för mycket att göra, de har också kurser de ska hålla sig ajour med allting.

Okunnig

Okunnighet hos distriktssköterskan visar sig för patienten när hon är *inkompetent, osäker och olämplig* genom att vara valhänt eller visa sig ovan av att göra uppgiften. Det handlar om en känsla av att det distriktssköterskan gör inte blir riktigt gjort.

Det framkom att en distriktssköterska inte får vara oansvarig eller okunnig, eftersom hon då kan upplevas som *inkompetent* och *olämplig* för sin uppgift och sitt arbete. En okunnig eller *inkompetent* distriktssköterska kan vara *osäker* i sitt handlande, vilket kan leda till en icke-vårdande gärning. Att inte kunna, rent praktiskt, t.ex. ta stygnen, kan av patienten tolkas som att hon är ovan och inte tillräckligt erfaren och kunnig.

Det tycker jag var helt onödigt för att de lika gärna kunde ta stygnen med pincetten, likadant som sjuksköterskan därnere på vårdcentralen gjorde. När distriktssköterskan inte själv kunde ta stygnen utan jag fick åka till vårdcentralen och betala 100 kr.

Det kan upplevas som *olämpligt* och oansvarigt om distriktssköterskan åtar sig något annat, än det hon är utbildad för. Patienter gav uttryck för att de kunde se om vårdaren var van eller ovan, och i vissa fall kan det finnas en viss misstänksamhet om att allt inte blir riktigt gjort.

Man ser meddetsamma om hon är van, kan handskas med det där och inte vara valhänt. Man får liksom en känsla av att det där, det kan hon, man ser ganska väl.

Sammanfattningsvis framkom att icke-vårdande gärningar, uttryckt av patienter, handlar

om att distriktssköterskan är ointresserad av patienten, vilket hon visar genom att inte lyssna eller bry sig om, inte tro på patienten, vara alltför korrekt och formell samt vara otrevlig och oartig. Distriktssköterskan kan då uppfattas som både likgiltig och nonchalant. Hon kan vara förstående men visa att hon inte bry sig om, vilket kan leda till att patienten förlorar tilliten. Att inte vara intresserad av att hjälpa kan upplevas kränkande, och om distriktssköterskan är alltför korrekt och formell skapas kanske inte en förtroendegivande relation. Att vara auktoritär eller alltför dominant är en hållning eller beteende som kan bli ett hinder för vårdandet. När vårdarna beskriver gärningar som är icke-vårdande handlar gärningarna om att distriktssköterskan är stressad, vilket visar sig när hon inte är lugn och inte har tålamod. Då kan patienten uppleva distriktssköterskan som jäktad, gör saker för hastigt, har för bråttom, inte hinner med patienten eller upplevs som att hon är ilsken. Inkompetens och osäkerhet kan uppfattas som olämplighet för yrket. När distriktssköterskan är ointresserad och oengagerad kan patienten känna sig både ledsen, nonchalerad och att inte vara delaktig eller bli sedd.

En distriktssköterska som visar att hon inte tror på patienten kan få patienten att känna sig ifrågasatt eller missförstådd, tilliten försvinner och patienten känner sig kränkt. När distriktssköterskan är alltför korrekt och formell skapas ingen god kontakt, patienten kan känna distans, avvisad och får inget förtroende. En distriktssköterska som är dominant, auktoritär eller underskattar patienten kan få patienten att känna sig nedvärderad. En oartig och otrevlig distriktssköterska får patienten att känna sig kränkt. Stress hos distriktssköterskan kan göra att även patienten känner sig stressad och påverka välbefinnande negativt. När distriktssköterska inte är lugn och inte har tålamod kan patienten känna sig till besvär, trött och bortglömd. När distriktssköterskan inte visade lugn och tålamod kunde patienten tycka synd om henne. En okunnig, inkompetent, osäker och olämplig distriktssköterska kan få patienten att uppleva sig åsidosatt, otrygg och bli misstänksam.

Icke-vårdande gärningar kan få betydande konsekvenser för patienten där vårdlidande,

illabefinnande och kränkning av patientens värdighet kan förekomma.

Utgående från de tre temana ointresserad, stressad och okunnig kan följande teser formuleras:

En distriktssköterska som inte tar patienten på allvar, visar ointresse och nonchalans bidrar till illabefinnande och vårdlidande för patienten.

Avsaknad av medmänsklighet i vården hotar patientens värdighet och människan kan inte bli till eller vara den han eller hon vill vara.

Icke-vårdande gärningar – vårdarperspektiv

Genom tolkning och analys framkom tre teman, är: *stressad, okunnig och avsaknad av själökänedom* och sex subteman identifieras, att: *inte ha tålamod, inte lyssna och inte bry sig om, göra på rutin, vara oansvarig, slarvig och olämplig och ta för mycket ansvar.*

Stressad

När vårdaren är stressad visar det sig, enligt vårdarnas egna utsagor, genom att vårdaren *inte har tålamod, inte lyssnar och/eller inte bryr sig om.* En vårdare som är stressad kan göra *för mycket på rutin.*

Det framkommer i berättelser att när vårdaren är stressad och inte kan vara lugn kan det innebära att *inte ha tålamod.* Att vara stressad kan leda till en icke-vårdande gärning, och även innebära att vårdaren inte trivs tillräckligt bra med sitt arbete. Vårdarna menade att inte hinna med patienten kan göra att vårdaren upplever stress för att inte kunna göra det som är vårdande eller utföra de praktiska arbetsuppgifter som måste göras. Trots att vårdaren tycker om sitt arbete, och att arbeta med äldre människor som behöver vård och omsorg, kan stressen göra att vårdaren *inte har tålamod* och klarar av att vara lugn, för att

vårdaren inte hinner ägna tillräcklig tid åt patienten. En vårdare trivdes bra med att arbeta *med de gamla, men jag gillar inte stressen. Det känns inte kul att man inte hinner ägna mer tid åt vårdtagarna.* Vårdarna uttryckte att tidspress och brist på tid för patienterna kan resultera i trötthet hos vårdarna. Detta kan få till följd att vårdarens *tålmod* brister, vilket kan leda till att de blir otrevliga mot varandra och patienterna. Att *inte ha tålmod* att vänta på patienten, kan orsaka att vårdaren hjälper till för mycket, vilket i sin tur gör att patienten inte ges möjlighet att få försöka klara av saker och ting själv. Detta kan leda till att patientens självbestämmande eller medbestämmande hotas. Vidare framkom i vårdarnas utsagor att stress kan göra att vårdaren inte klarar av sitt arbete på ett tillfredsställande sätt och risk för slarv i genomförandet av olika vårdåtgärder. Kvaliteten på arbetet upplevs bli sämre vid tidsbrist och när det är mycket att göra, vilket vårdarna menar skadar eller drabbar patienterna på ett negativt sätt. Två av vårdarna uttryckte sig på följande sätt:

Det jag vill och många med mig är att det skulle vara skönt att slippa stressa så mycket, vården skulle bli mycket bättre då. Vissa perioder är det lugnare och då är alla på bättre humör och man har ett helt annat tålmod och bemötandet blir så mycket bättre. Jag tror absolut att det är vår tidsbrist som de gamla har mest ont av. De klagar ofta på det. Mer tid för vårdtagarna det behövs och det är vad jag tycker. Jag tycker att vi är stressade hela tiden på grund av att vi ej får någon lugn och ro eller raster, därför så mår inte så många bra här och man blir otrevlig.

Orsaker till stress anges av vårdarna vara brist på personal eller kolleger eller för att det är för mycket att göra. *Tålmod* krävs för att orka vara lugn, om vårdaren känner sig stressad. Stress är inte bra vare sig för patienten eller för vårdaren, eftersom vårdarna kanske inte hinner med det arbete som ska göras hos patienten:

Brist på personal. Man blir stressad och hinner inte med. Vilket förstör för både mig och de äldre.

Vårdande gärningar saknas när vårdaren tydligt visar att det *inte* finns tid att *lyssna* eller *bry sig om* patientens problem, vilket leder till att en bra relation mellan vårdaren och patienten kanske inte kan etableras. Det kan vara svårt att få till en god kontakt eller skapa en fungerande relation när vårdaren *inte har* tid att *lyssna* till patientens problem p.g.a. alltför

många arbetsuppgifter. Att *inte lyssna* eller *inte bryr sig om* kan enligt vårdarna höra samman med stress:

Vi kommer aldrig att få en bra relation med varandra, det kommer alltid att vara ett avstånd emellan oss, de känner att jag ej har tid och inte lyssnar, tar till mej deras problem.

Det kom fram i vårdarnas utsagor att rutiner skapas och påverkas av vårdarna själva, och kan bero på gruppens sammansättning, hur gruppen ser på saker och ting. *Rutiner* har med vårdarens ansvar att göra och blir icke-vårdande gärningar när *rutinerna* påverkas av stressade vårdare. Vårdarna uttryckte att det kan handla om att upprätthålla en attityd eller ett beteende som att inte ha tid utan att alltid vara på väg till något annat. Det kan vara att sakna mod att stanna vid patienten och konfronteras med patientens lidande eller situationen överhuvudtaget. Att *göra på rutin* kan även handla om att göra sin plikt för att hinna med nästa patient. Vårdaren vet att stannar man för länge hos en patient kan en annan patient bli lidande som kanske får vänta alltför länge. Att alltid berätta för patienten att en annan patient väntar på vårdaren kan vara en icke-vårdande gärning, för att patienten kan tro att vårdaren går ifrån enligt en viss *rutin*, till en annan patient som måste prioriteras före. Det kan också bli så att vårdaren går bara in i mönstren och gör som alla andra, utan att egentligen inte tänka efter vad som görs.

Okunnig

Att vara okunnig visar sig enligt vårdarna i att vårdaren är *oansvarig, slarvig och olämplig* för att han eller hon kan för lite eller inte har den rätta personligheten.

En icke-vårdande gärning är att som vårdare vara okunnig, vilket visar sig i *oansvarighet*. Denna okunnighet menade vårdarna kan bero på för lite utbildning, fel eller dåliga kunskaper, vilket medför att patienten upplever vårdaren som *oansvariga*, vilket kan leda till att en god vård uteblir. När ingen tar ansvar eller vårdaren är *oansvarig*, får detta konsekvenser som rubbar vårdarnas förtroende för varandra. Vårdarna menade att

okunnighet kan innebära att vara *oansvarig*. Att vara *oansvarig* leder till att det blir en ökad arbetsbelastning för övriga vårdare, när ingen kan hjälpa till med vissa arbetsuppgifter, som måste göras. En vårdare skrev:

Synd att alla inte hjälper till i arbetet. Synd att några inte tar ansvar. Blir jobbigt för de andra.

Att inte ställa upp för varandra inom personalgruppen ses som brist på ansvarstagande, vilket kan innebära att det blir sämre arbetsfördelning eftersom somliga får arbeta mer, medan andra slipper arbeta så mycket. Det kan även upplevas som att vårdaren är okunnig eller inte tar sitt ansvar när vårdaren inte gör det som ska göras. En ovana kan även vara att inte ge uppmuntran till kolleger utan i stället leta efter fel och brister hos varandra:

Jag efterlyser bättre arbetsfördelning och ibland rättvisare fördelning. Att man försöker ställa upp lite mer på varandra i personalen. I det här arbetet är det oerhört viktigt att man uppmuntrar varandra och inte letar efter fel och brister hos varandra.

Utgående från vårdarnas utsagor kan en vårdare av de övriga upplevas som okunnig speciellt om det ger sig uttryck i *slarv*, men också då vissa personliga egenskaper inte finns eller passar in i vården:

Det kan bli katastrof. Man måste erhålla vissa egenskaper för att kunna jobba inom vården överhuvudtaget, enligt mig. Alla passar helt enkelt inte.

Alla passar inte inom vården för att de saknar vissa goda egenskaper, menade vårdarna. Det framkom att *slarv* kan yttra sig som att ha så bråttom så att det glöms bort, att vårdaren arbetar med människor. En vårdare menade att *engagemang och tid saknas, att personalen slarvar och bara gör det nödvändigaste, en del skyndar sig så mycket att de glömmet bort att det är människor vi jobbar med, respekt och empati saknas*. Okunnighet ses i icke-vårdande gärningar när vårdaren uppträder *slarvigt* eller *olämpligt* på annat sätt.

Avsaknad av självkänedom

Att inte ha tillräcklig självkänedom kan visa sig som att *ta för mycket ansvar* i arbetsgruppen eller gå för mycket in på andras ansvarsområden.

I vårdarnas utsagor framkom att icke-vårdande gärningar kan vara när vårdaren har en bristande självkänedom, vilket kan yttra sig som att vårdaren *tar alltför mycket ansvar*. Att inte se vad vårdaren själv gör och sakna självkritik eller i ett beteende *ta för mycket ansvar* kan göra att vårdaren inte mår bra i sin yrkesroll utan riskerar att bli sjuk:

Att veta var gränserna går i sin yrkesroll och veta hur man ska jobba tvärprofessionellt och hur och vad som är mitt område och så... att man mår bra i sin yrkesroll, så att man inte tar på sig för mycket ansvar, så att man blir sjukskriven, så att man inte mår dåligt.

Det kan även handla om att gå in på varandras ansvarsområden eller att ett revirtänkande blir viktigare än själva vårdandet. Att ta på sig en annans ansvar kan bli för mycket. Vårdarna uttryckte att de har med sig i sitt yrke att vilja hjälpa till och försöka lösa alla problem vilket kanske inte alltid är möjligt.

Sammanfattningsvis framkom att stress hos vårdaren kan yttra sig som att inte ha tålamod, inte lyssna, inte bryr sig om patienten eller göra för mycket på rutin. Stress kan handla om att vårdaren inte trivs på sitt arbete, eller blir för trött för att han eller hon inte kan vara lugn, upplever tidsbrist och inte hinner göra det som ska göras. Tidsbrist kan göra att vårdaren slarvar och inte tar hand om patienten. Rutiner hos vårdarna kan innebära att vårdaren prioriterar fel för att hinna till nästa patient. Rutinen gör att vårdaren gör som alla andra utan eftertanke. Okunnighet kan handla om att vara slarvig, olämplig eller oansvarig. Att vara oansvarig kan bero på att vårdaren är okunnig, och har för lite eller för dåliga kunskaper eller utbildning, vilket kan göra att vårdarna inte får tillräckligt förtroende för varandra och arbetsbelastningen blir orättvis. Att vara slarvig och olämplig för sitt yrke kan ha med både stress och vissa personliga egenskaper att göra. Vårdarna uttryckte även att ta för mycket ansvar kan handla om att vårdaren inte har tillräckligt med självkänedom, vilket uttrycks i att inte se vad vårdaren själv gör eller sakna självkritik. Det kan även handla om att gå in på andras ansvarsområden eller ett revirtänkande.

Konsekvenser av icke-vårdande gärningar kan skapa vårdlidande. När vårdaren är stressad och inte har tålamod, kanske inte patienten kände sig sedd eller inte hade vare sig

självbestämmande eller medbestämmande. Patienten kunde känna otrygghet, icke bekräftad som människa och bortglömd. En vårdare som inte lyssnar och inte bryr sig om gör att patienten inte upplever en god relation och får ingen god kontakt där patienten känner ett avstånd, ansåg vårdarna själva. Att göra på rutin kan få negativa konsekvenser för patienten, när vårdaren inte har tid för att en annan patient prioriteras först. Vårdarna kan även känna att de gör gärningar omedvetet, utan att egentligen tänka efter vilket kan upplevas negativt av patienten. Vårdare som är okunniga och visar sig oansvariga kan göra att patienten inte känner förtroende. Likaså kan en slarvig och olämplig vårdare få patienten att inte känna sig sedd eller inte respekterad. Att sakna självkännedom och ta för mycket ansvar, att inte orka med sitt arbete utan blir sjuk kan innebära att patienten inte får någon kontinuitet avseende vårdare.

Vårdarna menade att de flesta patienter är tillmötesgående, lätta att prata med och vill gärna hjälpa till. Det blir inte bra för patienten om vårdaren inte har tillräcklig utbildning, tid, är stressad eller vet för lite om patienten. För lite tid hos patienten kan göra att vårdaren glömmer bort att vårdaren arbetar med människor. Vårdarna menade att tidsbristen är det patienterna har mest ont av. Patienten bör inte veta hur lång tid vårdaren har hos patienten för det kan upplevas stressande för patienten. När vårdaren inte är noggrann utan slarvar blir både medarbetare och patienten lidande. Det blir synd om patienten om det blir en massa rutiner, uttryckte en vårdare. Vårdarnas hierarki kan påverka hälsan hos patienten.

Utifrån de tre temana stressad, okunnig och avsaknad av självkännedom, som framkom från vårdarnas utsagor kan följande tes formuleras:

Vårdandet uteblir då vårdarna inte vill eller kan ge tid för patienten.

Vårdandet uteblir då relationer i mötet mellan patient och vårdare karaktäriseras av brist på tillit, brister och slarv i utförandet av olika vårdåtgärder och då patienten ses som besvärlig eller inte värd att bry sig om.

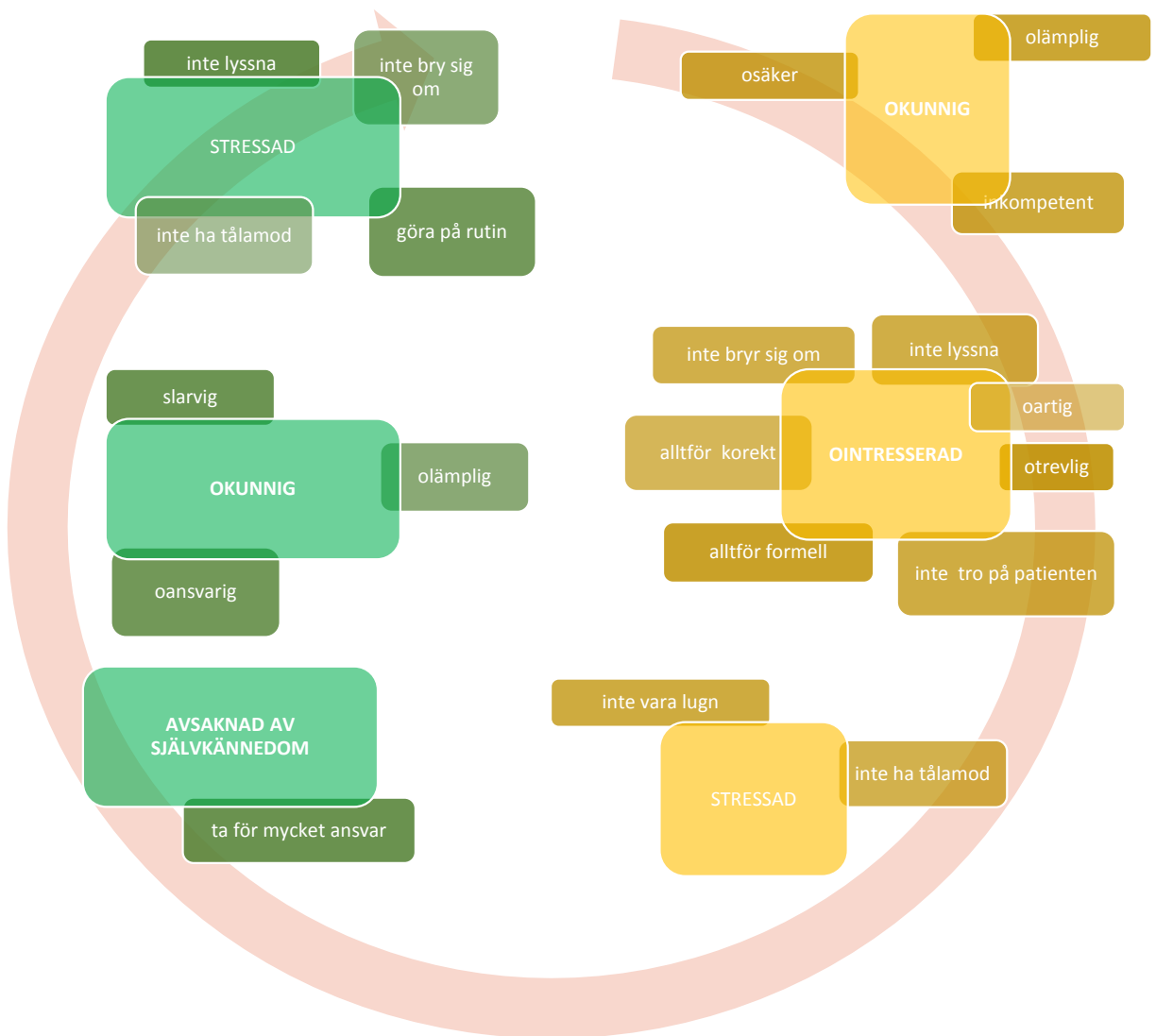
Uteblivet vårdande skapar obehag och lidande hos både patient och vårdare.

Dåligt samarbete och dålig stämning i arbetsgruppen påverkar inställningen till vårdandet så att det enbart ses som något som måste göras men som inte behöver ansvaras för.

Genom den tolkning av datamaterialet i delstudie A, B och C kan icke-vårdande gärningar som patienter och vårdare beskrivit leda till att patientens lidande inte lindras och en rörelse mot upplevelse av hälsa inte sker. Vårdare och patienter har beskrivit icke-vårdande gärningar som kan visa sig från vad vårdaren *är* eller *gör*. I de större gula rektanglarna synliggörs vad vårdaren *är* medan de mindre rektanglarna visar dessa teman genom subteman i det vårdaren *gör*, uttryckt av patienterna.

De större gröna rektanglarna är vårdares uttalande av icke-vårdande gärningar där temana visar vad vårdaren *är*, och mindre rektanglar utgör vårdarnas utsagor om vad vårdarna *gör* i subteman när de visar teman där de icke-vårdande gärningarnas ses. (Figur 4. "Icke-vårdande gärningar baserade på patienters och vårdares utsagor").

Icke-vårdande gärningar



Figur 4. Icke-vårdande gärningar. Patienters och vårdares utsagor.

De teser som synliggör de icke-vårdande gärningar (grönt är vårdares utsagor och gult är patienters utsagor), avseende de icke-vårdande gärningarna. (Figur 5. Teser om vårdares

icke-vårdande gärningar från patienters och vårdares utsagor). Vid ytterligare tolkning av de icke-vårdande gärningar som patienter och vårdare beskriver kommer ny förståelse av gärningarna vilka handlar om att vårdaren är *ointresserad*, *ouppmärksam* och *oprofessionell*.

En distriktssköterska som inte tar patienten på allvar, visar ointresse och nonchalans bidrar till illabefinnande och vårdlidande för patienten.

Avsaknad av medmänsklighet i vården hotar patientens värdighet och människan kan inte bli till eller vara den han eller hon vill vara.

Vårdandet uteblir då vårdarna inte vill eller kan ge tid för patienten.

Vårdandet uteblir då relationer i mötet mellan patient och vårdare karaktäriseras av brist på tillit, brister och slarv i utförandet av olika vårdåtgärder och då patienten ses som besvärlig eller inte värd att bry sig om.

Uteblivet vårdande skapar obehag och lidande hos både patient och vårdare.

Dåligt samarbete och dålig stämning i arbetsgruppen påverkar inställningen till vårdandet så att det enbart ses som något som måste göras men som inte behöver ansvaras för.

Figur 5. Teser om vårdares icke-vårdande gärningar baserade på patienters och vårdares utsagor.

För patienten och vårdare blir icke-vårdande gärningar de gärningar där brist på tillit i en dålig relation gör att patienten inte får känna sig värd att bry sig om eller till besvär. En icke-

vårdande gärning kan få patienten att känna ett hot mot sin värdighet och att inte få bli till som medmänniska. Icke-vårdande gärningar kan skapa negativa emotioner som inte lindrar patientens lidande.

Från tidigare teser träder sålunda följande sammanfattande tes fram som svar på vilka gärningar som beskrivs som icke-vårdande gärningar:

Gärningar där vårdarens hållning och uppträdande saknar engagemang, uppmärksamhet och kunskaper och där patienten inte ses som betydelsefull är icke-vårdande då det hotar patientens värdighet. När ingen vårdare känner sig ansvarig är det också en icke-vårdande gärning som leder till att patientens lidande inte lindras och rörelsen mot hälsa uteblir.

Icke-vårdande gärningar är gärningar som har negativ betydelse för patientens hälsa. Dessa gärningar kan ge vårdlidande, illabefinnande, kränkning av patientens värdighet, en upplevelse av ohälsa och ett lidande som inte lindras. Patienten kunde uppleva negativa känslor av olika slag. Icke-vårdande gärningar kan medföra *hälsorisker*, eftersom patienten kunde känna sig ledsen, få mer ont, bli trött och stressad. I patienternas utsagor kom det fram att icke-vårdande gärningar kunde få patienten att känna misstänksamhet mot vårdaren. Det framkom även att patienten kunde känna sig som mindre betydelsefull, nedvärderad som människa, ett negativt välbefinnande där patienten kände sig otrygg och missförstådd. När ingen god kontakt skapas försvinner tilliten och förtroendet, det blir en icke gynnsam distans mellan patient och vårdare. Patienten kanske inte fick bli delaktig i sin egen vård, avvisad, inte räknad med och till besvär. Patienten kunde bli nonchalerad, ifrågasatt, kränkt, åsidosatt eller bortglömd.

VI REFLEKTION OCH NY FÖRSTÅELSE

I detta avsnitt beskrivs den reflektion som sker utifrån utsagor från patienter och vårdare, och därefter diskuteras teserna baserade på resultatredovisningen av delstudierna, i relation till tidigare forskning. Teserna handlar om betydelsen av vårdarens hållning, uppträdande och engagemang, medmänsklighet, värdighet och patientens rätt och behov av att få vara patient och den man är. Teserna handlar även om vårdarens karaktärsdrag, kunskande, kompetens och professionalitet, samarbete, ansvar och moraliska integritet. Alla teser i relation till att en gärning ska vara vårdande eller icke-vårdande. Avsnittet leder till ny förståelse av vårdande gärningar.

Tidigare forskning visar att vårdarens människosyn, värderingar, vilje-, val- och handlingsfrihet, kunskap, intresse, livsåskådningsmässiga förutsättningar och ståndpunkter, erfarenheter och personlighet och identitet är av stor betydelse för val och utförande av olika gärningar (Barbosa da Silva, 1995).

I materialet fanns både likheter och olikheter i patienters och vårdares utsagor om vad som var vårdande gärningar. Patienter och vårdare anser att kunnighet innefattar att ta ansvar, och kunna samarbeta, men vårdare uttryckte även att kunnigheten hos dem själva också handlar om att vara trovärdig i yrkesfunktionen. Vårdare nämnde även noggrannhet som en del i kompetensen, medan noggrannhet hos distriktssköterskan mer för patienten handlade om att hon upplevs som pålitlig när hon visar noggrannhet. Vidare handlade initiativ från distriktssköterskan i patienternas utsagor om att hon är skicklig. Vårdares utsagor om att de själva är intresserade innebar även att visa tålamod, ödmjukhet, hänsyn, respekt och vara ambitiös. En annan intressant skillnad är vårdarens intresse som mer hos patienten handlar om att distriktssköterskan är välvillig och hjälpsam i vården. När det gäller att vårdaren är välvillig, hjälpsam och intresserad handlar det från både vårdares och patienters utsagor om att tala med patienten, lyssna och bry sig om. Vårdarna menade även att när vårdarna är intresserade visar de detta genom att vara lugna. Patienter uttalande om lugn handlade mer om att distriktssköterskan visar respekt för patienten genom att uppträda lugnt.

Det som var vårdande för patienten var när distriktssköterskan är respektfull och kan trösta, men också genom att hon är glad, sympatisk, informell, naturlig och förstående. När distriktssköterskan visar sig trevlig och artig upplevs hon som respektfull av patienterna, medan vårdarna själva ser det som att vårdaren är vänlig när vårdaren själv är trevlig och artig. Patienter uttalade även att när distriktssköterskan är pålitlig visar hon det genom att vara förtroendeingivande, tillitsfull, noggrann och ordentlig.

Både patienter och vårdare framhöll att icke-vårdande gärningar handlar om både stress och okunnighet. Dessa teser handlar om illabefinnande och vårdlidande, att inte ge tid till patienten, hotet mot patientens värdighet och att inte ta sitt ansvar som vårdare. Skillnader avseende icke-vårdande gärningar handlar framförallt om att vårdare lyfter fram deras egen avsaknad av självkänedom, när det handlar om att ta för mycket ansvar som vårdare. Det handlar även om att distriktssköterskan visar ointresse, uttryckt av patienter där distriktssköterskan visar att hon inte lyssnar, inte bryr sig om, inte tror på patienten, är alltför korrekt och formell, otrevlig eller oartig. Avseende att inte lyssna på och inte bry sig om patienten handlar det mer om från vårdares utsagor att vårdaren är stressad. Både patienter och vårdare menade även att stress handlade om att inte ha tålamod. Patienter menade även att stress innebar att inte vara lugn, och vårdarna själva lyfte även fram att göra på rutin, vilket visade att vårdaren var stressad.

Okunnighet är en icke-vårdande gärning, vilket framkom från både patienter och vårdare. Patienter menade att när distriktssköterskan är okunnig visar hon det genom att vara inkompetent och osäker. Vårdare menade att deras egen okunnighet visade sig när de var slarviga eller oansvariga.

Vårdande gärningar

Vårdarens hållning, uppträdande och engagemang

Resultaten från delstudie A, B och C visar att vårdande gärningar är gärningar som ses i vårdarens hållning, uppträdande och engagemang.

Vårdarens hållning, uppträdande och engagemang för patienten och där vårdarens kunskande och goda vilja i ödmjukhet får patienten att känna sig betydelsefull och respekterad är en vårdande gärning. En sådan gärning leder till att patientens lidande lindras i en rörelse mot hälsa och (en delad) gemenskap mellan patient och vårdare som ger livskraft.

Vårdarens beteende, hållning, attityder har i alla tider haft betydelse för en vårdande akt (Patistea, 1999). Enligt Asheim (1997) har begreppet hållning ersatts med dygd. Etiken förverkligas genom dess gärningar (Näsman, 2010). Att sjuksköterskan är engagerad har betydelse för hennes arbete menar bl.a. Tschudin (1992), Vaillot (1962), Pang et al., (2009), Buscher et al., (2011) och Öresland (2011). Däremot menade Beagly (2010) att emotionellt engagemang var tidigare i historien tecken på svaghet hos sjuksköterskan.

I delstudiernas resultat framhåller både patienter och vårdare vikten av hur vårdaren uppträder. Detta stöds av Ekebergh (2015) som menar att vårdarens förhållningssätt har betydelse för en vårdande vård. Det i sin tur kräver en öppenhet där sjuksköterskan har ett öppet sinne, är följsam, lyhörd, nyfiken, alert, visar känslighet, har en lust att vilja veta och kan bli förvånad.

För att patienten ska känna sig betydelsefull krävs att distriktssköterskan i sitt vårdande (delstudie A) kan ge tröst, vara trevlig, glad, artig, lugn, sympatisk, informell, naturlig och förstående. Intressant är även hur vårdande värden såsom bl.a. inbjudan och bekräftelse, moralisk attityd, uppförande och hållning är centrala när vårdande blir och kan ses som en konst enligt Nåden och Eriksson (2004). Wiechula, Conroy, Kitson, Marshall, Whitaker och Rasmussen (2015) menar att sjuksköterskor bör vara medvetna om att deras beteenden och attityder behöver förändras utifrån vad patienter värdesätter.

Flera av deltagarna vittnar om omtanke, att bry sig om, och tillit, där handlingen och den bakomliggande viljan eller motivet är sammanvävda i etiken. Vårdarens etiska val och beslut påverkar om det blir en god vård eller inte.

Att som vårdare utveckla det etiska beslutsfattandet i olika vårdssituationer förstärker yrkesidentiteten. De etiska värdena återspeglas i det sätt på vilket vårdaren agerar i varje unik situation (Suhonen, Stolt, Puro & Leino-Kilpi, 2011).

I sjuksköterskans vårdande är de mest centrala professionella värdena respekt, lyhördhet, medkänsla, tillförlitlighet och integritet menar Frilund, Eriksson och Fagerström (2013). Hos vårdare i hemsjukvården framkom också respekt, tillit och lyhördhet som viktiga förutsättningar för att en gärning ska vara vårdande. I resultatet ses även vårdarens moraliska integritet som betydelsefull i vårdandet. Detta kommer att beskrivas senare i avhandlingen.

Att lyssna till patienten ses av både patienter och vårdarna som betydelsefullt för att vården skulle bli vårdande. I delstudie A framhöll patienter att det var viktigt för deras välbefinnande att distriktssköterskan lyssnar till vad patienten har att berätta om sina erfarenheter, och även mer personliga förhållanden. När detta tillåts visar distriktssköterskan att hon är välvilligt inställd, har tålamod och låter patienten bli delaktig. Även vårdarna i delstudie B och C menade att själva lyssnandet innebar att det visar att de är engagerade, omtänksamma och intresserade, vilket kan förmedlas genom att de var lugna och gav tid för patienterna att säga det de ville ha sagt. De ansåg vidare att lugn förmedlas genom lyssnandet och att ge tid till patienten visar att de ser patienten som betydelsefull och värd att ge tid. Enligt Benner, (1984), Eriksson (1992), Larson (1987) och Buscher et al., (2011) måste en sjuksköterska kunna lyssna för att förstå och sätta sig in i patientens situation. Silfverberg (1996) menar att lyssnandet hör samman med ömsesidighet, lyhördhet och med en dialog.

Betydelsen av att lyssna har beskrivits av Koskinen (2011), som menar att det finns ett vårdande i själva lyssnandet när lyssnandet bjuder in den andre till en vårdande gemenskap. Lyssnande är en handling som innebär en vårdande hållning där ansvar för den andre med medmänsklig barmhärtighet och medmänskligt medlidande finns. Lyssnandet är

bevittnande när man inte vänder sig bort från lidande utan etiskt bär ansvar att svara an, att se den andre och lyssna till den andres lidande för att ge plats för den andre. Koskinen (2011) skriver att lyssnandet handlar om en visuell sinnesfunktion som hör samman med att se och höra. Lyssnande hör begreppsligt samman med begreppen lystra, lyda och tjäna. Att bli lyssnad till ger patienten känsla av tillfredsställelse, bekräftelse, belåtenhet, befriande, glädje och andrum. Att som vårdare lyssna är en väsentlig del av vårdrelationen, det vårdande samtalet och dialogen. Patientens berättelse lyssnar vårdaren till. Lyssnande är en hållning, karaktär och benägenhet som gör ett etiskt handlande möjligt, och innebär även öppenhet, ansvar och beredskap att dela den andres värld. Genom att lyssna kan vårdaren visa medlidande, empati och sympati (Koskinen, 2011). En vårdande gemenskap kräver hos vårdaren en förmåga (vilja) att lyssna, medkännande och ha en förståelse för patienten (Frilund, 2013).

Enligt Näsman (2010) kan lyssnandet ses som dygd, vilket innebär en förmåga att bry sig om, att kunna lyssna och ge patienten tid. Lyssnande tar patienter ur sin ensamhet och outhärdliga lidande till gemenskap och ett liv värt att leva. Att lyssna på berättelser om patienternas sjukdom och lidande är i sig en vårdande handling som stöder patientens bot och återhämtning (Koskinen & Lindström, 2015). I en artikel om medicinsk vetenskap och Gadamer's hermeneutik anser Lingardi och Greico (1999) att det krävs kunskap om patientens upplevelse av sin sjukdom. Kunskapen innebär kunskap om hur man ska göra (*how to do*) och hur man ska vara (*how to be*), dvs. det som omsätts i praktik i relationen med patienten där konsten att vårda manifesterar sig själv i en specifik akt, *the healing*. Här ses dialogen om *the living totality* som det väsentliga, där det inte räcker med att bara lyssna på patienten. Det viktiga som också framhålls i artikeln är relationen och den kommunikativa skickligheten hos både läkaren och patienten. I artikeln kommer författarna in på en modell *the wounded healer*, som handlar om läkarens eller vårdarens egen sårbarhet som medmänniska. I all klinisk aktivitet behövs vetenskap, konst och dygd, menar författarna Lingardi och Grieco (1999). Enligt Gadamer är medicinsk konst resultatet av erfarenhet och personlighet som ger läkning. Författarna drar slutsatsen att veta hur man ska vara, har

inflytande på hur man gör, där båda har påverkan på kunskapen och att kommunikativa färdigheter kan läras (Lingiardi & Grieco, 1999). I en *caritativ vårdteori* finns lindrat lidande och en rörelse mot hälsa eller ett vardande i hälsa där vårdandet kan handla om *the wounded carer*. I studie A framhöll patienter vikten av att distriktssköterskan bör vara lugn och ta ansvar. Näsman (2010) menar att i en caritativt vårdande etik finns den dygdige vårdaren som har tålmod, humor, inlevelseförmåga och utstrålar vänlighet och ett tryggt lugn. Patienten känner förtröstan och tillit i relationen med en vårdare som lyssnar och är lugn (Rundqvist, 2004). Nightingale (1859) betonade även vikten av sjuksköterskans uppträdande⁷² (Nightingale, 1969). Nightingale skrev i *Notes on nursing*:

“... every nurse should be one who is to be depended upon, in other words, capable of being a “confidential” nurse. She does not know how soon she may find herself placed in such a situation: she must be no gossip, no vain talker: she should never answer questions about her sick except to those who have a right to ask them: she must, I need to say, be strictly sober, and honest... and she must be a sound, and close, and quick observer: and she must be a woman of delicate and decent feeling” (Nightingale, 1969, s. 126).

I de olika delstudierna nämns engagemang som betydelsefullt, och i samband med moralisk integritet ses detta värde. Vårdande gärningar och icke-vårdande gärningar finns hos vårdare som en handling, ett görande i en hållning och i ett uppträdande som även kan uppfattas som den person vårdaren är. Beauchamp och Childress (2013) definierar integritet som en dygd och i dess mest allmänna mening, betyder “moralisk integritet” sundhet, tillförlitlighet, helhet och integration av moralisk karaktär. I en mer begränsande mening avser termen objektivitet, opartiskhet och trohet i anslutning till moraliska normer (Beauchamp & Childress, 2013). Det handlar om att äga en intellektuell och moralisk

⁷² Nightingale påtalade dock inte så mycket om sjuksköterskans beteende men hon ansåg det viktigt att sjuksköterskan hade förmågan att ha för vana att kunna observera patienten och skapa en relation, skrev hon i *Notes on nursing*.

förträfflighet till följsamhet i moraliska normer och kunna skapa sundhet, tillförlitlighet, helhet och integration eller moralisk karaktär. I vården är, enligt Thomas (2015), denna moraliska strävan av professionell karaktär, eftersom ett sådant åtagande ger "sundhet, tillförlitlighet, helhet och integration." Vidare menar Thomas, (2015) att det skiljs mellan att göra patientens hälsorelaterade intressen professionella där den primära oron och motivationen finns och samtidigt hålla egenintresset sekundärt. Vårdarens professionella integritet kräver ett ständigt engagemang till moralisk förträfflighet. Detta engagemang för moralisk kvalitet bör också vägleda hanteringen av intressekonflikter i ett engagemang (konflikter mellan professionella i ansvar i patientvården, forskning och utbildning, och skyldigheter för andra än patienter i hälso- och professionella liv). Det ständiga engagemanget för skydd och främjande av andra intressen ger hållbara värden som utgör var och ens individuella integritet. Professionell och individuell integritet blir källorna till hållbara värderingar och bedömningar utifrån sådana värden som utgör den moraliska kunskapen (Thomas, 2015). En handling som är moralisk är enligt Näsman (2010), aldrig mekanisk, den är frivillig och handlar om beslut.

En moralisk värdefull karaktärsegenskap kan vara vårdarens sätt att uppmärksamma patientens integritet i relation till sin egen moraliska integritet. Integritet hos vårdaren innebär respekt för patienten och patientens hälsotillstånd, behov och sårbarhet (Andersson, 1994). Enligt patienter och vårdare i delstudierna bör vårdaren bidra till lindring av patientens lidande och visa barmhärtighet i en altruistisk anda, göra en god gärning och ha förmågan att handla på ett visst sätt, vilket kan ses som en yttring av vårdarens karaktärsdrag.

Vårdarens hållning kan förstås som sammankopplande med den enskilda människans karaktärsdrag. Ett karaktärsdrag eller en karaktär visar ett sätt att vara i stället för ett sätt att handla (Arries, 2006; Näsman, 2010). I föreliggande forskning yttrar sig detta utifrån den innersta kärnan hos vårdaren i han eller hennes etiska förhållningssätt, hållning och

uppträdande. En betydelsefull del av vårdarens professionalitet är vårdarens etiska och sociala kompetens där vårdarens karaktärsdrag och personlighet kan finnas.

Karaktärsdrag

Från delstudiernas teser *Gärningar som förmedlar vänlighet, tillit, engagemang, omtanke förenade med plikt och ansvar och som ger tid med patienten är vårdande* och *Gärningar som inger förtroende, skapar tillit, hjälp, ger uppmärksamhet och är till hjälp är vårdande då de bidrar till att patienten får vara människa, medmänniska och patient. Vårdaren förstår om gärningen är vårdande genom att patienten inbjuder vårdaren att dela något i patientens liv*, framträder begreppet karaktärsdrag.

Som beskrivits i det föregående avsnittet kan vårdarens hållning, sätt att uppträda och de handlingar som utförs sammankopplas med vårdarens karaktärsdrag. Ett gott karaktärsdrag, enligt Näsman (2010), såsom dygd kan bl.a. göra att vårdaren är vänlig och vill göra gott. Genom utbildning har vårdare vanligtvis lärt sig att göra det som förväntas av en vårdare, vilket handlar om att vara pålitlig och bry sig om patientens välbefinnande vid rätt tillfälle och mot rätt person (Näsman, 2010). Det är emellertid inte säkert att det som lärts in omsätts i vårdande handlingar i vården, även om intentionen är god. Sinnelagsetik⁷³ eller karaktärsdragsetik betyder att en handling är rätt, om handlingen görs av en människa som har ett gott sinnelag eller ett gott motiv, god intention eller god avsikt. Fokus ligger på karaktärsdragen, där samvetet och den moraliska integriteten hos personen som utifrån sitt eget val gör handlingen (Barbosa da Silva, 1995; Beauchamp & Childress, 2013), utifrån sina egna goda vanor. Sinnelagsetik, karaktärsdragsetik eller dygdetik, som finns i den caritativa etiken och som både står för vårdetik och en vårdande etik, betonar den handlande personens moraliskt goda karaktärsdrag, som hos individen, i form av handlingsberedskap

⁷³ Sinnelagsetik benäms internationellt *ethics of virtues, characters and moral conscience* eller samvetsgrannhet; *conscientiosness* (Beauchamp & Childress, 2013) även *disposition ethics*.

underlättar för personen att handla rätt (göra det rätta) (Barbosa da Silva & Andersson, 1996). Sinnelagsetiken talar om vem eller vad slags människa jag bör vara för att kunna handla och göra det goda vilket innebär att jag bör vara en god människa, en människa med goda vanor exempelvis (Beauchamp & Childress, 2013).⁷⁴

Ett annat resultat från delstudierna visar att en vårdare måste kunna sätta sig in i patientens situation, vara anpassningsbar och kunna kommunicera och äga en vårdande förmåga. Detta kan ha med en vårdares karaktärsdrag att göra, eftersom patienten vill uppfatta vårdaren som äkta, att det de är och gör kommer från "hjärtat". Även Melheim (2014) fann att äkthet handlade om det som är trovärdigt och sant. En vårdare som visar äkthet och är en person som vill väl, har betydelse och är övergripande. Äkthet fordras i mellanmänskliga relationer för att kunna ta efter och återskapa sig själv och andra (Melheim, 2014). Den vårdaren är, innefattar att vara känslomässigt engagerad, att ibland kunna se bort från sin professionalitet och vara sig själv, att våga stå på patientens sida, att komma den andre in på livet och att ibland kunna vara mer familjär. Förmågan till att göra kan komma från ett karaktärsdrag. Det kan handla om att som vårdare känna det lugn som kan visa sig genom att samtala med patienten så att patienten även känner sig lugn och trygg. Ett karaktärsdrag som kan uppfattas som professionellt kan vara att vara ansvarig och noggrann, ha förmågan att prioritera och vara yrkesmässig. Noggrannhet menade även Sellman (1997) var en betydelsefull dygd.

En människas karaktär är alltså både en produkt av hennes hängivenhet och en källa till de värden hon hyllar och de gärningar hon utför (Näsman, 2010). Karaktärsdrag är en aspekt av personens personlighet (Cloninger, 1993). Karaktärsdrag avser automatiskt känslomässiga reaktioner som är ärftliga och utvecklingsmässigt stabila. Karaktärsdrag reflekterar värden som tenderar att utvecklas av livserfarenhet och påverkas av sociokulturellt lärande och utvecklas i progressiva steg (Eley & Eley, 2011), med andra ord,

⁷⁴ jmf ett gott träd ger god frukt (Matt. 7:17). I en dygdig handling måste alltid finnas både den rätta handlingen och det rätta motivet.

karaktärsdrag är modifierbara (Chen & Hsu, 2015). Rytterström, Unosson och Arman (2012) menar emellertid att karaktärsdrag har med den rådande vårdkulturen att göra men även med mycket annat.

Vårdarens kunnsande, kompetens och professionalitet

Vidare utgående från tesen *Ett vårdande som visar sig i välvillighet, hjälpsamhet, skicklighet, pålitlighet och respektfullhet kan lindra patientens lidande och bidra till välbefinnande och en hälsoupplevelse* och *Ett vårdande som leder till att patienten känner sig betydelsefull och där löftet om vård förverkligas bidrar till att lindra patientens lidande* måste vårdaren vara kunnig och kompetent och professionell i den bemärkelsen att vårdaren vet vad han eller hon gör, men också att vara pålitlig och förtroendeingivande, noggrann och ordentlig. När vårdaren är pålitlig är vårdaren ärlig, ödmjuk, håller tider och meddelar patienten eventuella tidsändringar, men kan även prioritera. Detta handlar också om respekt för patienter och medarbetare som kan tolkas och förstås utifrån den människosyn som vårdaren har. I en studie av Catlett och Lovan (2011) framkom att förhållandet till patientens vård eller roll är en mycket subjektiv och abstrakt process. Studien visar att vara professionell sjuksköterska och göra rätt sak representerades av fyra kategorier: (a) personliga drag och attribut, (b) tekniska färdigheter och omvårdnad, (c) arbetsmiljö och medarbetare och (d) vårdande och omtänksamt uppträdande. Sjuksköterskor ansåg själva att de var mer benägna att göra rätt sak i praktiken, om de hade egenskaper och beteenden såsom vara intresserad av omvårdnaden, tålmodig, ansvarsfull, osjälvisk, lojal, ärlig och pålitlig (Catlett och Lovan, 2011).

Enligt Näsman (2010) är kompetens bl.a. synonymt med duglighet, kapacitet och förmåga. En duglig människa är bland annat duktig, kompetent, passande och bra, vilket kan vara till gagn och hjälp för patienten. Att sjuksköterskans kompetens var av betydelse för sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete lyftes även fram av vissa omvårdandsteoretiker

såsom bl.a. Fowler (1997), Patistea (1999) och omvårdnadsforskare såsom Öresland (2011), Smith och Godfrey, (2002). O'Connel och Landers (2008) påvisar betydelsen av sjuksköterskans tekniska kompetens. Bland vårdare i hemsjukvården och hemtjänsten är det av vikt att vårdarna är kompetenta (Larsson, Ljungquist & Renck, 1999). Kompetens är ett begrepp som har använts för att täcka flera betydelser i omvårdnadslitteraturen (Garside & Nhemachena, 2012), men oftast med hänvisning till utförandet av uppgifter och skyldigheter som förväntas av professionella vårdare (Eraut, 1994).

När distriktssköterskan är skicklig i sin yrkesutövning kan patienten känna sig lugn, harmonisk, erfara livskvalitet, trygghet och omhändertagen, framkom i delstudie A. Frilund (2013) menar att kvaliteten i vården förutsätter välutbildad personal och personal med erfarenhet från arbetet med de äldre och ett gott ledarskap. Vård av god kvalitet är nära förknippat med både teoretisk kunskap, praktisk erfarenhet och etiska färdigheter. Vårdaren ska ha kunskap, visa omdöme och respektera patienten som person (Barbosa da Silva, 2008; Udén, 2008).

Frilund (2013) menar att för att förstå patientens vårdbehov krävs förmågan att uppfatta det budskap den äldre förmedlar. Det krävs även kompetens i gerontologi och geriatrik och en uttalad etisk värdegrund samt förmåga (vilja), att omfatta de etiska önskningarna och förväntningarna som vårdandet kräver. Forskning har visat att det finns en koppling mellan negativa händelser i omvårdnad och kompetensnivå (Bostick, Rantz, Flesner, & Riggs, 2006; Spilsbury & Meyer, 2001). Ett sätt att utvärdera kvaliteten i vården är att säkerställa att de som ger vård och behandling är tillräckligt kompetenta att göra detta.

Bing-Jonssons, Hofoss, Kirkevolds, Bjørks och Foss (2016) studie visar att vårdpersonal inom äldrevården på vårdhem, i hemsjukvård och hemtjänst hade tillräcklig kompetens inom alla områden som mättes, men ej inom omvårdnadsåtgärder, avancerad sjukvård och sjuksköterskans dokumentation. Frågeställningar var: Vad är kompetent vårdpersonal inom

äldreården och vad påverkar den kompetens som mäts? Den främsta trenden var att sjuksköterskor visar mer kompetens än undersköterskor, som igen visar mer kompetens än assistenter. Men det fanns undantag, t.ex. så var undersköterskor bättre än sjuksköterskor på omvårdnadsåtgärder och "enkla förfaranden". Kompetens är en kollektiv aktivitet och målet inom en arbetsplats bör vara att vårdpersonalen ska kunna ömsesidigt stärka varandras kompetens, så att mängden kollektiv kompetens är större än summan av individuella kompetenser. Kompetensen inom äldreården undersöktes avseende kunskap, färdigheter, personliga förmågor, samt relationella och kontextuella aspekter av kompetens. Professionell grupptillhörighet, dvs. vårdbiträde, undersköterska eller sjuksköterska, arbetsplats och ålder har ett samband med kompetensnivån. Tydligare rollbeskrivningar för alla grupper av vårdpersonal rekommenderas samt allmän kompetensutveckling i geriatrisk omvårdnad (Bing-Jonsson et al., 2016).

Samtalet och en vårdande relation

Det framkom i resultatet att *samtalet och relationens kvalitet är avgörande för om en vårdande gärning kan tillskapas*. För att som vårdare i hemsjukvården vara och visa sig intresserad handlar det om att tala med patienten och komma in i samtalet och kunna ha en dialog. Kasén (2002) menar att patientens lidande kan lindras genom att vårdaren skapar och vidmakthåller en god och vårdande relation med patienten. Arman et al. (2015) menar att vårdandet baseras på goda relationer och dialoger med patienten och vårdaren.

Samtalet föregår handlandet, framhåller vårdarna. Intresse och engagemang i ett samtal menar vårdarna att de visar när de frågar patienten, när de prioriterar vad som är viktigast att börja med, lyssnar, informerar patienten och är uppmärksamma på patienten.

I en artikel av Wright (2012) betonas vikten av att vårdaren tillåter människor att uttrycka sina känslor, vilket visar på vårdarens förmåga att vara medmänsklig och accepterande. Tillåta någon att uttrycka sina känslor och gråta är en kraftfull handling av vårdandet (Wright, 2012).

I delstudie A framhöll flera patienter att när distriktssköterskan är välvillig och hjälpsam förutsätter det förmågan att kunna samtala. I samtalet får patienten både information, förståelse, insikt och känner sig inte ensam utan sedd. I Fredrikssons avhandling (2003) presenteras en teori om vad och hur ett vårdande samtal kan förstås baserat på fem delstudier. Teorin består av den relationella, den narrativa och den etiska aspekten. I den relationella aspekten blir vårdaren närvarande genom att lyssna, beröra och vara medvarande. Vårdaren blir tillgänglig och till förfogande i ett möte med patienten utan roller och inlärd repliker. Patienten kan bjuda in vårdaren att dela något av sin värld. Här kan patienten dela sin värld och sitt lidande med vårdaren. Den narrativa aspekten handlar om patientens berättelse om sitt lidande. Varför patienten lider ger en ny förståelse av upplevelse av mening-i-lidandet. Artikuleringen av berättelsen innebär en ny tolkning och förståelse för hur patienten vill leva sitt liv. Den etiska aspekten gestaltas i en relation där patientens lidande och vårdarens medlidande är asymmetrisk, med ömsesidig respekt. Patienten kan (åter)upprätta sin autonomi och sitt ansvar och sin självaktning, och skapa möjligheter för ett gott liv när vårdaren genom caritas skapar detta utrymme, och därmed en vårdande akt (Fredriksson, 2003, 2017). Vikten av att skapa och vidmakthålla en god dialog betonas också av Martinsen (2005). Det måste emellertid finnas en kvalitet i samtalet och i relationen, vilket både patienter och vårdare såg som betydelsefullt, enligt Fredriksson (2003). Att som vårdare kunna inge förtroende och betydelsen av detta i vårdrelationen betonas även av andra omvårdnadsforskare såsom Roach (1984), Ford (1981), Paterson och Zderad (1988), och Sellman (2011).

I en översiktsstudie av Wiechula et al. (2015), inkluderande 290 studier, beskrevs vilka faktorer som påverkar relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Resultatet visade att vad som påverkade relationen med patienten och vårdaren handlade om "förväntningar på relationen", "värderingar", "kunskap och färdigheter", "kommunikation", "sammanhang och miljö" och "effekterna av relationen" med underkategorier. En uppfattning fanns att

sjuusköterskor inte kan ge en medkännande och kompetent vård. Författarna drar slutsatsen att både patienter och sjuusköterskor har förväntningar på och upplever betydelsen av den vårdande relationen. Sjuusköterskor bör vara medvetna om att deras beteenden och attityder behöver förändras med vad patienten värdesätter i relationen.

Medmänsklighet och värdighet

I uttalanden från patienterna om vårdande gärningar framkom att *Ett vårdande blir till när distriktssköterskan är medmänsklig och möjliggör för patienten att bli till som människa och bevarar sin värdighet och Ett vårdande blir till genom att balansera patientens rätt och behov av att få vara patient och få vara den man är utan sjukdom och behov av hjälp. En förutsättning för ett vårdande är det som bygger på gemenskap och förtrolighet.*

Medmänsklighet framkom i de tre delstudierna. Bl.a. som respekt, att kunna prata om allt, när distriktssköterskan är informell och naturlig i vårdande gärningar, vilket tyder på värnads för patienten i ett möte eller samtal mellan människor i en personlig ton. Även i Rundqvists (2004) avhandling om makt anger patienter att medmänsklighet hör samman med att de vårdare de mött som de känt tillit till och förtroende för, har en hållning som får patienten att känna sig hörd och sedd för sin egen skull. Vårdare som genom att visa respekt, kan lyssna och i sina samtal ingjuta hopp hos patienten är vårdare som är vänliga, kloka och bryr sig om och inte sviker patienten. Det är vårdare som ser till patientens inre förmågor och inte endast de yttre. En patient beskrev en kultur med trivsamt stämning där hon blir mött som den hon är. Frilund (2013) betonar vikten av respekt och hänvisar till Wadenstam och Carlsson (2001) om att ett respektfullt bemötande kräver en förmåga hos vårdaren att vilja förstå och att se personen bakom åldrandet och sjukdomen.

Medmänsklighet handlar också om att i en hållning till patienten visa värdighet för patienten. *Vårdare som visar att de är intresserade av hur patienten har det, som är vänliga, ödmjuka och kompetenta bidrar till att lindra patientens lidande och upprätthålla*

värdighet. Fowler (1997) menade att vänlighet var en dygd i vården, och enligt Eklund (2013) var vänlighet ett personlighetsdrag hos sjuksköterskan och ett karaktärsdrag av betydelse, enligt Chen et al. (2010). Även inom hemsjukvården framkom att vänlighet är en dygd (Larsson et al., 1999). Lohne et al.:s (2016) studie om att bevara patientens värdighet på äldreboende visar betydelsen att bekräfta patientens värdighet gör skillnad i vården, och att ge patienten inflytande och delaktighet är betydelsefulla perspektiv på vårdarens sätt att visa värdighet. Det konkluderas att vårdaren bör ge tid till patienten, eftersom vården oftast upplevdes som stressig (Lohne et al., 2016), vilket också framkom i delstudie A där patienterna menade att stress kunde handla om att inte ha tid till patienten. Även vårdare menade att det var brist på tid vilket gav stress.

Även Näsman (2013) betonar att vårdarens respekt för människovärdet kan ha olika betydelser och kan handla om kroppslig, psykisk eller mental integritet, andlig integritet eller moralisk integritet. Enligt Jonassen och Barbosa da Silva, (2015) kan människans värdighet förstås som den objektiva värdigheten. Detta innebär i den klassiska humanismen att varje människa är en medlem av människosläktet och i och med det okränkbar, omistlig och ograderbar, och detta värde är lika för alla människor. Den subjektiva värdigheten, däremot, är detsamma som den upplevda värdigheten. Det handlar om upplevelsen av att vara eller uppleva sig respekterad som människa eller person. Människans värdighet är det mest grundläggande värdet, och alla människor har lika värde, och detta värde är okränkbart (Jonassen & Barbosa da Silva, 2015). Liknande tankegångar finns hos Edlund (2002), som menar att människans värdighet kan förstås som en absolut värdighet, och en relativ värdighet. Den absoluta värdigheten finns hos människan från skapelsen och kan därför inte berövas henne. Här finns det absoluta människovärdet, heligheten, det mänskliga ämbetet och ett mönster av bärande värden som frihet, ansvar, plikt och tjänande. Den relativa värdigheten består av olika värden som påverkas och formas av den kultur och samhälle människan lever i, vilket gör den föränderlig. Detta bildar en rörelse vilken äger rum genom att värdenas inbördes aktualitet och hierarkiska ordning förändras (Edlund 2002; Edlund et al., 2013).

I en studie av Høy et al. (2016) intervjuades 28 äldre boende på sex äldreboenden i Skandinavien. Det framkom att för att upprätthålla värdigheten handlade det om en sårbarhets känsla vilket innebär att få vara engagerad som människa, att få vara involverad som den person man är och strävar efter och att få vara medlem i ett samhälle. Bevarad värdighet från den äldres perspektiv kan förstås som en pågående process utifrån möjligheten att få vara delaktig och bekräftade i interaktionen med andra (Høy et al., 2016). Värdighet refererar till barmhärtighet och medmänsklig kärlek, stunder av stillhet, att få stanna upp inför de existentiella frågorna. Värdighet innebär även vårdarens förmåga och vilja att se och respektera den äldres önsningar och behov och är relaterat till den äldres upplevelse av välbefinnande och möjligheten för den äldre att leva ett självständigt liv.

Samarbete och ansvar

Som ett resultat av delstudierna formulerades tesen: *Samarbetet med andra inom vården för patientens bästa är vitalt för att kunna ta ansvar för vård och vårdande.* Distriktssköterskans goda samarbete med läkare inom vården upplevdes som tecken på ansvarstagande, och i samarbetet visar och undervisas undersköterskor och vårdbiträden. Även vårdare uttryckte förmågan att kunna samarbeta som en del av sin kompetens. Det ansågs att ett gott samarbete mellan vårdarna ger större förutsättningar för en god vård till patienten. Samarbete handlar om förmågan att ställa upp för varandra på det sätt vårdarna visar en gemensam kompetens, för patienten. Att kunna samarbeta både med patienten och med annan vårdpersonal har betydelse för att kunna ge patienten en god vård. Detta framkom även i Frilunds (2013) avhandling, där hon framhåller att resultatet av ett mångprofessionellt samarbete ger en god vård.

Flera forskare framhåller att sjuksköterskans arbete bör bl.a. präglas av ansvar (Smith & Godfrey, 2002; Wolf, 1986; Wallinvirta, 2017) och ansvarsfullhet (Beagly, 2010) och i hemsjukvården ett ansvarstagande (Gremmen, 1999; Tönnesson et al., 2011). Vårdarens förmåga att ta ansvar, att vara en ansvarsfull och plikttrogen person i allt som görs både i

vården av patienter och i samarbetet med kolleger framkom, som viktiga för att kunna vårda. Drivkraften att ge god vård kan komma från ett ansvar för patienten, där caritas är den otvungna viljan att vårda i ansvar och plikten är det yttre intresset av att göra sin uppgift. Det yttre ansvaret handlar om att göra sina ålagda uppgifter, medan det inre ansvaret drivs av viljan att göra gott (Arman et al., 2015).

Sammanfattande ny förståelse

I allt vårdande är kärnan det etiska, dvs. ansvarets idé där varje vårdares vilja att verkligen vårda, se, förstå och tolka den andra människans behov och begär, och offra något för en annan människa där kärlekens kraft frigörs och blir essens i vårdandet. Med "det etiska" menar Eriksson (2018) väsendet av det som kallas etik, som finns i mötet med både det goda och det onda och som gör en vårdande etik sann och äkta. Det etiska förmedlar godhet som värmer och uppstår ur medlidande, kärlek och lidande. I vårdarens hållning syns det etiska från det som vårdaren egentligen gör. Vårdaren har ett unikt ansvar för patienten som gör att vårdrelationen blir etisk. Vårdandet innebär att "vara på väg" och vårdaren ska kunna visa den vägen, om det behövs, för patienten genom att vara nära, stödja eller gå med. Att inte se eller inte ge hör till det som inte är etiskt. Det kan finnas många svårigheter med att inte se eller inte ge, men i sista hand finns endast hindret inom vårdaren själv (Eriksson, 1995, 2010b). I den caritativa vårdetiken är etik en relation, ett ansvar, en dygd, en plikt eller förpliktelse, vilket innebär att utveckla ett etiskt tänkande och en etisk hållning. ".....en caritativ etik måste förankras i vårdarens inre, i hennes sinnelag" (Eriksson, 1995, s. 35).

Ansvar och initiativtagande från distriktssköterskan gör att patienter känner att de verkligen får hjälp, vilket innebär att de kan känna sig trygga och ha förtroende för vårdaren. De innebär också att veta att när det behövs blir åtgärder vidtagna, som avser att lätta eller lindra det som är svårt och plågsamt. I Wallinvirtas forskning (2011, 2017) betonas vikten av att utföra det goda, sanna och sköna, där ansvarets gärningar i vårdandet har sin grund i det

goda, det sanna och det sköna. Vårdandets ethos – det goda, sanna och sköna för patienten, är det eftersträvansvärda, det idealiska som finns i sig självt utanför ansvarets gärningar. Ansvaret är en plikt att svara an på människans behov och begär, och ansvaret tillhör det mänskliga ämbetet (Hilli, 2007, 2017).

I de tre delstudierna kan ansvar förstås som att det hör ihop med skicklighet och självständighet när patienten ser att vårdaren tar initiativ och gör, det han eller hon bör och ska göra, det som Eriksson (2001) förknippar med ansvar baserat på de behov av vård och hjälp som patienten har. Goda handlingar tillsammans med medlidande ger människan en känsla av glädje, värdighet och möjlighet till inre växt (Arman & Rehnsfeldt, 2012).

När begreppet ansvar träder fram i delstudierna kan det handla om den caritativa kärleken till patienten och kan höra samman med värdighet när det handlar om att respektera patienten genom att ge tid för patienten och lyssna. Ansvar och kärlek som upplevelse av värdighet är en naturlig kärlek, att lyssna till det som patienten vill tala om, vara helt närvarande, ge tid, visa uppmärksamhet och respekt. Det kan även handla om att trösta, visa engagemang och öppenhet, vara förstående, ge "det lilla extra", vara i dialog och i relation men även om att möta och ge det patienter behöver. Även beskydda, vara modig, vara en medmänniska och visa medlidande i en gemenskap. Det kärleksfulla bemötandet och vårdandet finns hos varje vårdare, men vårdaren måste ha förmågan och viljan att reflektera över vad det betyder för deras handlande så att ansvarets gärningar har kärlekens essens (Eriksson 1995: Kierkegaard 2011). Wallinvirta (2011, 2017) framhåller att ansvar och kärlek kan ses som en kraft i relationer som får sitt uttryck i gärningar, men också i den vårdkultur som vårdarna befinner sig i, dvs. en vårdkultur som främjar tillit och trygghet och där goda relationer kan skapas.

Det handlar om att vara uppmärksam att våga se, det som Martinsen (2010) benämner "hjärtats öga". Det innebär vidare att vara både deltagande och närvarande och kunna uppmärksamma och se det som är betydelsefullt i livet för människan och patienten och att patienten får vara sig själva.

I vårdandets etik betonas vårdarens ansvar i relationen med patienten (Eriksson, 1995; Lindström et al., 2014) där vården och vårdaren är god (Eriksson, 1995; Eriksson & Bergbom, 2017). Vårdaren har ett moraliskt ansvar (Berggren, 2009) som ses i varje vårdande aktivitet som strävar efter den vårdande handlingen (Eriksson & Lindström, 2003). Att vara vårdare är att vara mottaglig och lyhörd för patienten och det går inte att avsäga sig sitt ansvar. Ansvar har med skuld att göra och när vårdaren inte kan och inte räcker till som vårdare, kan skuld känslor uppkomma. Plikt har att göra med ett ansvar, ansvaret för sig själv, som människa (Karlsson, 2016).

Tolkning och förståelse av vårdande gärningar leder fram till följande tes:

Vårdarens "moraliska integritet" är en förutsättning för en vårdande gärning som ger kraft både till patient och till vårdare.

Vårdande gärningar vilar på eller förutsätter en moralisk integritet med

- a) karaktärsdrag som har sin grund i medmännisklighet
- b) medvetenhet om vad som ska och bör göras utifrån patientens behov av vård
- c) viljan att göra det som är gott med syfte är lindra patientens lidande och ge kraft i rörelse mot hälsa.

Icke-vårdande gärningar

Det framkom i alla delstudier att vissa karaktärsdrag hos vårdaren visar sig som opålitlighet och oansvarighet och har att göra med ett ovänligt uppträdande och ett visst ointresse eller brist på engagemang för den lidande patienten och människan. Gärningar som inte är vårdande kan även visa sig som vårdarens brist på tålmod, inkompetens, osäkerhet eller olämplighet, eller att vårdaren gör för mycket på rutin. Vårdaren kan vara slarvig eller visa sig olämplig på annat sätt eller ta alltför mycket ansvar. Flera studier har redovisat liknande, att patienter kränkts och förnedrats, vilket kan förstås som att ett vårdlidande har skapats av

vårdarna (von Post 1993; Fagerström 2000; Kasén 2002; Bondas 2003; Wiklund 2003; Nordam, Torjuul & Sorlie, 2005; Eriksson, 2018).

Illabefinnande och vårdlidande

Det är medmänniskans lidande som utgör motivet för vårdandet. Det finns också ett lidande som kan orsakas av vårdaren eller vårdandet (Alligod & Tomey, 2014; Arman et al., 2015; Eriksson, 2018). Med utgångspunkt i patienternas och vårdarnas utsagor formulerades två teser: *En distriktssköterska som inte tar patienten på allvar, visar ointresse och nonchalans bidrar till illabefinnande och vårdlidande för patienten* och *Gärningar där vårdarens hållning och uppträdande saknar engagemang, uppmärksamhet och kunnande och där patienten inte ses som betydelsefull är icke-vårdande då det hotar patientens värdighet. När ingen vårdare känner sig ansvarig är det också en icke-vårdande gärning som leder till att patientens lidande inte lindras och rörelsen mot hälsa uteblir. Uteblivet vårdande skapar obehag och lidande hos både patient och vårdare.*

Vårdarnas utsagor avseende icke-vårdande gärningars konsekvenser för patienten innebar ett lidande för patienten, det som Eriksson (1994, 2018) benämner vårdlidande, även om dessa gärningar är omedvetna för vårdaren. Vårdarna i delstudierna menar att konsekvenserna av detta var att patienten utsattes för risker att få en för tidig död eller inte den hjälp som behövdes eller till och med skadlig vård. Patienter hade erfarit att de hade känt sig förbisedda, kränkta, överkörda eller illa behandlade. Det kom även fram att patienterna inte blev sedda, inte kände medbestämmande eller självbestämmande, otrygghet, ej bekräftade eller bortglömda, besvikna, ledsna, mådde sämre, upplevde olust, oro, eller arga. Eriksson (1994, 2018) beskriver vårdlidande som ett lidande som orsakas av vården, till skillnad från livslidande som är ett andligt eller existentiellt lidande. Sjukdomslidande är ett lidande som hör ihop med den sjukdom som patienten har såsom smärta, illamående och kroppsliga förändringar.

Alla dessa former av lidande kan flyta in i varandra och ha flera orsaker. I en studie av Koskinen, Aho och Nyholm (2016) framkom att kroppslig smärta kan dyka upp som sjukdomslidande, livslidande men även av lidande orsakat av vården själv. En långvarig kroppslig smärta som en sjukdom kan orsakas av vården genom otillräcklig behandling, fel val av ord och vårdarens felaktiga sätt att se och röra vid människan. Eftersom smärta inte alltid är synlig, kan vårdaren fråga och misstro patienten. När människan behandlas med nonchalans och arrogans, kan känslor av ovärdighet, skam, lidande och ökad upplevelse av smärta uppkomma (Eriksson, 2006). Vårdlidande kan vara det lidande som är mest framträdande i förhållande till patientens sjukdoms- eller livslidande (Arman, Rehnsfeldt, Lindholm & Hamrin, 2002). Kasén, Nordman, Lindholm och Eriksson (2008) kom i sin studie fram till att en rigid organisation, en förstenad vårdkultur och en oreflekterad vårdrelation kan bidra till vårdlidande. Vårdlidande kan förhindras genom att vårdare bär sitt ansvar för att synliggöra och skapa rum för patientens värld i organisationen och att vårdare medvetet odlar en caritativ vårdkultur. Vårdlidande kan även förhindras om vårdare blir medvetna om vad som ger vårdlidande och alltid reflekterar över värnandet upprätthållande av om patientens värdighet i vårdrelationen (Kasén et al., 2008).

Ett icke-vårdande kan förknippas med vårdarens karaktärsdrag och en bristande förståelse för den lidande människans vårdbehov och specifika situation. Detta kan bero på bristande kunskap eller brist på goda karaktärsdrag hos vårdaren eller av att organisatoriska eller arbetsmässiga förutsättningar inte finns och där vårdaren är under stor tidspress. Detta kan leda till att vårdaren inte klarar ansträngningen att åstadkomma en vårdande vård eller så kan det handla om att sjuksköterskan är ovillig att agera, snarare än att inte kunna vårda (Pang et al., 2009). Vårdare i delstudierna menade att när de saknar de rätta karaktärsdragen finns risken att det aldrig kommer att bli en bra relation med patienten. Det kommer alltid att vara ett avstånd, patienten känner att vårdaren inte har tid och inte lyssnar på patienten eller tar till sig deras problem. Patienterna kommer att uppleva olust när vårdaren saknar goda karaktärsdrag, bli orolig och stressad. Det blir en dålig vård utan trygghet, och vårdkvaliteten för patienten sjunker och förtroendet blir sämre. Patienterna blir besvikna på

vårdarna och kommer att bemöta vårdarna negativt och med klagomål. Det blir en negativ stämning mellan vårdaren och patienten.

Utgående från utsagorna i delstudierna formulerades tesen: *Vårdandet uteblir då relationer i mötet mellan patient och vårdare karaktäriseras av brist på tillit, brister och slarv i utförandet av olika vårdåtgärder och då patienten ses som besvärlig eller inte värd att bry sig om.* Patienters missnöje med vården har visat sig delvis bero på sjuksköterskors beteenden (Attree, 2001; Chang, Chao, & Hu, 2008; Pang, Wong & Yahario, 2012). En förklaring till att patienter ibland upplever vårdarna och vårdandet som bristfälliga kan vara att vårdaren saknar engagemang, intresse för och kunnande om patienten och att vårdaren har bristande självkänedom eller att vårdarna är stressade. Vårdarens icke-vårdande handlingar eller hållning kan också förstås som att vårdaren antingen är ovetande eller blind för patientens behov (Arman et al., 2015). Här kan det handla om att vårdaren inte ser och därmed ger en icke etisk vård som skapar ett vårdlidande för patienten. Att inte se och inte ge, menar Eriksson (2010b), handlar om bristande engagemang eller oförmåga till den osjälviska kärleken, men också om att vårdarna inte gör det som de enligt sin plikt ska och bör göra. Plikten kan innebära att det yttre intresset av att göra sin uppgift drivs av plikten att göra den ålagda uppgiften (Arman et al., 2015). I enlighet med flera studier, kan vårdare inte alltid garantera den äldre patienten ett etiskt vårdande (Suhonen et al., 2011; Ågren, Bolmsjö, Sandman & Andersson, 2006; Ågren et al., 2006). Det finns alltid möjlighet att erbjuda den äldre patienten en individuell, värdig och säker vård, en vårdande gemenskap och närhet, men det är ingen garanti för att vården blir perfekt (Frilund, Eriksson & Fagerström, 2013).

Att inte ge tid

I både patienters och vårdares utsagor framkom brister i vården där icke-vårdande sker, vilket formulerats i tesen *Vårdandet uteblir då vårdarna inte vill eller kan ge tid för patienten.* Brister i vården drabbar patienter (Alvsvåg, 2014), och en av dessa brister är vårdarnas tid med patienter, vilket även framkom i avhandlingens delstudierna. Arman et al. (2015), har också rapporterat om att patienter kan uppleva det som att vårdare inte har

tid eller tar sig tid med dem och att vårdarna var missnöjda med den vård de gav beroende på bl.a. tidsbrist (Näsman et al., 2008; Suhonen et al., 2011; Ågren et al., 2006) och resurser. Sådana brister i vården kan leda till ett uteblivet vårdande, vilket kan leda till att patienten inte får den vård och behandling som patienten är i behov av, vilket i sin tur kan äventyra eller hindra en återhämtning och det tillskapas ett vårdlidande. Enligt Arman et al. (2015), är nekandet eller de uteblivna vårdande åtgärderna en vanlig form av vårdlidande.

Hotet mot patientens värdighet

Följande tes formulerades utifrån utsagorna i delstudierna: *Avsaknad av medmänsklighet i vården hotar patientens värdighet och människan kan inte bli till eller vara den han eller hon vill vara.* Avsaknad av medmänsklighet kan visa sig i vårdarnas attityder, förhållningssätt och beteende, som präglas av ett nedvärderande sätt eller där vårdaren underskattar, kränker eller inte tar patienten på allvar, vilket hotar patientens värdighet. Arman et al. (2015), lyfter fram situationer där patientens värdighet blir kränkt, som när patienten inte blir trodd på eller tagen på allvar, och då lidandet kan handla om förlorad värdighet. Bristfällig vård som avhumaniserar patienten gör att patienten bl.a. känner förlust av personligheten och förlust av mening (Todres, Galvin & Holloway, 2009). Frilund et al. (2013) menar att ett icke-vårdande leder till begränsade möjligheter för vårdaren att vara flexibel, att inte kunna ge patienten valmöjligheter, att inte ta tillvara patientens egna resurser och när patientens värdighet ej skyddades.

Vårdarens professionella och moraliska integritet kan påverkas när vårdaren upplever s.k. moralisk nöd. Moralisk nöd uppstår när hot, kränkningar och utmaningar av professionell och individuell integritet förekommer. Moralisk nöd hos vårdaren kan bero på den kliniska situationen, inre begränsningar och externa begränsningar (Hamric, Borchers & Epstein, 2012). Moralisk stress kan även benämnas samvetsstress (Nordam et al., 2005; Provis & Stack, 2004). Frilund (2013) nämner moralisk oro och stress⁷⁵ hos vårdare i sin avhandling, där

⁷⁵ Moralisk stress och samvetsstress är begrepp som Frilund nämner i sin avhandling och hänvisar till att detta är begrepp som Glasberg lanserade i sin studie 2007.

samvetsstress leder till en försämrad vårdkvalitet för patienten. Vårdare vet oftast hur vårdarbetet borde vara, men det kan saknas realistiska möjligheter att vårda enligt de ideal vårdarna egentligen har. Det handlar om att det uppstår en konflikt hos vårdaren mellan ideal och upplevda möjligheter och som skapar samvetsstress hos vårdarna. Studier (Glasberg, Eriksson, & Norberg, 2007; Jakobsen & Sörlie, 2010) visar att orsaker till moralisk oro och stress var att vårdaren upplevde att det etiska och moraliska ansvaret gentemot patienten kom i konflikt med organisatoriska förväntningar, och de förväntningar som arbetsteamet ställde. När den moraliska oron och stressen blir för svår är risken stor att det uppstår situationer av oetiska förhållningssätt såsom likgiltighet eller arrogans. För att lyckas med att ge vård av hög kvalitet bör det finnas realistiska möjligheter för detta (Fagerström, 1999).

Moralisk oro och stress behöver inte enbart vara negativ. McCarthy och Deady (2008) menar att moralisk oro, ångest och stress även kan ses som något positivt. Detta tillstånd kan ge vårdaren en större etisk medvetenhet och göra att de val vårdaren gör i framtiden bygger på de egna inre värderingarna. En professionell och personlig tillväxt och utveckling av en moralisk integritet blir i och med det möjligt, vilken i sin tur kan utgöra en inre kompass för samvetet.

Att inte ta ansvar

I vårdares och patienternas berättande ses gärningar som kan tolkas som att ansvar saknas. Patienter menade att vårdare kunde vara ointresserade, stressade och okunniga, vilket kan tolkas som brist på ansvar vilket formulerades i tesen: *Dåligt samarbete och dålig stämning i arbetsgruppen påverkar inställningen till vårdandet så att det enbart ses som något som måste göras men som inte behöver ansvaras för.*

Ansvar är nödvändigt för vårdandet men kan inte tas för givet, beroende av kunskap och organisatoriska möjligheter (Berggren, 2005). Att inte ta ansvar som vårdare handlar om att vara oansvarig. När vårdaren inte tar ansvar visar det en hållning där vårdlidande och icke-vårdande kan skapas. En distriktssköterska har vissa skyldigheter enligt lagstiftning och

reglemente.⁷⁶ Det finns även allmänna skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl., som vårdare måste rätta sig efter.⁷⁷

Avsaknad av självkänedom kan handla om att ta för mycket ansvar. I resultaten från delstudie C framkom att vårdarens självkänedom har betydelse för samarbetet vårdare emellan och påverkade även vårdarnas handlingar och hållningar. I en studie av Rego, Godinho, McQueen och Cunha (2010) anges att färre vårdande beteenden antas när sjuksköterskor har låg grad av empatisk förmåga och emotionell självkontroll. Ju högre sjuksköterskans empati är, desto större är benägenheten att uttrycka känslor. Sjuksköterskor med empati tenderar att anta mer vårdande beteenden när de visar låg emotionell självkontroll eller vid en hög självkontroll mot kritik. Att förstå patienternas känslor är inte tillräckligt för vårdandet, det är också nödvändigt att äga förmågan att sympatisera med patienten. Sjuksköterskors uppgift är att fokusera på patienternas känslor och oro. Sjuksköterskan bör alltså inte fokusera på sina egna känslor, vilket kan innebära att deras känslor distraherar dem från deras krävande emotionella arbete med sina patienter (Rego et al., 2010). Vårdarens samarbete har tidigare beskrivits i vårdande gärningar (se s. 86, 101 och 143).

Från gärningar till vanor eller ovanor

Genom tolkning och reflektion av teser som formulerats baserat på utsagorna, teman och subteman i delstudie A, B och C har nya frågor ställts till materialet för att få ytterligare förståelse för gärningar som blir till vanor och ovanor. Inledningsvis kommer förtydliganden

⁷⁶ 23 § Inom det verksamhetsområde som kommunen bestämmer ska det finnas en sjuksköterska som svarar för 1. att det finns sådana rutiner att kontakt tas med läkare eller annan hälso- och sjukvårdspersonal när en patients tillstånd fordrar det, 2. att beslut om att delegera ansvar för vårduppgifter är förenliga med säkerheten för patienterna, 3. att anmälan görs till den nämnd, som har ledningen av hälso- och sjukvårdsverksamheten, om en patient i samband med vård eller behandling drabbats av eller utsatts för risk att drabbas av allvarlig skada eller sjukdom. (SFS 1982:763).

⁷⁷ Bl.a. § Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter.

av begreppen vanor, ovanor och gärningar i förhållande till vårdande och icke-vårdande gärningar, att göras.

Som tidigare beskrivits avses med gärning en handling som kan bli både en god vana eller en ovana. En gärning kan även vara en handling som varken är en god vana eller ovana. I vanan finns goda gärningar. En god vana, som en god gärning som upprepas av vårdaren, kommer till uttryck i vad vårdaren gör eller som en rutin i vårdandet. En ovana är en brist på en god gärning eller god vana eller oerfarenhet eller dålig gärning, som upprepas av vårdaren och som kommer till uttryck i vad vårdaren gör eller som en rutin i en akt.

Den goda vanans och ovanans dimensioner uttryckt av vårdare

De nya frågorna om vanor och ovanor som ställs till materialet gäller framförallt delstudie C. Resultatet från delstudie C visar två huvudteman Vanans ordning och Vanan ändras. Sammanlagt identifierades åtta subteman. Temat *Vanans ordning* har följande subteman: *vanan skapas* och *ovanen blir till, rutiner blir till vanor* och *vanor ger gemenskap och trygghet*. I temat *Vanan ändras* identifierades följande subteman: *vårdare har olika vanor, vanor kan ifrågasättas* och *vanor kan brytas*.

Vanans ordning

Vårdarnas utsagor kan tolkas som att i vanor finns en viss vanans ordning där *vanan skapas* och *ovanen skapas, rutiner blir till vanor* och *vanor ger gemenskap och trygghet*.

Vanan skapas

Vårdarna angav att vanor uppstår för att vårdarna en gång lärt sig dem. Vanor ansågs av vårdarna komma till genom uppdraget om vad som förväntas att vårdarna ska utföra. Vanan kan också utvecklas till en rutin, även om den kanske inte alltid behöver vara en rutin. Vanan kan vara omedveten vilket kan innebära att vanan görs utan att vårdaren tänker efter eller som en vårdare uttryckte det: *man gör den av bara farten*. Vårdare menade även att vanor

tillsammans med patienten kan utvecklas *eftersom man träffas varje dag*. I dessa sammanhang kan goda vanor utvecklas som gör att patienten vet precis hur rutinen är då vårdaren kommer, vilket ger en trygghet.

Man går in och gör vissa grejer i en viss ordning kanske, som man alltid gör, så gör man det av bara farten.

En vana av att visa intresse, engagemang och omtänksamhet kan visa sig då vårdaren kommer in i ett samtal med patienten.

Man börjar med samtalet innan man gör själva görandet. Man ser samtalet först... man frågar, hur vill du ha det idag?...ska vi göra så här idag eller som vi gjorde igår, tycker du det var bra?...man testar något nytt, menar jag, men man kan göra samma.

Det beror helt på vem vårdaren är som person, hur en vana kan skapas:

Att man är trevlig, att man kan bjuda på ett leende...att man är snäll, det är en uppmuntran, att man är en trevlig person.

Men, att inte komma in i ett samtal eller att vanan som samtal måste brytas, för att något annat måste göras, gör att det kan bli en ovana att inte alltid fråga hur patienten vill ha det:

Utan man gör som man brukar göra... eller.... som man inte har gjort annars, kör över patienten, inte ens frågar patienten... och att man vågar titta på,, att man kan lyssna, fråga.....

Vårdarna menade att när de uppmärksammar ansvaret och är kunniga är de professionella och flexibla. Det är en god vana att ha förmågan att vara som en skådepelare (en vana av att vara flexibel) att kunna vara i olika roller, ibland professionell, ibland mer personlig beroende på vad patienten behöver och vill, men ändå i dessa olika roller vara ärlig:

- *Koppla på sin profession.*
- *Att man är flexibel. Det har väl med kunnighet att göra...kunskap, att man kan göra det. Hur viktigt är det...*
- *Vi hade en man ... i många år... han sa så här : Ni är som skådespelare. Jag har tänkt*

på det väldigt mycket efteråt. Egentligen får en nästan lära som en skådespelare när en byter rum och går in till olika...

- *Och det är en god vana om man kan det också kanske*
- *Det blir lättare att arbeta då*
- *Helt klart lättare att jobba, om en kan byta ...*

Ovanan blir till

Vissa uppträdanden och karaktärsdrag visar sig och (kan) tolkas av vårdarna som ovanor t.ex. att genomföra rutinmässiga uppgifter som avser att underlätta eller görs för vårdaren och inte i första hand för patienten. Att ta för mycket ansvar kan, enligt vårdarna, vara en ovana som handlar om bristande självkänedom där vårdaren inte känner till sina begränsningar.

- *Att man inte ser sitt eget, det är väl också en ovana...man är inte så kritisk.*
- *Ja, men det (en ovana) kan väl vara att man inte vet var gränserna ska gå också, i sitt arbete och att man tar på sig för mycket ansvar*
- *Det kan vara en ovana och på så sätt blir arbetet för tungt.*

Bristande social kompetens som att inte vara van att samtala med patienter kan leda till att vårdarna lägger sig till med ovanor för att de är osäkra, eller inte vill, eller kan, känna respekt eller visa medkänsla och intresse.

En ovana kan bli till i en arbetsgrupp som t.ex. att alltid klaga. Vårdarna menade att klagandet förpestar luften och är lika jobbigt för alla, när inte något konkret görs för att komma åt problemet. Vårdarna uttryckte att vissa handlingar kan bli till ovanor för att det saknas en vårdande värdegrund hos vårdaren. Arbetsmoralen har betydelse för vårdarens handlingar och beteenden, men dessa kan också vara påverkade av hur vårdaren mår, vilket kan innebära ett annorlunda beteende hos vårdaren, i jämförelse med hur vårdaren brukar vara. Ovanor kan alltså bli till av en tillfällighet.

En ovana kan skapas på grund av att det är för få vårdare, vilket kan leda till att vårdarna i första hand gör rutinerna och det andra som ska göras, men det som kanske är viktigare i vårdandet får vänta, eftersom det kanske inte är så konkret och mätbart. Ovanor kan finnas och skapas p.g.a. för hög arbetsbelastning, stress, kunskapsbrist, eller brist på initiativ, som exempelvis att man som vårdare gör som alla andra och reflekterar inte över dess konsekvenser. "Ha bråttom" kan bli till en ovana och visa sig även när det inte är bråttom. Att ha bråttom kan t.ex. vara att som vårdare inte gå in i patientens hem utan överlämnar medicinen till patienten vid ytterdörren. Att inte lyssna och inte bry sig om är ovanor i hemsjukvården, och som bidrar till att inget vårdande sker. Att inte göra det som ska göras kan vara en ovana som tillskapas för att vårdaren snabbt ska gå till nästa patient, vars huvudsyfte bara är att "få det gjort" eller att ha varit där. Sådana ovanor kan bildas när ledningen inte uppmärksammar eller gör något åt de brister som finns t.ex. tidsbrist. Ovanor i hemsjukvården uppstår, enligt vårdarna, när reflektion, frågor och kommunikation saknas men även då vårdaren saknar kunskaper. Ovanor kan leda till konflikter med patienterna speciellt när vårdaren inte kan ta hänsyn till det patienten önskar eller vill.

Jag märker att jag visar de sidorna när vi har ont om tid... när vårdtagaren har många behov och vill väldigt mycket...som ovanorna kommer fram och det kan bli konflikter.

Rutiner blir till vanor

Enligt vårdare kan rutiner innebära att något ska göras och alltid görs i en viss ordning, medan vanor är att göra något eller bete sig på ett visst sätt. Vanor upplevdes som gärningar som återkommer och upprepas och blir till rutiner som vårdarna egentligen inte funderar över. Vanan kan också skapas medvetet eller omedvetet av en rutin som när vårdaren vid varje tillfälle ska utföra en viss åtgärd i en viss ordning och att alla ska göra samma sak. Vårdare menar att vanan kan ändras av vårdaren och vanor finns tillsammans mellan vårdaren och patienten. Patienten kan ha sina vanor och vårdarna har andra, men patienten och vårdarna bör ha vissa vanor gemensamt, när det gäller patientens vård där rutinerna blir

goda vanor. Vårdarna får förändra sina vanor och en vårdare menade att beroende på hur patienten vill ha det när man kommer hem anpassar sig vårdarna för att en del människor kanske hela livet haft vanor som vårdaren inte bara kan bryta. I hemsjukvården kan det vara svårt att bryta en vana, menade vårdarna. Rutiner kan bli både vanor och ovanor. En del rutiner kan vara bra och fungerande, medan andra inte är till för att gynna patienterna utan mer som en ovana som är en onödig och dålig rutin.⁷⁸

Bra eller goda rutiner kan både skapa och komma från vanor. Rutiner kan även uppstå från att någon överordnad bestämmer att det ska göras på ett visst sätt, i en rutin. Rutiner uppstår inte från ovanor, men en god rutin kan bli dålig rutin med eller utan ovanor. Rutiner är gemensamt för arbetsgruppen hos en, flera eller alla patienter men kan även handla om rutiner för teknologiska göromål på plats eller beteende och uppträdanden mellan vårdare eller vårdare och patient. Det kan finnas många anledningar till att skapa rutiner, som kan göra arbetet bättre och som handlar om säkerhet i syfte att inte skada patienten, men även anledningar att ta bort rutiner för att de inte längre är bra för patienten, vårdaren eller organisationen. Fel rutiner, dvs. handlingar och beteenden som upprepas och inte är vårdande kan förstås som ovanor som vårdaren vänjer sig vid.

Vanor ger gemenskap och trygghet

Vanor kan skapa gemenskap och trygghet i personalgruppen där vårdarna gemensamt kommer överens om vad som ska göras avseende arbetsuppgifter och rutiner speciellt avseende goda vanor. Vanan kan vara en trygghet för vårdaren som vet vad som ska göras eller utföras.

⁷⁸ T.ex. kan en ovana vara att alltid på boendet, vissa tider varje natt, gå runt till patienterna, för att byta blöjan. Vårdarna under dagen bestämmer vissa saker för nattpersonalen. Det kan t.ex. upplevas tungt att vårdarna måste väcka patienten som kanske har svårt att sova, för att vårdarna dagtid säger att det ska vara så eller så (för att t.ex. en blöja ska bytas). Den tiden kan bli en timme senare eller en timme tidigare. Det är ju synd att störa den som sover. Detta kan vara bra men det behöver det inte vara. Ska man gå in och byta en blöja en bestämd tid fast det kanske inte behövs?

Det är en trygghet för mig att ha en god vana.

Vanan kan också göra att vårdarna vet var de har varandra. Vanor kan vara positiva för både patienter och vårdare, eftersom de kan ge en viss trygghet i sin förutsägbarhet. Vårdarna menar att det är många patienter som känner en trygghet i att de inte varje dag kommer vårdare, med något nytt. Vanan ger en trygghet för vårdarna i samband med t.ex. måltider *om alla samsas om att goda vanor är bra så äter folk bättre och det påverkar ju allt.* Om det fungerar bra för personen i fråga, om personen mår bra av det, så kan en god vana vara en fördel. De goda vanorna vid måltiden kan handla om vanor som är bra för vårdarna, och som också är bra för patienten.

Vanan ändras

Vårdarna framhöll att vanor inom vården kan ändras utifrån att vårdare har olika vanor, vanor kan ifrågasättas och vanor kan brytas.

Vårdare har olika vanor

Vårdare kan ha olika vanor, som kan ändras och nya vanor och rutiner kan även skapas då vårdarna är två, för då kan vårdaren se hur den andre gör. Vanor och rutiner kan också ändras genom kunskap och reflektion och bättre organisation, dvs. ledning. Vanor hos vårdare förändras med åren och vissa vanor hos vårdarna försvinner. Tidigare vanor försvinner till viss del för att vårdtagarna har andra krav nu mot förr, men också för att nya vårdare eller studenter kommer med andra sätt att göra saker och ting på och ibland även ny kunskap. Att vårdarnas vanor ändras kan även bero på att patienterna, som en vårdare uttryckte det: *var friskare förr när de fick hemtjänst. På sommaren förändras vanor när vikarier kommer,* för de vet inte riktigt vare sig patientens vanor eller vårdarnas vanor.

- *Nya vikarier förser äldre med nyfikna ögon... Det blir ett nytt möte och lite spännande för båda parter än de andra som går här år ut och år in och känner varandra. Då ställer man inte de nyfikna frågorna längre.*

- *Det blir som en familj, att man vet var man har varandra.*

Vårdarna menade även att antagligen finns det vanor i dagens sjukvård som saknas hos yngre vårdare. Men vanor behöver inte ha med vårdarens ålder att göra. Förändringar av vanor kan hindras genom att det i personalgruppen finns en viss hierarki. Vårdares olika vanor kan vara beteenden som tolkas som ovanor som att gå in på varandras områden och komma med förslag eller förändringar.

När vårdaren har vissa ovanor kan vårdaren missa vissa saker som medför att vården blir sämre, patienten blir inte uppmärksammas, sedd eller får sina behov tillgodosedda. En vårdare som är opålitlig eller olämplig, kanske bara kommer till patienten för att göra sitt arbete (som vårdaren är utsänd att göra) utan hänsyn till patientens upplevelser och åsikter.

Nackdelen med vanor kan vara att inte känna till dem t.ex. för att vårdaren är ny på arbetsplatsen och därmed inte kan arbeta enligt de vanor som finns. Är vårdaren ny i sitt arbete finns kanske inga goda vanor för att vårdaren inte vet hur han eller hon ska bemöta patienten eller vad som ska göras. En av vårdarna uttryckte att yrkesutövningen innebär att ha vissa vanor i den roll som vårdaren har:

vanan blir ju sitt yrke på något sätt, hur professionell man är, där kommer man in i sin roll och sin vana.

Vanor kan ifrågasättas

I en arbetsgrupp kan vanor ifrågasättas antingen de är goda eller dåliga för att de är svåra att bryta eller förändra.

- *Att man har så svårt att förändra dem, det är väl den största nackdelen (med vanor), att de är så fruktansvärt svåra att förändra. Det är nästan svårare att ändra på personalen än att ändra på de gamla.*

Det är lätt att säga att så har vi alltid gjort och så ska vi alltid göra, vilket kan vara både en vana eller en rutin. Att alltid göra uppgifterna i en viss ordning kan vara negativt när inte vanan kan ändras eller förnyas. En vana kan ifrågasättas av andra, än vårdaren eller patienten. Detta kan innebära att om vårdaren gör något som inte är bra kan vårdaren bli

sedd och känd för det, av andra personer i omgivningen t.ex. grannar (om vårdaren arbetar på en mindre ort), vilket kan vara en nackdel.

Om vårdaren måste gå till många patienter kan vårdaren känna att han eller hon måste skynda sig för att hinna med sitt arbete. Ifrågasättande och ändringar hindras av tidspress och mängden av arbetsuppgifter. Det är inte alltid vårdarna är medvetna om att de är stressade heller. En ovana kan bli att:

- *...då ska jag bara beta av.... Nu är det denna personen och det får ta den tid det behöver och inte tänka att nu ska jag ha gjort den här raddan (på pappret)..... det får en arbeta med ...*
- *Och det blir svårt, för man har ändå vissa grejer man ska göra på en natt. Jag menar då att det andra får vänta.... Det är svårt...är man för lite personal.*

Vanor kan brytas

Vanor kan eller bör ibland brytas, och vårdaren måste vara medveten om att patienten har *kanske hela livet haft vanor, då kan man bara inte komma in och bryta dem.* Om vårdaren ser hur någon annan gör och upplever det bättre, kan vanan ändras. Vårdares vanor kan brytas när förändringar av arbetet inträffar. Som ett exempel berättade en vårdare om att en ändring till nattskift innebar att de vanliga dagsrutinerna och det som hon var van vid att alltid göra, på samma sätt, hemma hos patienten, inte längre fungerade. Nu var det något annat och uttryckte att *det blev en annan vana, det blev något annat jag skulle göra. En är ju van vid att alltid banka på dörren och ropa hej.* Men nu fick vårdaren i stället smyga tyst in för att inte väcka patienten. I vårdarnas arbetsgrupp kan vanorna vara svåra att förändra eller bryta.

Sammanfattningsvis menar vårdarna att goda vanor kan bidra till gemenskap och trygghet när vårdaren vet vad som ska göras. Vanor blir rutiner men även rutiner blir vanor. Vanor kan ändras medvetet eller omedvetet. Vanan hos vårdaren kan ifrågasättas, förändras, försvinna omedvetet eller brytas medvetet eller så bildas nya vanor. Vårdares vanor kan vara olika och vårdare kan ta efter varandras vanor för att de är bättre. Vanor kan vara positiva,

då alla känner till dem och arbetar efter dem, eller negativa, då de inte kan brytas eller förändras. Vanor kan vara betydelsefulla för både vårdare och patienter i sin förutsägbarhet. Negativt kan vara att vårdare ej känner till och därmed inte kan arbeta efter en god vana eller en god rutin. En god vana är inte detsamma som en god rutin eftersom en god rutin är något som alla gör i en gemenskap medan en god vana kan finnas bland vårdarna utan att det blivit en rutin. Vissa vanor förändras beroende av att samhället förändras och vårdarens egna förändringar i värdegrunden leder till andra vanor, anser vårdarna. Vanor kan ändras genom kunskap, reflektion och bättre organisation. Goda vanor har betydelse i hemsjukvården där de påverkar och kan ge positiva konsekvenser för både patienten och vårdaren och kan då ge trygghet. Det kan behövas olika vanor, och det är bra om vårdaren kan vara flexibel i vårdandet. En god vana kan vara en fördel i yrkesrollen, där det kan handla om hur professionell vårdaren är. Goda vanor hos vårdare kan även vara en nackdel i hemsjukvården för att vårdaren gör som vårdaren alltid har gjort, utan att egentligen inte tänka igenom eller fundera över vad han eller hon egentligen gör.

När vårdarens gärningar upprepas medvetet eller omedvetet kan gärningarna visa sig som goda vanor eller ovanor. Både goda vanor och ovanor är relevanta att studera i ett vårdetiskt perspektiv för att gärningarna får konsekvenser för både patienten och vårdaren. Patienter och vårdare beskrev vissa vanor hos vårdarna som goda, när en gärning som är god upprepas av vårdaren i förhållande till vad vårdaren är och gör eller som en rutin. En dålig gärning som återkommer hos vårdaren kan bli en medveten eller omedveten ovana, en icke-vårdande handling eller dålig rutin. En ovana vare sig den är omedveten eller medveten, kan vara svår att bryta. Den omedvetna vanan kan finnas men den är inte så tydlig, för att vårdaren egentligen inte funderat över vad han eller hon gör utan bara gör det om och om igen. Detta kan bli en vana, både en ovana, god vana eller en rutin. Det finns en risk med vanor i vårdandet, då de kan leda till att vårdandet inte förändras eller anpassas till patientens förändrade situation eller tillstånd, samt hindrar vårdaren att improvisera och att utöva vårdandets konst. Om gärningen eller handlingen inte upprepas kan ej en vana, av

något slag sägas existera. Handling används i avhandlingen primärt synonymt med gärning, vilket kan vara en god eller dålig handling, dvs. en god eller dålig gärning. Både vanor och ovanor tycks skapas av vårdaren själv i sin medvetenhet eller omedvetet.

Från den vårdande gärningen till den goda vanan

Resultat har bidragit till ny fördjupad förståelse och bildar den helhet som kan förstås från de olika studiernas delar samtidigt som delarna bildar en helhet som svar på forskningsfrågorna. I detta kapitel redovisas de reflektioner och den nya förståelsen som framkommit i delstudierna B och C avseende gärningar som vanor och ovanor i relation till tidigare forskning och till vårdteoretisk litteratur.

I Erikssons (2000) *caritativa vårdteori* (Lindström et al., 2014; Arman et al., 2015; Eriksson, 2018) finns en undran över vilken plats vanor har inom vårdvetenskapen, vårdetiken och den vårdande etiken, där kärlek och barmhärtighet, tjänande av liv och hälsa samt lindring av lidande, är vårdandets mening. Fokus är på etik och hur vårdande etik visar sig som gärningar och vanor. En viktig fråga är vad det är som gör att patienten har en upplevelse av en vårdande akt och vad det kan bero på att en del vårdare upplevs som stärkande för människans värdighet, och kan få patienten att känna hälsa. Den hermeneutiska tolkningen förs vidare till ny förståelse från gärningar till vanor och ovanor mot den vårdande akten, och den vårdetiska teorimodellen för en caritativ vård. För att förstå vanor och gärningar belyses även moraliska handlingar vilka förstås som goda handlingar.

Det framkom i delstudiernas resultat att vårdarna förstod vanor i relation till en viss vanans ordning och att vanor kunde ändras, men att det ibland var svårt att förändra eller bryta. Framförallt i delstudie C framkom vårdares vilja att förändra vanor. Vårdarna menade att vanor kan förändras då andra förebilder, kunskaper och reflektion stimulerar eller leder till förändring, inte enbart hos den enskilda vårdaren utan även hos ledningen inom vårdorganisationen. Vanans ordning handlar om hur vanor och ovanor skapas, upprepas, blir rutiner och kan ge trygghet och en känsla av gemenskap. Vårdare framhåller vissa vanor

som kan uttryckas i "så som vi alltid har gjort" som de själva eller kolleger bär med sig, vilka de menade kunde skapa både trygghet och frustration. Det kunde innebära en vanans makt över den enskilde vårdaren, men enligt Duhigg (2014) avgör människan själv delvis utifrån egna värderingar vilka vanor han eller hon vill tillägna sig. Vidare menar Duhigg (2014) att nya val krävs för att förändra vanan och dessutom tro på att detta leder till en förändring som kan vara bestående. Det är alltså lättare att förändra en vana om man tror på en förändring. Viljestyrka som grundläggande vana anses av en del forskare som den viktigaste för individuell framgång (Károly 1993; Lord, Diefendorff, Schmidt & Hall, 2010; Tangney, Baumeister & Boone, 2004). Mitchell (2015) menar att den moraliska karaktären påverkas och står i ett förhållande till effekten av handlingen (vanan). Tre aspekter är relevanta i detta sammanhang: upprepningen av handlingen och dess effekt på personen, typ av handling, avsikt och ansvar.

I de olika texterna från delstudierna framkom att vanor och ovanor ingår i vården och vårdarbetet, vilka framträder i vårdarens handlingar, dvs. vad vårdaren gör och visar, medvetet eller omedvetet men som också kan förstås i relation till vem vårdaren är.

Som tidigare beskrivits förstås en god vana som en god gärning som upprepas av vårdaren och som visar att vårdaren har goda karaktärsdrag. Här kan det handla om att en gärning som vårdaren erfarit som vårdande, och som kanske även patienten uttryckt som lindrande, blir en god vana. Ibland blir denna goda vana en rutin för vårdaren själv. Vårdandet i föreliggande forskning förmedlas genom goda vanor där intentionen med gärningen får följer i bland annat vårdarens uppträdande och hållning, dvs. i sitt sätt att vara. Vanorna sitter så att säga i "ryggmärgen" och ofta är de inte alltid medvetna i den bemärkelsen att man tänker på att nu ska man utföra eller förhålla sig på ett visst sätt. Detta är i överensstämmelse med Näsmans (2010) tankar om att goda vanor tillägnas och utvecklas genom klokhet, kärlek och ödmjukhet. Covey och Collins (1989) delade in vanor i två typer:

karaktärsvanor och personlighetsvanor.⁷⁹

För att en vana ska vara en vana måste den göras regelbundet så att beteendet blir automatiskt. Aristoteles (2004) menar att goda vanor tränas och lärs in. Enligt Fleiga, Lippke, Pompa och Schwarzer (2011) torde det vara lättare att skaffa sig en vana om man planerar att göra handlingen i förväg. Det kan räcka med att bara tänka på när och hur handlingen ska göras så ökar sannolikheten för att man gör handlingen. Detta är relevant för vårdare i hemsjukvården avseende goda vanor eftersom vårdaren enligt plikten bör göra det goda vilket också är det rätta för en vårdande gärning. Om den nya handlingen anses som betydelsefullt, är det mer troligt att det görs enligt Fleiga et al. (2011). Det verkar även som om en extern motivation gör det lättare att skapa vanor så länge motivet finns kvar. När motivet försvinner torde även vanan försvinna (Lally & Gardner, 2013). Vad som motiverar vårdaren att handla rätt eller det som antas vara gott, och som blir motivationsfaktorer är bl.a. vetskapen om plikten, etiska principer, vissa karaktärsdrag och vad som gör en handling rätt.

Vissa goda vanor har mer betydelse än andra för vårdandet. Vårdarna uttryckte dessa som vanan av att alltid vara intresserad, vänlig och kompetent i sina gärningar. Patienters utsagor om vårdarnas goda vanor är att vårdaren bör vara välvillig och hjälpsam, respektfull, skicklig och pålitlig. Både vårdare och patienter menade att dessa goda vanor var viktiga för deras välbefinnande, att vårdaren gjort något gott för patienten och att patienten upplevt sig betydelsefull. Vanor kan också "triggas" av en viss miljö eller känsla.

Det framkom också från intervjuer med vårdarna att den goda vanan ingår i plikten och i professionen genom att distriktsköterskan visar sin yrkeskompetens och sköter om det hon ska och visar att hon kan sitt yrke. Den goda vanan som relateras till vårdarens kompetens

⁷⁹ 2004 kom uppföljningen till boken om de 7 vanorna: *The 8th Habits: From Effectiveness to Greatness* (2004), Free Press, Chicago.

handlar om förmågan till att ta initiativ i samarbetet med patienten och i viss mån "ta över" ansvaret för att patienten ska få den vård som patienten behöver. Den goda vanan som yttrar sig i vårdarens kompetens visar sig i ansvarstagandet och när vårdaren inte kan klara arbetsuppgiften själv, vet vad han eller hon ska göra.

Att arbeta kliniskt som vårdare handlar om att göra val, vilket innebär att vårdaren väljer sin handling och tar ansvar för den handling som väljs (Eriksson, 2003). Sjuksköterskan i hemsjukvården arbetar ofta ensam utan daglig tillgång till läkare, och det krävs ofta av henne att fatta beslut och ta initiativ själv (Karlsson, Ekman, & Fagerberg, 2009). Äldre personer med hemsjukvård önskar en meningsfull vardag och strävar efter att behålla sina rutiner och vanor och leva sina liv så normalt som möjligt. Det kan handla om att skapa en ömsesidighet och samarbete med vårdarna för att uppnå en meningsfull vardag. Den pågående dialogen mellan den äldre personen och personalen blir det som för dem samman. Viktigt var att ha en känsla av tillhörighet, en känsla av närhet och samhörighet, att behålla tidigare relationer samt upprätta nya (Kihlgren, Blomberg, & James, 2014). För att upprätthålla rutiner, vanor och en daglig rytm i hemmet och i gemenskapen med andra, kände anhöriga att ett partnerskap behövs mellan den äldre personen, deras familjemedlemmar och personalen (Windahl, Kihlgren, Liedström, & James, 2014).

Det finns även ansvar hos andra vårdare i hemmen när ingen tillgång finns till sjuksköterska eller läkare för stunden, utan vårdare måste fatta egna beslut. Vårdandet hör ihop med ett ansvar för nästan, vilket ger både människan och dygden ett värde i sig självt och ansvaret för nästan leder till etiska tankar (Roach, 1992). Viljan att vårda innebär att vårdaren tar ett ansvar för sitt handlande (Näsman, 2010; Eriksson & Bergbom, 2017). Eriksson (1990) menar att all verklig vård är människogemenskap grundad på kärlek till medmänniskan och innebär ett ansvar för den andra, dvs. en caritativ vård (Eriksson, 1990; Eriksson & Bergbom, 2017).

Klinisk kompetens sker i mötet med patienten och handlar om att veta vad, hur och att göra. Denna kompetens mognar allt eftersom, hos vårdaren och kan ständigt förbättras. Klinisk kompetens är en pågående process och yttrar sig i en ontologisk och en kontextuell dimension. I mötet finns ett ansvar, att göra gott och ödmjukhet hos vårdaren. Ansvar är en viktig del i att vara kompetent, vilket innebar att vara förberedd på att möta patienten, att ha mål och en vilja att förstå patientens behov och önskemål, och samtidigt inse sin egen begränsning (Lejonqvist et al., 2012).

Kompetens kan ha flera innebörder för både patienten och vårdare. Det kan handla om kulturell kompetens som handlar om vårdare som beaktar patientens kultur (Wikberg, 2014), etisk kompetens, vårdande kompetens, social kompetens osv. Rundqvist (2004) lyfter fram att en av konsekvenserna av sjuksköterskans kompetens kan för patienten vara att han eller hon känner sig omgiven av kompetens och dessutom har mer kontakt med sitt inre och känner sig trygg. Med tiden har kraven på vårdvetenskaplig kompetens blivit allt högre (Honkavuo, 2014). Till vårdares kompetens hör att vårda kärleksfullt, att relatera människan till patienten och att se alla patienter på väg och som delaktiga på sin egen livsresa. Vårdandets inre etik förstås som en relationsetik vars kärna är kompetens, medlidande, förtroende, samvete och förbundenhet, som innebär en ömsesidig respekt mellan patienten och vårdaren (Wallinvirta, 2011). I Halldórsdóttirs (2001) teori om professionellt vårdande är det professionella vårdandet det som sker genom förbindelse, vårdande och kompetens. En relationens kvalitet är den fundamentala skillnaden mellan vad patienterna upplevde som vårdande jämfört med icke-vårdande. För att ge en högklassig vård krävs både mod, vilja och kompetens hos vårdaren samt realistiska möjligheter i form av tid (Frilund, 2013). För att kunna förbättra patientsäkerheten behöver vårdare lära sig att ta initiativ från ökade kunskaper och färdigheter (Brasaitte, Kaunonen & Suominen, 2015).

Vårdaren kan emellertid inte vara säker på om en gärning är god eller om det är en god vana, förrän vårdaren får en bekräftelse på ett eller annat sätt att gärningen och vanan är vårdande och därmed god. Karlsson, von Post och Bergbom (2010) beskriver att en vårdare är en

person som lyssnar till sitt hjärta, har kärlek i sina händer och har värme i sin röst. "Vårda" kan karakteriseras av den vårdare som uttrycker vilja och mod att vara där för patienten.

När vårdaren fått bekräftelse på att gärningen lindrade patientens lidande eller främjat en rörelse mot hälsa eller välbefinnande kan vårdaren tillägna sig vetskapen om detta och kanske då utveckla eller upprepa gärningen, dvs. en gärning blir en god gärning som blir en vårdande gärning och när gärningen upprepas till en god vana. Den vårdande gärningen blev till en god vana för vårdaren, och kan bli en god rutin för en grupp av vårdare i hemsjukvårdssammanhang. När en gärning blir till en rutin har gärningen fått ett högre värde eftersom den är både god, vårdande och accepteras som upprepanad till en god vana och/eller god rutin.

Vårdkultur och rutiner

Rutiner hos vårdare kan ge goda vanor och goda vanor kan bli till rutiner, menar vårdarna i delstudie C. Rutiner kan handla om att utföra olika handlingar eller arbetsuppgifter i en viss följd, vilka kan ha motiverats genom att tillförsäkra patienter en säker vård eller behandling. Det framkom emellertid också att rutinerna bestod i beteenden och hållning vilket kan ha att göra med en vårdkultur, som kan vara vårdande men också icke-vårdande. Rytterström (2011) lyfter bland annat fram i sin avhandling att vårdkulturen har betydelse för vårdens praxis då det handlar om att som vårdare anpassa sig till avdelningars olika vårdkulturer för att bli accepterad på vårdavdelningarna. Detta innebär framförallt en anpassning till avdelningarnas vanor och oskrivna rutiner. Rutiners betydelse för vårdarbetet kan handla om att rutinerna reflekterade den vårdkultur som vårdarbetet utgick ifrån. Rutinerna kunde vara både meningsfulla, pragmatiska och hindrande för god vård. När en meningsfull rutin fanns för god vård var den enskilda vårdarens värderingar i harmoni med vårdkulturens ethos. Patienter kan också ha rutiner som påverkar vårdandet. Enligt Rytterström (2011), fanns det en risk att rutiner kunde hindra det goda vårdandet om rutinen visade sig som en handling som upprepades utan att anpassas till patienten.

Vårdare i delstudierna menade att de ibland förändrade sina vanor och rutiner och anpassade dessa efter patienternas rutiner, för att vissa patienter har hela livet haft samma vanor som inte bör förändras. Men, emellertid framkom i delstudie C att vårdare uttryckte att en del rutiner fungerade bra men att vissa rutiner inte var till för att gynna patienten, utan mer som en ovana som blev en onödig eller dålig rutin.

Varje vårdkultur har sina traditioner och utvecklar egna rutiner som ska underlätta vårdarbetet och att patienten säkerställs en rättvis och likvärdig vård (för alla). Salmela (2012) betonar att det är sjuksköterskans ansvar som ledare att hantera en organisations vårdande kultur, traditioner och vanor. Detta innebär att man vill visa vördnad för människor och deras värdighet och helighet. Enligt Eriksson (2003) innebär vårdande kulturer, som är hållbara och överlever förändringar i samhället och vårdorganisationer, oftast de kulturer där individer har möjlighet att avslöja och underhålla kulturens etiska principer, genom att belysa och upprätthålla sådana principer i samtal och dialog. När vårdarna tillsammans skapar ett etiskt värde, tillåts viktiga värden styra hela vårdandet. Det är genom sådana vårdande kulturer det är möjligt att motverka likgiltighet, som är det största hindret för etik. Det är vårdkulturen i sig själv som skapar grunden för vårdandet och som beskrivs genom traditioner och vanor (Salmela et al., 2017).

Traditioner och vanor kan dock förändras och utvecklas, vilket kan ses som en process, en ständig förändring i en vårdkultur (Metro-Roland, 2010). Vanor som finns i vårdkulturen påverkar vårdandet (Lindwall & von Post, 2008). Rytterström (2011) menar att de rutiner som hindrar en god vård uppfattas som kränkande för patientens värdighet och som inadekvata för vårdarbetet och saknar syfte. Vad som hindrar en god vård enligt vårdarna i delstudie C kan vara dåliga rutiner eller goda rutiner som plötsligt övergår till en dålig rutin för att patientens behov förändras och då vårdaren gör som alltid utan att reflektera. Rutiner, menar Rytterström (2011), som inte reflekteras av vårdare har en högre risk att okritiskt anammas utan en tanke på konsekvenserna. Dessa rutiner skapar ett dilemma hos vårdarna för att de måste välja mellan att gå emot sin egen övertygelse för vad som är god vård eller

att följa en i deras tycke felaktig rutin. Den hindrande rutinen kan även ses om en ursäkt att inte behöva möta patientens lidande. Rutinen blir endast meningsfull när den stödjer det goda vårdandet. Rutinen kan då upplevas som att den är ett med vårdarna och finns helt naturligt i vårdarbetet. Rutinen kan skapa en frihet hos vårdaren, att vara sig själva, att vara autentiska i sitt vårdande (Rytterström, 2011). Rutiner kan alltså av vårdarna upplevas som handlingar som vårdarna inte behöver fundera över, när alla gör likadant, som ger en gemenskap och göra arbetet bättre. Rutiner som inte är gynnsamma kan ses som handlingar och beteenden som skapar vårdlidande.

Rundqvist (2004) är inne på liknande tankegångar i sina studier om makt och fullmakt. Det framkom att om avdelningsrutiner bestämmer över vårdandet uteblir vårdandet och patienten osynliggörs. Detta kan tolkas som maktmissbruk, eftersom det kan tolkas som handlingar för vårdarens eget bästa och inte patientens bästa, när dessa rutiner inte tillgodoser patienters behov utan endast professionens och organisationens behov. Rutiner på en avdelning är skapade av vårdarna själva och deras behov av kontroll och ordning, där avdelningens egen kultur inte alltid är vårdande. Den vårdande caritativa vårdkulturen strävar efter att tjäna patienten och lindra lidande. Den vårdande kulturen är hälsobringande för både patienten och vårdaren, eftersom den ger utrymme för vårdarna att hitta sin mänsklighet och sin inre styrka, vilket gagnar patientens hälsoprocesser då den ger vårdaren frihet till kärlek, makt, ansvar och bevarar patientens värdighet (Rundqvist, 2004).

Patienter kan betraktas som passiva mottagare av vård och ses som objekt snarare än som deltagare i sin egen vård. De förväntas passa in i de rutiner vårdare sätter upp för att strukturen inte tillåter ändringar (Henriksen, 2002). Visserligen kan rutiner ge trygghet åt både patienter och vårdare, men vårdarna är bundna till organisationen och de känner maktlöshet och bristande bemyndigande att förändra rutiner precis som patienterna gör enligt Suominen, Kovasin och Ketola (1997). Nyström och Segesten (1995) och Towl (1991) menar att behandlingar kan bli mer effektiva om patienten tror sig ha kontroll över rutiner och behandlingar. Rutiner, som rationellt handlande, kan vara av godo då det är samma

procedur som upprepas om och om igen (Sundström, 1996). Koinbergs (2004) avhandling visade att en del kvinnor med bröstcancer, som följdes upp av en specialistsjuksköterska, ansåg det viktigt med vissa rutiner.

Från den icke-vårdande gärningen till ovanan

I alla delstudierna finns utsagor från patienter och vårdare om gärningar som kan tolkas som ovanor. De finns ovanor som är återkommande, vilka handlar om att vara stressad och okunnig. Stress visar sig som en ovana att inte vara lugn och inte ha tålmod, liksom ovanor som visar sig som osäkerhet och slarvighet. Dessa ovanor kan tyda på att vårdaren är okunnig, oansvarig, osäker och olämplig, enligt patienternas och vårdarnas utsagor. Ovanor har aldrig ett gott syfte.

Förmåga till ovanan finns då människan lär sig utföra ovanan. Ovanor gör individer till dåliga människor. Ovanor är negativa eller dåliga vanor, laster eller dåliga färdigheter som påverkar människans karaktär i negativ riktning, då ovanorna vanligtvis är osansade och orättvisa (Aristoteles, 2004). Således kan en ovana ses som en brist på en god gärning eller god vana då denna ovana inte leder till ett lindrat lidande eller bibehållet eller ökat välbefinnande, utan istället leder till underlåtenhet att vårda och enligt vårdarna riskerar leda till en för tidig död för patienterna som drabbas.

Ovanan kan visa sig i det som vårdaren är eller gör eller som en rutin. Vårdaren kan ha goda intentioner, men beroende av olika omständigheter hos vårdaren själv eller omgivningen kan en ovana skapas. Trots att vårdare vet att de bör vara på ett visst sätt kan olika omständigheter göra att de inte kan leva upp till målen när de goda vanorna övergår till ovanor och vårdare kan uppleva etisk stress (Lützén, Cronqvist, Magnusson, & Andersson, 2003; Lützén & Ewalds-Kvist, 2013). Det som av patienter uppfattas som ovanor kan av vårdare ses som goda vanor och tvärtom. Vårdare ser på ovanan som att denna skapas av vårdaren själv och beror på personalbrist, för hög arbetsbelastning, stress, kunskaps- och

initiativbrist och att göra som alla andra, även om det är negativt för patienten. I vissa fall kanske inte vårdaren själv är medveten om sin stress.

Ovanor hos vårdaren kan vara att inte ha tålamod, inte lyssna och inte bry sig om, och göra allt på rutin, vilket handlar om att inte kunna vara flexibel och stressa. Det kan av patienten ses som en ovana att vara ointresserad och oengagerad då vårdaren inte lyssnar, inte bryr sig om och visar sitt ointresse eller inte tror på vad patienten säger. Detta kan få sitt uttryck i en otrevlig, alltför formell och korrekt attityd och hållning och kan ge ett vårdlidande (Arman & Rehnsfeldt 2012; Eriksson, 2003). En vårdkultur där vården inte har fokus på patienten kan leda till ett vårdlidande för patienten (Kasén, 2002). Rutiner kan hindra en god och säker vård samt vara kränkande för patientens värdighet. Rutiner kan även uppfattas inadekvat för vårdarbetet och sakna syfte. Den hindrade rutinen kan skapa ett dilemma hos vårdaren när han eller hon måste välja mellan att följa en i deras tycke, felaktig rutin eller att gå emot sin egen övertygelse för vad som är god vård. Rutiner som saknar reflektion har en risk att okritiskt anammas utan en tanke på konsekvenserna. Den hindrande rutinen kan även bli en ursäkt för att inte behöva möta patientens lidande. Rutinen blir meningsfull då den stödjer det goda vårdandet (Rytterström, 2011). Karlsson, von Post och Bergbom, (2010) menar att när vårdaren inte bryr sig om känner sig patienten oviktig och upplever sig inte sedd utan att mest vara till besvär. Vårdrelationen blir icke-vårdande, eftersom vårdaren tillfogar patienten ett vårdlidande.

Vårdaren kanske inte ser behoven, bryr sig inte om eller är inte flexibel. Ovanor uppstår när frågor, reflektion och kommunikation saknas, men även av okunskap hos vårdaren och en dålig ledning. Vårdarna menade även att ovanor kunde finnas baserade på deras egna värderingar och värdegrund.

När vanan eller ovanan är medveten eller omedveten

Handlingar kan vara medvetna. Handlingar kan även vara omedvetna eller automatiska på (minst) tre olika sätt: genom vana, av utbildning och av habitus. När en handling ständigt

upprepas, över tid, kan det bli en vana. Handlingen blir gradvis omedveten eller automatisk, och vilja är mindre involverade i inledandet av handlingen. Enligt Thomas of Aquinas tar således en vana bort en viss frihet. Handlingar blir färdigheter genom upprepning och erfarenhet (Mitchell, 2015). Det tycks vara så att en ovana kommer från den vårdare som *är*, i förhållande till sitt karaktärsdrag, eller gör eller inte gör i en rutin eller utan kunskap, slarv osv., omedvetet eller medvetet. En omedveten ovana kan vara att vårdaren litar på det kolleger gör. I en medveten ovana vet vårdaren exakt vad vårdaren gör för att vårdaren en gång lärt sig det, men av någon anledning gör inte vårdaren det rätta och goda eller vet inte vad som är rätt eller gott, utan gör som alla andra eller helt oreflekterat.

Vårdarens vanor och ovanor i attityder, karaktärsdrag och förhållningssätt i gärningarna har betydelse för att kunna åstadkomma en god vårdande akt. Vad vårdaren gör utgår inte alltid från vad vårdaren är, därför att vårdaren kanske med ett beteende vill göra gott, men vet inte eller förstår inte om det är rätt eller fel utifrån patientens situation. Här finns en annan dimension i det medvetna eller omedvetna handlandet, när vårdaren tror att han eller hon vet, men inte vet. Därför bör alltid en god vana vara medveten, eftersom det omedvetna handlandet i en vana kan vara en gärning där vårdaren inte är tillräcklig uppmärksam på vad han eller hon egentligen gör.⁸⁰ Aristoteles menar att vanan inte kan vara medveten. Eftersom gärningar, vanor och ovanor är nära förknippade med karaktärsdrag (Aristoteles, 2004; Barbosa da Silva, 1995) så är det av betydelse, för god kvalitet, i den känsliga vården av patienten att vårdare utvecklar egenskaper eller goda vanor i den aristoteliska meningen där dygdens goda vana är karaktär. Sjuksköterskan bör utveckla sin karaktär som vårdare (och som människa) (Scott, 2007). Vanor och ovanor hos vårdare ses i föreliggande avhandling utifrån vad någon är och vad någon gör eller inte gör eller gör fel. Av vårdares uttalanden i Delstudie C framgår att vanor kan ändras medvetet eller omedvetet.

⁸⁰ Avhandlingen har inte för avsikt att studeras ur Aristoteles synvinkel eftersom ovanan där endast är en last och omedveten.

Att inte vara medveten om en dålig karaktär kan skapa ovanor när distriktssköterskan inte vet. Det handlar då här om patienters utsagor om vanor och ovanor hos distriktssköterskan (studie A). Vanor ska inte vara omedvetna för att vårdaren kan förlora kontrollen och insikten i det vårdaren gör. När vanan är medveten är den accepterad och införstådd eller accepterad men ej förstådd av vårdaren eller patienten. Men vanan kan även vara ej accepterad och ej införstådd beroende på att vanan kan vara en rutin eller omedveten. En vårdare kan t.ex. ha en vana utan att alls reflektera över det han eller hon gör utan gör en uppgift enligt order, eller för att alla andra gör uppgiften. Men vårdaren känner innerst inne att det inte känns bra för patienten, och enligt vårdaren kan det kännas som en ovana, men det görs ändå för att det blivit en vana. Vanan är vanligtvis en upprepad handling som utförs omedvetet någorlunda ofta och görs utan att vårdaren behöver tänka på att utföra handlingen. När vanan är negativa eller ger problem för den som utför dem kallas den vanligtvis för ovana (Duhigg,2014).

Vanan kan vara medveten eller omedveten hos vårdaren. Vårdaren kan reflektera över både den medvetna och omedvetna vanan och kan lägga både positiva och negativa värderingar på både en god och en dålig vana. En dålig vana kan accepteras trots att den inte är bra för patienten men för att det blir lättare eller enklare att utföra uppgiften. En dålig vana kan få vårdaren att förändra sina värderingar och börja tänka annorlunda, för att det är enklast så. Den dåliga vanan kan ge en utmaning för att vårdarens tankar kan vara att det nog går bra ändå. En omedveten dålig vana kan förändra vårdaren, kolleger och chefer, för den kan generera andra aspekter på verksamheten som blir goda, t.ex. blir ekonomin bättre om man hoppar över eller inte gör vissa arbetsmoment som tar för lång tid men som är bra för patienten.

En medveten ovana kan ändras, men ibland ändras den inte. Alla vet att fel görs men gör det ändå, t.ex. inte tar av sig ytterplagget, då vårdaren träder in genom patientens ytterdörr. Det blir en accepterad "lathet" att inte ta av sig jackan för att det tar tid och vårdaren blir stressad för att det är bråttom. Stressen blir en ovana.

Den medvetna eller omedvetna goda vanan eller ovanan i vårdandet blir eller är ett bruk, kutym, rutin, sed, slentrian, tendens, tradition, erfarenhet, övning eller förtrogenhet och skicklighet, händelse, äventyr, uppträdande, gång, möjlighet, sätt, förmåga, fördel, nytta, funktion, användning eller skick.

Är vårdaren på ett visst sätt gör vårdaren vissa gärningar och handlingar som kan ses som goda vanor eller ovanor. Alla räknar med vana, men när vanan måste brytas, för att det inträffar något oväntat, kan det vara svårt för vårdaren eller för patienten att hantera det nya. Förändringen kan få konsekvenser för vårdarens fortsatta arbetsuppgifter i t.ex. hemsjukvården bl.a. för att mer tid måste ges till patienten, när vanan bryts. Vilket kan medföra ett senare hembesök till nästa patient, med andra ord hinner inte vårdaren med att göra det han eller hon ska göra. En annan patient kan bli lidande.

Vårdare kan ha god intention för att göra det goda men hindras till det av olika anledningar. Hinder kan vara orsaker i vårdkulturen (Rytterström et al., 2012) eller hos vårdaren själv eller organisationen där vårdaren arbetar (Arman et al., 2015). När ovanan kommer från den vårdaren där de goda karaktärsdragen hindras eller saknas, kan vårdaren visa ointresse, stress, okunnighet eller en avsaknad av självkänedom. I vårdandet eller i det icke-vårdande blir vårdarens värdegrund synlig från hur vårdaren är och gör (Frilund, 2013). Stress kan vara en ovana som inte alltid är medveten, som återkommer och som kan förstås som en del av personens karaktärsdrag.

Kunskap kommer bl.a. från yrket där kunskapen är inlärd från utbildningen och kan därmed bli en god vana att göra det som är rätt och riktigt. Att inte ha kunskapen om hur en gärning ska göras kan innebära att vårdaren inte kan utföra den vårdande handlingen eller så gör vårdaren gärningen fel eller fel gärning. Att engagera sig i patienten kräver att veta och verkligen visa detta i en vårdande handling. Patienten måste respekteras som han eller hon egentligen är, vilket vårdaren bl.a. gör i ett gott förhållningssätt. Vanor kan uttryckas på detta och andra sätt. Vad det handlar om är etik.

Hur kan vanorna uttrycks av vårdare och vilken erfarenhet kan finnas av vanorna för vårdarna? Vad erfar vårdarna som vanor inom hemsjukvården? En av vårdarna menade att hon tog hänsyn och lyssnade på patienten från både ett engagemang och en hederlighet (forskarens tolkning) och *utför det jag ska så bra det går. Tror att jag anses både snäll och trevlig och att jag har lång erfarenhet.* I en god vårdande gärning bör finnas en vårdare som inte bara är noggrann och lugn utan även har kunskap, *medicinsk omvårdnad är ett stort ansvar och det är därför viktigt med medicinsk kunskap och även erfarenhet.* Kunskap i vårdandet handlar i viss mån om erfarenhet som ger professionalitet. Erfarenheten bidrar till att göra riktiga bedömningar och rätt praktiskt handlande. Ett gott karaktärsdrag förmedlar en god handling där bl.a. patientens värdighet bevaras och vårdaren är hederlig, *jag behandlar patienterna med samma respekt och frågar alltid hur de mår och om de behöver hjälp med något speciellt, det är väldigt viktigt att lyssna på deras behov.*

Utgående från analys och tolkning av vårdarnas utsagor kan goda vanor förstås som en trygghet för både vårdaren och patienten. Vanor kan även ifrågasättas och vara en nackdel. Det kan vara svårt att bryta vanor, vårdaren måste ibland ändra sina vanor och vanor finns tillsammans med patienten. Goda vanor kan vara en fördel men behöver inte vara det. En god vana kan vara en fördel om vanan fungerar bra för personen, om personalen mår bra av den. Att vara flexibel i sitt yrke är en god vana, eftersom vårdarna möter många olika slags människor. Goda vanor har betydelse inom hemsjukvården och påverkar både patienten och vårdaren.

Vana och vanans makt verkar i vården vara förrädisk. Den underlättar på så sätt att man egentligen inte behöver tänka på vad som görs, men samtidigt kan detta göra att man inte reflekterar över vad man gör, och därmed invaggas man i någon form av trygghet. Att inte tänka blir förödande inom sjukvården där varje situation är olik den andra, och patientens tillstånd och situation hela tiden är föränderlig.

Vårdarens karaktärsdrag i vanor och ovanor

Goda vanor och gärningar kan också ses avspegla vårdarens karaktärsdrag. Helheten i forskningsresultatet kan förstås från delstudiernas olika delar vilket i en reflektion ger en ny förståelse.

En ovana är en brist på en god gärning eller god vana eller oerfarenhet eller dålig gärning, som upprepas av vårdaren och som visar att vårdaren saknar, inte har eller ej har möjlighet att ge uttryck för de goda karaktärsdragen, dvs. vad vårdaren *gör* i en akt. En god vana visar sig i det som vårdaren *gör*, vilket i sin tur säger något om vem vårdaren *är*, även om det inte alltid visar sig i det vårdaren *gör* liksom det omvända. En karaktär utformas genom uppfostran och vana, enligt Aristoteles (2004). Endast goda vanor är goda karaktärsdrag, vilket innebär att en person som har goda vanor vanligtvis handlar rätt i moralisk mening (van Hooff, 1999). Men, inte alla handlingar kan kategoriseras som moraliska eller omoraliska. Det finns olika typer eller kategorier av handlingar. Enligt Aristoteles (2004) finns handlingar som uppfyller vissa mål (resultat) och handlingar som finns i själva handlingen (som verksamheter). Således kan handlingar förstås som medel för vissa syften eller som självändamål. En handling bör vara god, men det är inte tillräckligt med att endast veta vad som är det goda man behöver även vilja göra det som är gott. Och man kan endast vilja det man verkligen kan göra (Aristoteles, 2004).

Det är svårt att kontinuerligt göra bra moraliska handlingar, detta kräver konstant arbete. Det är svårt att fastställa kunskap och etablera sanningen (May, 2003). Samvetet behöver veta det goda och behöver lyssna till det goda för att agera enligt det goda. Karaktär är en styrka, och när det sätts i handling, blir det bra karaktär eller dålig karaktär. Det är i inom människan själv som dramat av frihet spelas ut, och det spelas genom vad människan gör. Människan är mer än sin egen frihet. I praktiken ansvarar hela människan för frihet till val i uppgiften. Som människor är vi sanna mot oss själva och styr oss själva genom vår frihet, då vi står inför uppgiften att integrera, inte bara för att samordna de olika delarna av vårt medvetande, utan att även integrera i våra handlingar hela människans, kropp och själ, psykiskt och fysiskt

(Mitchell, 2015). Som nämnts tidigare är en vårdande handling en handling som benämns som vårdhandling, vårdaktivitet, kliniskt vårdarbete, omvårdnad, omvårdnadsåtgärd eller omvårdnadshandling.

Ricoeur (1992) beskriver karaktär som något, som inte kan särskiljas från personen och som har en beständighet som människor säger "tillhör oss". Men, man kan säga här är personen och det är hans eller hennes karaktär. Vanan blir en del av karaktären och som med tiden kommer att uttryckas som personens karaktär (Ricoeur 1992).

En person kan även särskiljas från hans eller hennes handlingar, vad som gjordes skiljer sig från vem som gjorde det. Samma distinktion görs mellan karaktär och handling, menar Mitchell (2015) och menar vidare att karaktär och handling är sammanflätade så intimt att den professionella arbetsuppgiften, eller vad som uppfattas av andra som var och ens skyldighet, inte kan åsidosätta samvetet utan att negativ påverka eller ändra karaktären. Att följa sitt samvete gäller både i privatlivet som yrkeslivet. Enligt Mitchell (2015) innebär karaktär både godhet och ondska, det vill säga etik. Denna etik i karaktären har att göra med människans personlighet med särskild uppmärksamhet på personlighetens etiska drag, och en handling som blir till en vana är avsiktlig och vald, dvs. intern och skapad av individens karaktär. Två viktiga aspekter av karaktär är ansvars känsla och avsikt. Fråga vem som gjorde en viss åtgärd är att fråga vem som är ansvarig, med andra ord, äger människor sina handlingar och konsekvenserna av dem. Detta gäller även handlingar som är oavsiktliga (Mitchell, 2015).

Karaktärsdrag som framstiger som väsentliga för att de är positiva, är att vårdaren är genuint intresserad av den andres (patientens) hälsa, välbefinnande och lidande, samt vill göra livet lättare för patienten (Hilli, 2007). De vanor och ovanor som avslöjar vårdarens karaktärsdrag beskrevs av vårdarna som ett sätt att förhålla sig på, en hållning som bär på ett ansvar för den andre. Denna hållning finns inför både patienten och andra vårdare. Detta är i överensstämmelse med både Lévinas (1993) och Løgstrups (1992) tankar om att

människan måste inse sitt ansvar för sin nästa, den andra människan. Det handlar om att realisera det goda, dvs. att vara god och göra gott. Det är en etisk vision och innebär både en realitet och ett ideal som uttrycks i vad människan och vårdaren är och vad han eller hon bör göra (Aristoteles 2004). Vårdaren bör med andra ord vara det goda han eller hon *är* vilket bör visa sig i det goda han eller hon *gör* i gärningar som inte enbart är etiska utan även de rätta. Vårdarens karaktärsdrag kan till följd därav visa sig som goda vanor eller ovanor. Näsman (2010) skriver att en persons karaktär och karaktärsdrag kan beskriva och visa ett sätt att vara i stället för ett sätt att handla, och där sättet att vara genomsyrar både hans eller hennes privata och professionella levnadssätt.

En vårdares karaktärsdrag kan alltså påverka gärningar till en vana eller ovana. Vad som får en människa att göra och bli motiverad till en god gärning i yrkesprofessionen är framförallt känslan, plikttrogenheten, förnuftet och en vilja att utföra sitt arbete väl och välja de rätta handlingarna (Aristoteles, 2004; Barbosa da Silva, 1995). Plikten innefattar en vilja som förutsätter en känsla (Hägerström, 1952). Utsagor från vårdare i delstudierna visar att vårdaren bör äga en viss positiv känsla för gärningen och patienten, äga en vilja, vara plikttrogen (i ett ansvar) och förnuftig (från kunskap och erfarenhet). Allt detta gör att vårdaren blir motiverad till att utföra gärningen så att ett vårdande blir till. Både känslan, plikttrogenheten, viljan och förnuftet motiverar till en gärning och kan vara goda karaktärsdrag hos vårdaren. Detta kan förstås som att den handlandes karaktär är viktigare än den kunskap som krävs för handlingen.

I förnuftet ingår erfarenheten och kunskapen samt ett etiskt ideal. En vårdares gärning kan genom dessa karaktärsdrag leda till att en god vana utvecklas, som får positiva konsekvenser för patienten såsom lindring av patientens lidande mot ett vårdande i hälsa, vilket innebär en djupare helhet. När vårdarens känsla, plikttrogenhet, förnuft eller vilja saknas eller hindras kan icke-vårdande gärningar eller ovanor utvecklas, som i sin tur ger negativa konsekvenser för patienten. Betydelsefullt att lyfta fram är dock att det inte är tillräckligt att bara ha kunskap om sin plikt som vårdare (utifrån rättsliga och etiska regler och principer)

utan man måste även vilja ha vissa för vården relevanta goda vanor förankrade i motiven för vårdande. Plikten talar bara om vad som ska göras, men den ger inte alltid vårdaren kraft till att göra det så som den goda vanan⁸¹ kan göra. Stress kan även göra att vårdare inte klarar av att vara lugna och tålmodiga. Å andra sidan kan känslan av att inte ha förmågan att vara lugn och inte ha tålmod ge stress. I delstudiernas resultat finns exempel på icke-vårdande gärningar när vårdaren inte gör enligt plikten vid exempelvis stress eller när vårdaren inte har förmågan.

Vid underlåtelsehandlingar, kommer vårdaren längre och längre bort från vårdandets kärna och inre etik (Sjögren, 2013), t.ex. när patienter kränkts av vårdaren och vården, leder detta till ett vårdlidande för patienten, dvs. patienten kan inte igenkänna vårdarens ansvar i gärningen som det goda det sanna eller det sköna. Ansvar och avsikt är rotade i viljan, som är källan till självbehärskning och självstyre för mänskliga varelser. För att vara av god karaktär, när man vet det goda, måste man också önska det goda (Mitchell, 2015). Detta kan även handla om viljan och människans värdegrund i det ethos varigenom vårdandet tillägnas den lidande patienten. Enligt Thomas ab Aquino (1124–1174) kan fritt val definieras som viljan och dess anledning att vilja något. Fritt val är en vana, men genom synden kan man missbruka sitt fria val, förlorar både det och sig själv. Viljan kan även hindras av brist på kunskap (Mitchell, 2015).

Goda vanor kan alltså frigöra tankar och känslor, som kan ta sitt uttryck i hållning och hur vårdaren uppträder i vårdsituationer eller då handlingar utförs. Känslan kommer före vanan, beroende på att den kan vara medfödd eller förvärvad tidigt i livet. Viljan utgör en central faktor i förening med känslor. Viljan kan påverka känslan utan att kontrollera den eller så kan viljan kontrollera känslan, eller så kan det ske en ömsesidig påverkan mellan vilja och känsla (Barbosa da Silva, 1998). Upprepade kärleksfulla handlingar kan t.ex. ge välvilja, som i sin tur ger kärleksfulla handlingar i vissa situationer. Här ses sambandet mellan olika vanor. Aristoteles (2004) menar att välviljan kan uppstå på ett

⁸¹ som en dygd eller gott beteende, god attityd eller god egenskap hos människan som finns bakom och i handlingen.

ögonblick och vara början till vänskapen. Enligt Hume (1966) engagerar människan sig eller avstår från en gärning beroende på den sympati som känns. Goda vanor stärker goda känslor (t.ex. kärlek), och motstår eller motverkar onda känslor som, t.ex. hat, rädsla och motiverar då viljan hos vårdaren till att handla enligt etiska plikter och ideal enligt Barbosa da Silva (1995). Genom den känslomässiga komponenten påverkar goda vanor oss alltså att handla på ett bestämt sätt (Hvarfner, 1988). Detta är viktigt att vara medveten om när det gäller vanor och ovanor, därför att vårdaren inte kan styra över sina vanor och ovanor, för att känslor är inblandade som kan påverka gärningarna omedvetet. Känslan kan motivera eller vara handlingsfrämjande. Medlidande har tre huvudkomponenter: en intentionell (viljemässig), en kognitiv (kunskapsmässig) och en emotiv (känslomässig) komponent som gör att känslan blir relevant för ett etiskt handlande (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Det är denna känslomässiga komponent som är förknippad med goda vanor. Dessa grundläggande mänskliga känslor kan påverka hur och vad vårdare känner för patienten och tvärtom. Också de vanor som utvecklas mellan patient och vårdare, där patienten och vårdaren kan ha vissa känslor för varandra.

Känslan har dock genom etikens historia värderats negativt i relation till vilja och förnuft.⁸² En vana kan automatiskt (dvs. vanemässigt) påverka en handling och vara motiverande och aktualisera känslan som i en kraft (dvs. den är riktad mot någon eller något) påverkar oss att handla på ett bestämt sätt, dvs. att handla rätt och göra det goda (Barbosa da Silva, 2009).

En vårdare ser eller förstår att en gärning blivit vårdande i det att patienten är nöjd eller när

⁸² Förnuftet ska kontrollera viljan och känslan och känslan ska underordna sig viljan för att människan ska kunna vara moraliska eller handla etiskt rätt. Aristoteles, Baruch Spinoza och David Hume är några av de som tillmäter känslan en avgörande och positiv betydelse för det moraliska livet. David Hume menar att det inte är förnuftet utan känslorna som är motivation eller drivkraft bakom våra handlingar. Han menar vidare att det är framförallt känslan sympati som är drivkraften till moralen. Förnuftet som framträder i argumentationen, ”rättfärdigar” och bedömer konsekvenserna av våra handlingar. I sista hand, när det moraliska omdömet ska fällas, är känslorna det utslagsgivande (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Spinoza menar att en affekt (sinnesrörelse med stark känslotegning t.ex. vid häftig, sorg, raseri eller glädje) inte kan besegras av förnuft eller vilja. Spinoza skiljer mellan aktiva (själskraften, dvs livsmod och det som är gott för individen själv) och passiva känslor, som hat (Spinoza, 1966).

vårdaren får känslan av att ha kommit in i patientens liv eller när en åtgärd och behandlingsmetod fungerat. Detta ses som förutsättning för att ett vårdande ska bli till.

Det är patienten som står för evidensen, för det är patienten som kan avgöra när han eller hon fått god vård (Arman et al., 2015). En karaktär påverkas genom sitt handlande. Handlingen till att välja det goda för hälsa är processen för självbestämmande med rötter i självbehärskning och självstyre (Wojtyla, 1979). På detta sätt är människan ansvarig för sina egna handlingar. Vårt ansvar är mer än för ett (enda) grundläggande alternativ, mer än att ha en god avsikt eller välja handlingar med bra konsekvenser. Syftet med handlingen måste vara bra, inte att välja onda medel för ett bra slut, för att kunna säga att viljan varit god. Frihet är inte bara valet för en särskild handling. Det är också inom detta val, ett beslut om sig själv och en inställning av sitt eget liv för eller mot det goda, för eller emot det som är sanningen. Sanna "grundläggande alternativet" är inte ett val för det goda utfört vid ett tillfälle i livet. Det är ett beslut för eller emot det goda i varje moralisk handling (John Paul II, 1993).

Dygd

Den hermeneutiska tolkningen går vidare, eftersom det i tidigare litteratur framkommit att vårdarens karaktärsdrag och dygder hör ihop och avspeglas också i gärningarna (Näsman, 2010; Sellman, 2011), men också i vanor och ovanor. "Dygd är inte dygd om den inte levs ut i gärningar" (Näsman, 2010 s. 122). Aristoteles (2004) menar att en god vana är en dygd. Men, en viss hållning, attityd eller beteende behöver inte vara en dygd eller ett karaktärsdrag, då det kan vara något annat som yttrar sig och visar sig hos en person som *kan* komma från ett karaktärsdrag eller vara en egenskap, kvalitet, drag, kännetecken, beskaffenhet eller bara ett sätt att för tillfället vara och som inte utgår från den man är. Aristoteles (2004) menar att den moraliska dygden uppstår på grund av en vana som människan lärt sig och tränas in i och att vanan blir omedveten. Förmåga till dygd finns då människan lärt sig utföra dygden och har att göra med både känslor och handlingar. Goda vanor och dygder gör således

människan till en god människa. Enligt Thomas behövs goda vanor för att kunna agera på ett bra sätt för det människan önskar och som är passande och bra för människan. Att handla moraliskt härrör från människans vetande, kompetens, kärlek och vilja. Förverkligandet av människan menar Mitchell (2015) sker huvudsakligen inte genom moraliskt goda handlingar utan i förvärvet av moraliska dygder.

En dygdig människa gör goda gärningar hela livet. Ett gott liv är en god verksamhet där dygderna blir en livsstil som leder människan i riktning mot lyckan (*eudaimonia*) (Aristoteles, 2004; Näsman, 2010). Genom goda förebilder och övning lär vårdaren sig goda vanor (Aristoteles, 2004; Näsman, 2010; Randers & Mattiasson, 1999; Silfverberg, 1996), och de goda vanorna blir dygder, och dessa dygder kan motivera människor att handla enligt både etiska regler och principer (Aristoteles 2004; Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Människan förväntar sig att uppfatta de dygder som uttrycks i åtgärderna av en av god karaktär. Samtidigt försöker en människa av god karaktär öka dygderna i sig själv. Dygder förvärvas endast efter hårt arbete, uppmärksamhet till sin verksamhet och mycket upprepning (Mitchell, 2015). Näsman (2010) skriver att dygder handlar om övning och repetition av gärningar från ett intelligent behärskande av självet, som formar dygden på en grundläggande nivå.

Med moraliska dygder hos vårdaren menas de moraliska handlingar som skapar ett positivt värde hos patienten eller som gör att patienten känner sig värdefull i relationen med vårdaren. I sjukvården förväntas att vårdare ska äga vissa moraliska dygder för att vara goda och skickliga i yrket (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Sådana handlingar som upprepas över tid bygger upp vanor till dygd. Förvärvandet av dygd är inte medvetet eller avsiktligt, men äger rum som ett slags biprodukt, utanför medvetandet. Dygd kan förvärvas utanför medvetandet, så att de som agerar dygdigt inte inser att de agerar dygdigt (såvida, naturligtvis, de inte tänker på hur de utför relevanta åtgärder). Dygden kan bli stadigvarande genom rutiner (Näsman, 2010).

Wärnå (2002) menar att hälsa är dygd, och dygd kan förstås som en styrka hos människan och utgör då hälsans substans, dvs. en grund för det som människan värderar som gott. Friheten att forma sitt liv kan människan inte nå utan att lära sig goda vanor⁸³ och moral (Aristoteles, 2004). Dygd kan alltså ses som en kvalitet som kännetecknar livsstilen hos människan, enligt Eriksson (1985).

Dygd och karaktär handlar om inre, subjektiva element och om sociala och kulturella inflytanden. I viss mån formas karaktären i det sammanhang där människan utvecklas och lever sitt liv. Karaktär och dygd har alltså både en samhällelig dimension och en personlig dimension (Näsman, 2010).

Moralisk integritet

Den moraliska integriteten är en moralisk dygd. En vårdare med hög moralisk integritet är principfast, låter inte egna intressen gå före andras, är opartisk, rättvis, utnyttjar inte andra människor, är pålitlig och konsekvent i sitt handlande och tar alltid ansvar för sina handlingar. En vårdare som har en hög moralisk integritet kan man med stor sannolikhet förutse hur den personen kommer att handla i en viss situation vilket ger tillit (Jonassen & Barbosa da Silva, 2015).

Som nämnts tidigare är många av vårdarens karaktärsdrag och moraliska dygder nära förknippade med varandra och utgör då en integrerad helhet, som kan benämnas moralisk integritet. I den moraliska integriteten framträder vårdarens yrkeskompetens i de goda vanorna i både utförande av åtgärder och i sin hållning. Vårdarens moraliska integritet kan utifrån detta förstås som att ha en integritet och en professionell kompetens i mötet med andra människor. De vårdande gärningarna får också ett moraliskt värde, när vårdarens egna intressen inte går före andras eller patientens. Moralisk integritet framkommer och visar sig även i besvärliga situationer, när vårdaren trots svårigheter visar vänlighet och

⁸³ Här menas vanor i betydelsen av dygder.

lugn, samtidigt som vårdaren tar hand om situationens konsekvenser. Enligt Laabs (2007) och Lindh, Severinsson och Berg (2007) är de vårdare som har moralisk karaktär och integritet de som håller fast vid sin inre etiska struktur och sina värderingar och vågar leva ut sitt moraliska liv, är kompetenta, modiga, förbundna och engagerade. Av betydelse för vårdare är att se andra sjuksköterskor som har denna förmåga till moralisk integritet (Lindh et al., 2007).

Den moraliskt positiva innebörden av en handling är inte enbart ett gott yttre uppträdande, utan handlingen får även en stark moralisk betydelse när den kommer från en viss personlighet, med ett visst gott eller barmhärtigt sinne. Personlig integritet innebär både kroppslig, psykisk eller mental, andlig och moralisk integritet. I olika sammanhang kan uttrycket respekt för personlig integritet och värdighet användas på samma sätt som respekt för människovärdet (Jonassen & Barbosa da Silva, 2015). Integritet blir alltså synonymt med värdighet och människovärde (Östenstad, 2006).

Det mest väsentliga är att krav på bra moralisk handling är kunskap om det goda. Kunskap om det goda befriar oss att handla, det vill säga, att agera i enlighet med det goda som man har lärt känna. Ett moraliskt beteende är ett svar på verkligheten som kräver kunskap om verkligheten (Ratzinger, 1984).

Wallinvirta (2011) fann i sin studie att den moraliska tillväxten hos vårdare handlade om att vårdare börjar ana sitt personliga ansvar och sin inre etiska struktur och att de önskade bli det de kunde bli. De vårdare som äger moralisk integritet förmår och vill hålla fast vid den egna inre värdegrunden och vill leva ut sin moraliska karaktär.

VII SAMMANFLÄTNINGAR AV VÅRDANDE GÄRNINGAR OCH GODA VANOR

Utifrån en hermeneutisk tolkning förstås teman och subteman som trådar som vävs in i varandra och sammanflätas till en väv av moralisk integritet bestående av vårdande gärningar, goda vanor, dygder och vårdarens karaktärsdrag. T.ex., när vårdaren *uppfattas* som och *är* intresserad visar det sig bl.a. genom att vårdaren *är* noggrann, trösterik, artig osv, vilket i sin tur gör att vårdaren kan *ses som* trovärdig, ansvarstagande, tålmodig och därmed *bli* pålitlig, vänlig, naturlig osv. En god vana kan *uppstå* från en vårdande och god gärning eller en annan god vana, *generera* en *ny* god vana eller så *påverkar* de varandra på annat sätt. Att vara engagerad och bry sig om *leder* till att *vara* omsorgsfull. Är vårdaren trevlig och pratar med patienten uppfattas han eller hon som trevlig eller artig. Att vara artig är att vara lugn, att vara lugn är att vara hänsynsfull. Att det finns ett samband mellan vanor, dvs. den ena vanan förutsätter den andra, kanske den tredje och utgår från den förra har även Covey och Collins (1989) lyft fram och menar att varje vana bygger på den föregående vanan och är även en förutsättning för att kunna handla i enlighet med den följande vanan.

I sammanflätningen finns dygd och karaktärsdrag.⁸⁴ Aristoteles (2004) menar att människan gör det goda och handlar rätt med glädje, vilket kan göra att människan kan bli glad och exempelvis givmild av att utföra flera givmilda handlingar, som kan bli en vana.

Förhållandet mellan plikt och dygd kan förklaras utifrån vårdare i delstudie B och delstudie C:s utsagor om att när vårdare gör sin plikt skapas dygder eller dygder hjälper vårdare att förverkliga plikten. Vårdaren blir vänlig av att utföra flera vänliga handlingar, pålitlig av att utföra pålitliga handlingar eller artig av att utföra artiga handlingar. Som exempel kan även nämnas plikten att ha yrkeskompetens som är relaterat

⁸⁴ Som Aristoteles (2004), Hume (1996) och Spinoza (1966) påpekar, är det dygderna som motiverar och ger oss kraft till att göra det plikten kräver.

till dygden klokhet och vishet, och där vårdare i delstudierna bland annat relaterar till ansvar- och initiativtagande. Thomas ab Aquino (1225–1274) tar upp frågan om hur moraliska dygder och praktisk visdom förvärvas. Ett sätt att förvärva dessa dygder är, som Aristoteles (2004) menar, tillvänjning och praxis. Människan kan t.ex. bli modig genom att göra modiga handlingar inför fara och vänja sig vid att känna rädsla och förtroende på lämpligt sätt. Likaså kan människan bli tålmodig genom att agera sansat och bara genom att agera rättvist i sina mellanhavanden med andra.

Vårdande gärningar som är förankrade i vårdarens karaktärsdrag visar sig som förhållningssätt, beteenden, attityder, hållningar och uppträdanden, som kan benämnas moralisk integritet. Ett samband finns dessutom mellan dygder och de karaktärsdrag hos distriktssköterskan som benämns värdeskapande egenskaper. Som ytterligare exempel på sambandet kan nämnas att dygden medlidande kan visa sig i omtanken och hänsynstagandet när vårdaren är förstående. Alla dygder är karaktärsdrag men alla karaktärsdrag är inte dygder (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007).

Det finns alltså en sammanflätning mellan vårdande gärningar, goda vanor, goda karaktärsdrag och dygder som *ger* eller *förutsätter* varandra och bildar en vårdares moraliska integritet och förstås som förutsättningar för vårdarens moraliska integritet. Sammanflätningen av dessa trådar illustrerar att det goda som vårdaren *är* och *gör* blir ett – *att vara* – vilket konkretiseras i vårdande gärningar. Detta kan förstås som kompetens och motiv för vårdandet som framträder i vårdarens moraliska integritet som *ger* eller *utgår* från goda vanor. Det vårdaren *är* och *gör* är det som *visar sig* i relationen med patienten. Det som *visar sig* är det som faktiskt *görs* och därmed synliggörs det etiska i människans hållning (Lévinas 1993).

I forskning framkommer den moraliska integriteten hos vårdaren, som det etiska som visar sig för patienten. Lévinas (1993) menar vidare att det etiska uppenbarar sig i ansiktet hos den andre, via blicken som bjuder in till ett möte som förpliktigar ett ansvar, för den andre.

Förhållandet blir asymmetriskt mellan den andre och mig själv (Lévinas, 1993). När jag ser ansiktsuttrycket hos den andre blir det etiska verkligt.

Vårdarens moraliska integritet visas i goda vanor och vårdande gärningar (det vårdaren gör) från vårdarens karaktärsdrag eller dygder (det vårdaren är). Dessa trådar kan ha en nära koppling till en äkthet hos vårdaren, vilket betyder att den moraliska integriteten finns hos vårdaren som kan visa sig från vem vårdaren är till vad vårdaren gör. När vårdaren förstår och tröstar upplever patienten vårdaren som respektfull och förutsättningar för en vårdande relation med patienten skapas. Buber (2011) menar att äkthet skapas när människor är uppriktiga med varandra och visar respekt för varandra, (i ett jag och du och inte i ett jag och det). Äkthet i det sant mellanmänniska är att acceptera ansvaret för varandra i en öppen, omedelbar och okonstlad relation. Det är när människan med en ömsesidig hållning upplever den andre som den andre, i ett livsskeende och i en situation där uppmärksamheten riktas mot vad den andre har att säga. En sann relation mellan två människor känns igen av ett äkta vi, som är bestående, som kommer från och får liv av det gemensamma som uppstår när två människor tilltalar och lyssnar till varandras röst i ett slags mellanvara och levande samspel (Buber, 2011). Äkthet kommer från en person som vill väl (Melheim, 2014).

Eriksson (1995) menar att hur vårdaren bjuder in patienten till den vårdande relationen är grunden för det som är det etiska i vården. Inbjudan kan komma från en vårdares moraliska integritet och uppfattas därmed som äkta när vårdaren i sitt ansvar vänder sig till patienten. Nåden (1998) betonar emellertid också att i mötet är man helt öppen för att ge sig in i äktheten och ärligheten. I ett möte finns en sårbarhet, vilket visar på mötets möjlighet och närhet. Mötet är en bekräftelsehandling, där man ser den andres sårbarhet och lidande. Koskinen (2011) skriver att ett vårdande möte kan vara ett övergripande begrepp över goda möten i en vårdkontext, som kan ses som ett existentiellt möte. Enligt Dennis (2002) finns det brister i ömsesidigheten i mötet mellan vårdare och patienter, eftersom vårdarna ofta är försiktiga

med att vara personliga och t.ex. tala om sin själva. Denna försiktighet och brist på att vara personlig och äkta gör att en förtroendefull och öppen kommunikation inte blir av.

Sammanfattningsvis framkommer således att de vårdande gärningarna i teman och subteman hör samman och kan inte åtskiljas. Det är de goda vanorna som visar vårdarens karaktär och karaktärsdrag och som utgör en moralisk integritet. Vårdarens karaktärsdrag och dygder hör samman i vårdande gärningar och goda vanor i vårdarens moraliska integritet, vilket är en förutsättning för den vårdande akten.

VIII FRÅN CARITAS TILL DEN VÅRDANDE AKTEN

Den hermeneutiska rörelsen av förståelse av vanor, gärningar, karaktärsdrag och dygder fortsätter in i ny förförståelse och förståelse av den vårdande akten. Eriksson och Lindström (2003) skriver följande om den vårdande akten:

”Den vårdande akten som är etisk till sin natur uttrycker vårdandets innersta väsen och återskapar grundmotivet, dvs. caritas, där kärlek, ansvar och barmhärtighet ständigt återskapas och finns gestaltad i den vårdande kulturen, i den vårdande relationen, samt i varje vårdaktivitet som strävar till att förverkliga någon vårdhandling” (Eriksson & Lindström, 2003, s. 11).

Den vårdande akten är ett grundbegrepp för den kliniska vårdvetenskapen och har utvecklats från Lévinas’ (1993) ansvarsetik. I den vårdande akten finns den etiska akten som ethos och som visar sig i ord och gärningar (Eriksson & Lindström, 2003). Med avsikt att lindra lidandet möter vårdaren patienten, som en medmänniska i en kärleksgärning i den vårdande akten (von Post, 2003). Den vårdande akten är ett caritativt svar på lidande (Helin, 2011), där etiken alltid är med som en ledstjärna och uttrycker vårdandets innersta väsen. Den vårdande akten gestaltar caritas i den vårdkultur vårdaren befinner sig i och ses i den vårdande relationen och i varje vårdaktivitet för en vårdande handling. I den vårdande akten är den unika människans värdighet i gemenskapen tillsammans med patienten. Den vårdande akten uttrycks av vårdaren i kärlek, ansvar och tjänande, när vårdaren är uppmärksam och ser patienten. Den vårdande akten är en gåva, en tillägnelse från vårdaren där patienten bjuds in i en vårdande gemenskap, där vårdaren har ansvar för vårdandet och för den andre. Då skapas en plats där patienten vilar ut och känner gästfrihet, hopp, får uttrycka sina känslor och får ett gensvar i gemenskapen med vårdaren. Inne i den vårdande akten händer något, något nytt för både vårdaren och patienten.

I en *caritativ vårdteori* kan en vårdande akt bli till genom att den lidande patienten bjuds in till en vårdgemenskap och till en plats att få vila ut i genuin gästfrihet, där lidandet motiverar

vårdande. För att det ska bli en vårdande akt måste den caritativa vårdande etiken genomsyras av ett ethos där kärlek och barmhärtighetsgärningar utifrån vem vårdaren är och vad vårdaren gör (eller inte gör) synliggörs (Eriksson & Lindström, 2003; Eriksson, 2018).

Har vårdaren en *caritativ hållning* i den vårdande akten framträder detta i vårdarens handlingar, tankar, motivation och vanor. I den vårdande akten uppmärksammas och förstås den lidande patientens vårdbehov vilket leder till att vårdaren i sitt görande och sätt att vara synliggör caritas, dvs. sin värdegrund. Förutsättningen för vårdande gärningar är caritas, som finns i vårdarens karaktärsdrag eller dygd och sätt att vara. En vårdande gärning är en kraft och utgör ett mål i sig eller så är den vårdande gärningen målet för verksamheten, vilket innebär ett bra och gott resultat. En upprepad vårdande gärning kan bli en god vana som i sin tur kan leda till eller utgå från en annan god vana eller vårdande gärning. Vårdarens caritas, vårdande gärning och goda vana kan visa sig i vårdarens moraliska integritet och bildar en vårdande akt där patientens lidande lindras och möjliggör en rörelse mot hälsa (se Figur 6. "Från caritas till den vårdande gärningen, goda vanan och vårdarens moraliska integritet till den vårdande akten"). Vårdarens moraliska integritet kan förstås som bärare av vissa värden och omfatta vårdandets sak och har betydelse för möjligheten att lindra lidande och underlättar rörelsen i hälsoprocessen mot en helhet, integration och välbefinnande. Förståelse av patientens aktuella situation behövs för att kunna göra olika slag av vårdhandlingar och vårdaktiviteter, där vårdande gärningarna uttrycker det meningsbärande för den vårdande akten (Eriksson & Lindström, 2003). När vårdarens karaktärsdrag kommer från caritas och gestaltar sig i goda vanor kommer detta från ethos där vårdaren har en vilja att göra det goda, det sköna och det rätta för patienten baserat på medmänsklighet och kärlek till medmänniskan (se Figur 6. "Från caritas till den vårdande gärningen, goda vanan och vårdarens moraliska integritet till den vårdande akten"). Avsikten med goda vanor som kommer från vårdande gärning är att lindra detta lidande. Den goda vanan har en plats i den vårdande akten och utgör en funktion för vårdarens moraliska integritet.

Den vårdande akten

Patientens lidande lindras och möjliggör en rörelse mot hälsa

VÅRDARENS MORALISKA INTEGRITET

En god vana leder till en
en annan god vana
eller vårdande gärning

GOD VANA

En god vana utgår
från en annan god vana
eller upprepad vårdande
gärning

UPPREPAD VÅRDANDE GÄRNING

Gärningen är en
kraft:
ett mål

Gärningen är målet
för verksamheten:
ett gott resultat



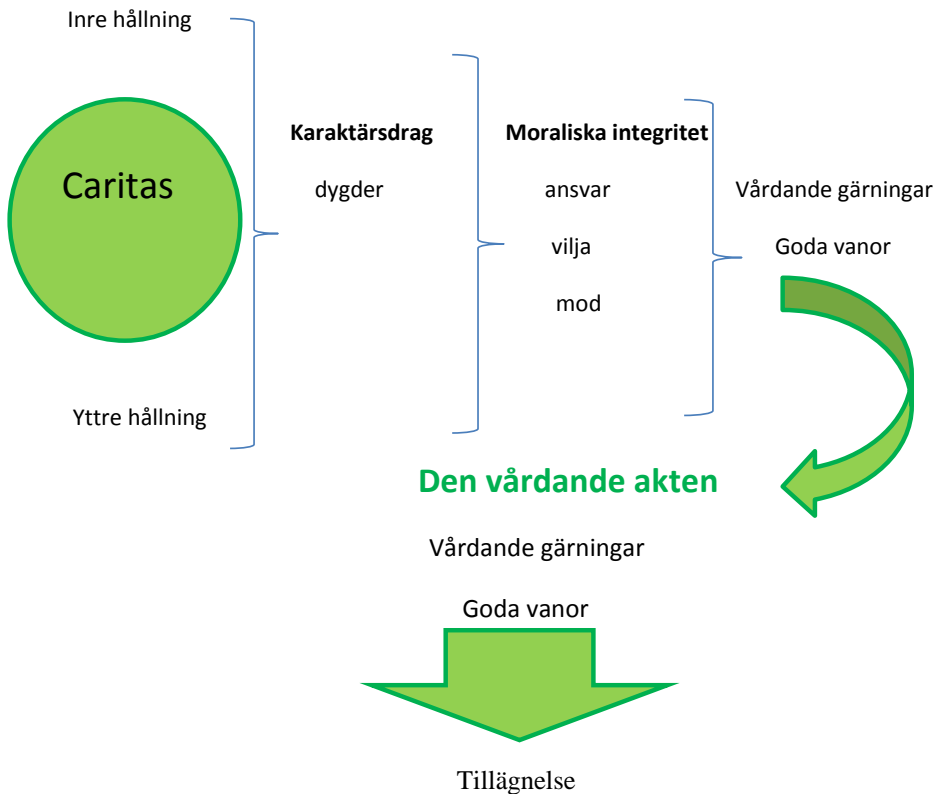
Figur 6. Från caritas till den vårdande gärningen, goda vanan och vårdarens moraliska integritet till den vårdande akten.

Som tidigare nämnts sammanflätas vårdande gärningar, goda vanor, karaktärsdrag och dygder i en moralisk integritet, som i sin tur innefattar vilja, mod och ansvar och som kan utgöra fundament för att en vårdande akt ska bli till. Fler vårdande gärningar och goda vanor hos vårdaren bildar en helhet som kan komma från vårdarens karaktärsdrag, plikt och vilja och kan vid upprepning ge dygder. Vårdarens moraliska integritet visar sig i en hållning eller uppträdande som innebär något gott för både patienten och vårdaren. Viktigt för vårdande gärningar och goda vanor för och i en vårdande akt är caritasmotivet i en *caritativ hållning*. Eftersom motivet präglas av agape kan vårdaren skapa en vårdande gemenskap som är äkta, en strävan som riktas mot patientens bästa och visar sig i det praktiska handlandet som en etisk hållning. Nåden (1998) beskriver sådant vårdande som en konst och strävan mot det sköna, där karaktärsdrag, moraliska dygder och en vårdares moraliska integritet finns.

IX VÅRDARENS CARITATIVA HÅLLNING

I caritas finns den barmhärtighets- och kärlekstanke som ger människan hennes värdighet och helighet i vårdarens hållning att vårda med caritas. För att en vårdande akt ska bli till krävs därmed de vårdande gärningar hos vårdare som har sin förankring i vårdarens moraliska integritet, som innefattar vilja, ansvar och mod inför patienten. Då framkommer de vårdande gärningarna och goda vanorna för den vårdande akten som i sin tur kan ge vårdande gärningar och goda vanor. Tillägnelsen innebär att tjäna patienten, lindra lidandet och möjliggöra en rörelse mot hälsa i en kärleksgärning (Se figur 7. "Vårdarens *caritativa hållning*, en vårdetisk teorimodell"). Den goda människan som har caritas som motiv för sina handlingar har en förmåga att bry sig om och att känna medlidande eller medmänsklighet utan att ifrågasätta, får patienten att känna sig älskad för sin egen skull. Vårdaren har en caritativ inre och yttre etik och därmed en *caritativ hållning*. En vårdare gör det han eller hon förväntas göra och gör det av kärlek och glädje. I Løgstrups (1992) etiska krav bryr sig vårdaren om patienten genom kärlek, barmhärtighet och engagemang, och caritas visas genom vårdande gärningar. Den inre etiken utgår från caritas och uttrycks och syns i den yttre etiken (Wallinvirta, 2011) som en yttre hållning som syftar till att förverkliga det sanna, det goda och det sköna (Eriksson, 2003; Lindström et al., 2014; Eriksson & Bergbom, 2017; Eriksson, 2018). I en vårdares inre hållning finns den inre etiken och vårdarens värdegrund, kunskap och relationsetik där drivkraften är kärlek och att vårda kärleksfullt (Watson, 2003). Som tidigare nämnts innebär caritas den otvungna viljan att vårda under ett ansvar medan plikten innebär det yttre ansvaret och intresset att göra sin uppgift.

Vårdande gärningar och goda vanor som förutsättningar för den vårdande akten



att tjäna patienten, lindra lidande i en rörelse mot hälsa och välbefinnande

Figur 7. Vårdarens *caritativa hållning*, en vårdetisk teorimodell.

Det yttre ansvaret handlar om att göra sina arbetsuppgifter medan det inre ansvaret innebär viljan att göra gott (Arman et al., 2015). Caritasmotivet är grunden för det praktiska handlandet, en speciell etisk hållning i ett caritativt vårdande, ett etiskt ideal där människovärdet är heligt och alla människor är likvärdiga och okränkbara (Eriksson, 1987). I den vårdande akten inbjuds patienten av vårdaren som vägleder patienten i en vårdande relation och vårdgemenskap med patienten (Kasén, 2002). I vårdarens hållning framträder vårdarens ansvar (Arman et al., 2015), mod och klokhets (Eriksson & Bergbom, 2017).

Det handlar om att som vårdare både se och ge, där att inte se och inte kunna ge blir oetiskt (Eriksson, 2010b). Etiken föregår ontologin där människan får ett ansvar från det ögonblick människan ser den andres ansikte, ansvaret för den andre (Lévinas, 1993).⁸⁵ Det som ständigt återskapas är frågan om vad ansiktet ber om och hur svara an. Om vårdaren undflyr ansvaret leder det till lidande och samtidigt skadar vårdaren sig själv som vårdare. Således föds etiken i den vårdande akten i mötet med den andre och förutsättningen är den andres annanhet. I mötet finns också vårdarens och patientens närvaro i mötet, en närvaro som kan vara tidlös (Nurminen, 2009).

Vårdaren lär sig och vet den vårdande gärningens eller goda vanans betydelse för patienten, som uttrycks i den moraliska integriteten. I gärningen och i tjänandet öppnar sig den caritativa etiken och caritas finns i det ansvar vårdaren har för patienten. Vårdandet i tjänandets tjänst tillägnas patienten i en vårdande akt i mötet med patienten när vårdaren vet vad som ska göras enligt känslan, plikten och viljan och som motiverar vårdaren att verkligen gör detta utifrån sin klokhet. Tjänandet får sin bekräftelse när vårdaren får en känsla av att patienten känner sig uppmärksammad och sedd som människa.

Det kan dock finnas hinder för ett caritativt vårdande. Det kan hos vårdare finnas en risk för överengagemang (Arman & Rehnsfeldt, 2012) eller ovilja till engagemang (Arman et al., 2015) eller när sjuksköterskor blir varnade för att engagera sig för mycket (Rytterström, 2011). Wallinvirta (2011) fann i sin forskning att vårdarens inre kompass var guiden för det moraliska ansvaret. Detta ansvar är ett relationellt sätt att vara. Att som vårdare stå upp för sina värden sågs som ansvar som kräver mod, men som ibland kan vara tungt att orka (Wallinvirta, 2011).

Vårdaren har en makt över patienten, och det sätt varmed vårdaren använder sin makt kan vara både konstruktiv och destruktiv. Makt finns i alla relationer, avgörande är hur makten

⁸⁵ Nurminen skriver i sin avhandling om Lévinas teori om etik och den andres ansikte som uppmanar *mig till att svara an och ta ansvar* (Lévinas, 1993, s. 111-117).

förvaltas och kan för vårdaren innebära ett sätt att vara. Vårdarens barmhärtighet kan visa en makt med en kärleksfull hållning som patienten kan uppfatta som bekräftelse av sitt lidande (Rundqvist, 2004).

I den *caritativa vårdteorin* förväntas således att vårdaren har sådana karaktärsdrag och dygder som möjliggör vårdande gärningar, vilka visar sig i vårdarens hållning och i uppträdandet. Den vårdande akten kännetecknas också av ett tjänande, varmed gärningarna görs medvetet i ett ansvar för patientens hälsoprocess och lindring av patientens lidande. Dessa gärningar kan ses som en tillägnelse där en upprepad vårdande handling kan ge större förutsättningar för en god vana. Därmed kan det antas att endast goda vanor som kommer från ett medvetet ansvar i vårdande gärningar och goda karaktärsdrag, har en legitim plats i den *caritativa vårdteorin*. De vårdande gärningarna och goda vanorna finner sin plats i den vårdande akten.

Kravet för en vårdande akt är att patientens lidande lindras, där det sker en rörelse mot ett vardande och bevarad värdighet. Förutsättningar som krävs för att det ska vara en vårdande akt är en plats som patienten vilar ut och känner gästfrihet, hopp, får uttrycka sina känslor och får ett gensvar i gemenskapen med vårdaren. I denna tillägnelse möter vårdaren patienten med ödmjukhet, varsamhet, lyhördhet till en äkta gemenskap och tydlighet. Patienten uppmärksammas och bjuds in från kärlek, ansvar och tjänande och människans värdighet bekräftas från vårdarens vårdande gärningar och goda vanor. Patienten som lider söker efter någon som bekräftar lidandet och ser patientens ansikte, som kan gå med i lidandet och finna en väg ut ur lidandet. När vårdaren i en *caritativ hållning* gör handlingar för att lindra patientens lidande ges möjlighet för patienten att vila ut och lida. När patientens situation är sedd och patienten blir medveten om detta får patienten vara den som lider. När patienten möts med barmhärtighet och godhet kan patienten uppleva något där vårdarens hållning i närvaro blir något gott, kärlek och till och med känslan av en andlig dimension (Arman Rehnsfeldt & Rehnsfeldt, 2003). Blir patienten bekräftad utgör detta ett skydd av värdigheten. När vårdaren har modet att bevittna och se bekräftas patienten (von Post, 1993).

Det som ständigt återskapas i den vårdande gemenskapen och i den vårdande akten är ansvar, barmhärtighet, medmänsklig kärlek, tjänandets och ansvarets ethos, den andres annanhet, ansikte och ansiktets tilltal (gr. *epiphaneia*), dvs. vad ansiktet ber om. Om man undflyr ansvaret leder det till lidande och samtidigt skadar vårdaren sig själv som människa. I den *caritativa vårdteorin* är de etiska gärningarna vårdande och utgår från en fri vilja eller frihet att handla i en dialog med förnuft och vilja. Kunskap förenas med viljan att göra det goda. Vårdaren gör ett val mellan det goda och det onda och fattar därefter ett etiskt beslut. Det etiska momentet finns och är kärnan i den vårdande akten som en ceremoni i en djupare mening där ethos finns i vårdarens ord och gärningar. I praxis blir det som bör bli och bör vara det som tillägnas patienten. I detta ögonblick av nytt seende och inseende har något blivit evident och sanningen, ethos, har givit sig tillkänna. Tillägnet kommer från det goda och ger vårdaren förståelse och vakenhet i etiska handlandet och etiska gärningarna. Genom att tala till patienten i den etiska akten kan orden ge ny insikt till nya värden. I den etiska vårdande akten finns möjligheten och hoppet i det vårdande momentet (Eriksson, 2003).

Genom tillägnet i den vårdande akten gör vårdaren den vårdande gärningen eller goda vanan till något eget. Vårdaren tar till sig kunskapen om den vårdande gärningen eller goda vanan och känner sig hemma. Den *caritativa vårdetikens* ontologi har en vision om det goda vårdandet och den sanna kunskapen, som blir synligt i ethos i hur och vad som kommer från det naturliga och innersta sättet att vara. von Humboldt (1964) menar att när vetenskap kommer från människans inre och odlas i det inre, danas människans karaktär, vilket handlar om både vetande förmedlat genom talet och i handling, i ett ethos. I vårdkulturen handlar det om att i en gemenskap med andra vårdare bli kallad till att tjäna en bestämd sak och att tillsammans kämpa för vårdandets "sak", där vårdaren inser sin betydelse av sitt värde. När det teoretiska, det som vårdaren lärt sig, blir synligt hos vårdaren visar det sig i vårdarens karaktär och handling i den *caritativa "huvud-hjärta-hand"-modellen* (Eriksson & Bergbom, 2017). Från vårdarens huvud (det vetenskapliga i metod och det teoretiska), hand (det praktiska och det tekniska) och hjärta (det etiska och det moraliska) (Eriksson,

Nordman & Myllymäki, 1999; Näsman, 2010) har den vårdande gärningen i en vårdande akt uppenbarats, som en kärleksgärning. I den *caritativa vårdteorin* samspelar huvudet och hjärtat till handens göromål, med motivationen att göra uppgiften väl i en anda av kärlek och barmhärtighet till den lidande patienten, varvid en god vårdande akt blir till. Varje vårdares inre ethos handlar om ett vara: att i en värderangordning välja, bestämma sig för och göra de vårdande gärningar som gagnar patientens hälsa och liv samt lindrar lidandet (Eriksson, 2003). Utifrån vårdarens handlingar och goda gärningar blir vissa karaktärsdrag synliga. Tillgången kan ses ur två olika positioner. I den ena finns tillgången av kunskapen hos vårdaren där olika sätt finns för att den ska utvecklas och användas. I den andra positionen är tillgången av kunskapen det som patienten erfar och upplever. Tillgången betraktas som en gåva som ges till patienten. För att som vårdare kunna ge denna gåva krävs en etisk hållning, genom *caritas*, som är en konst, där vårdaren måste ansvara för att tillägna sig kunskapen och ha förmågan att kunna överlämna den till patienten (Nåden, 2003).

Den kunskap tillsammans med den förståelse och de föreställningarna som vårdaren har kan påverka utförandet av vården. Här kan patienten känna av vårdarens inställning och vilja till att vårda genom bl.a. vårdarens hållning, beröring eller tilltal. Med grundvärden som *caritas*, värdighet och lindring av lidandet kan vårdaren finna riktningen till den kompetens som ger både patienten, den anhörige samt vårdaren själv trygghet och hälsa i den kliniska vårdande vardagen (Arman et al., 2015). Trots alla goda förutsättningar och sunt förnuft kan handlingen dock bli fel och kränkande för patienten och leda till ett vårdlidande. Om vårdaren är *ointresserad*, *ouppmärksam* och *oprofessionell* och när kärleksmotivet saknas, dvs. när dygd (gr. *areté*)⁸⁶ inte finns att helhjärtat vilja en annan människas väl saknas

⁸⁶ *areté* (grekiska *aretē*), i antikens Grekland ursprungligen beteckning för vilken berömvärd egenskap som helst. Grekiska filosofer använde ordet om människans moraliska dygder, t.ex. Platons fyra kardinaldygder. Mera konkret betecknar *areté* gudars och heroers kraftgärningar; dessa prisas i aretalogier. (Nationalencyklopedin, *areté*).

förutsättningar för en vårdande akt. Den icke-vårdande gärningen ger en icke-vårdande akt när tjänande och tillägnet inte uttrycks i ett ansvar där gärningen blir icke-vårdande.

Gärningen kan leda till en känsla av tillfredsställelse, glädje, ilska eller fruktan eller dåligt samvete. Enligt Eriksson (1987) ska människokärleken visa sig i alla vårdande gärningar där tron, hoppet och kärleken för människans värdighet är substansen i vårdandet. Patientens lidande och behov öppnar upp för vårdarens mottaglighet i form av medlidande (Eriksson, 1995, 2013a). Kärlek är närvarande i vårdande relationer och vårdande handlingar, det handlar om att både ta emot och att ge kärlek. Inneboende i kärlek är att bli sedd, medkänsla, oro och bekräftelse (Rykkje, Eriksson & Råholm, 2015). Vårdande relationer och vårdgemenskap befrämjar hälsa, menar Kasén (2002). I vårdandet när patienten lider och har ett behov, som motiverar till handling finns också en värdering om betydelsevärdet av att möta patientens behov. Vårdarens mottaglighet och bedömning av betydelsevärde utgår från vårdarens människosyn, världsbild, livsåskådning, attityder, förhållningssätt, kunskap, förmågor, intressen, ekonomi, lagar, förordningar, uppfostran, utbildning, samt från den påverkan som sker från de människor som vårdaren lever med (Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007). Varje handling åtföljs av en känsla av lust eller olust (Aristoteles, 2004) och ger vårdaren en tanke och känsla av t.ex. att handlingen kan vara ädel, nyttig, angenäm eller skamlig, skadlig eller obehaglig, för oss själva eller för någon annan. För att kunna lindra lidandet förutsätts, att det finns vårdare som tål att vara hos patienten och som har mod att vara där (Arman et al., 2015; Karterud, 2006; Rehnsfeldt & Eriksson, 2004).

I en studie av Hemberg (2017) , vars syfte var att nå förståelse av hur vuxna som upplevt lidande har hittat sätt att lindra lidandet, framkom att det handlar om att släppa taget om sitt behov av kontroll och bryta mönstret av att känna sig ensam i lidandet och istället uppleva gemenskap som kan ge styrka för hälsa. Gemenskap med andra eliminerar känslor av att vara ensam och är avgörande för att uppleva hälsa. En positiv attityd och att aktivt återskapa mening i livet kan även förbättra hälsan. I en caritativ vårdteori måste känslan vara att vilja göra det som är gott och som gör livet gott att leva. Vårdaren har en fri vilja

eller en plikt, rättighet eller skyldighet i sitt ansvar och i sin förmåga att utföra gärningar som leder till positiva känslor hos både den som gör och tar emot. Detta kan ske både medvetet eller omedvetet. Ett val som är medvetet kan även vara ett val som görs omedvetet, dvs. vårdaren vet inte varför vårdaren gör på ett visst sätt, men gör det i alla fall. När vårdaren väl har bestämt sig för att utföra handlingen handlar det om vilka förmågor och dispositioner samt vilka möjligheter det finns till förfogande som vårdaren är mottagliga till att använda, för att göra det vårdaren önskar. Det kan komma från resurser och erfarenheter som vårdarna äger eller saknar hos dem själva eller i den kontexten vårdaren verkar. Gärningen handlar även om karaktärsdrag, personlighet, den tysta kunskapen, intuition, färdigheter och skicklighet. Vårdaren måste även fundera och fatta beslut om vilka konsekvenser gärningen och vanan får. Vårdaren värderar en handling utifrån dess resultat (värde) som ska ha goda konsekvenser, dvs. vara "god" eller "rätt" i nutid eller framtid. Handlingen och gärningen värderas utifrån det "rätta" handlandet, vilket menas det kloka eller nyttiga eller åtminstone icke-skadliga handlandet, för en annan människa. Gärningen värderas även efter om den är utförd med goda avsikter eller konsekvensetik där konsekvenserna är avgörande eller pliktetiskt om den är rätt eller fel, utförd av plikten.

När vårdandet genom caritas i tjänandet tillägnas patienten skapas en vårdande akt i mötet med patienten och vårdaren. Utifrån delstudierna sker detta när:

- vårdaren vet vad som ska göras enligt känslan, plikten, förnuftet och viljan och som motiverar vårdaren att verkligen göra
- vårdaren får en känsla av att patienten känner sig uppmärksammas och sedd som människa
- vårdaren ser att patienten värdesätter handlingen
- vårdaren ser lindring av patientens lidande i en rörelse mot hälsa och välbefinnande
- patienten ger vårdaren bekräftelse på att en handling är vårdande när vårdaren ser att patienten är nöjd, får en känsla av att komma in i patientens liv
- vårdares vårdande gärningar eller goda vanor kännetecknas av gärningar som förmedlar *vänlighet och tillit, som görs med engagemang och omtanke, gärningar som är*

förenade med plikten och gärningar som ger tid med patienten i ett görande

- vårdarens gärningar är förankrade i en moralisk integritet med ansvar, vilja och mod
- vårdarens inre hållning avspeglas i en yttre hållning.

I den hermeneutiska tolkningsprocessen stiger ytterligare ny förståelse fram för gärningar, vanor och den vårdande akten och deras relevans i en caritativ vårdande etik *och caritativ vårdteori* som en *caritativ hållning* hos vårdaren. I den vårdande akten framträder vårdarens hållning som en betydelsefull dimension. I mitt möte med texten i de tre delstudierna har det skett en horisontsammansmältning med min tidigare förståelse av vårdande och teoretiska fragment. I mötet med den främmande texten förändrades min egen horisont till ny förståelse där vårdarens *hållning* stiger fram som ett bärande begrepp av relevans för den caritativa vårdetiken i samband med vårdande gärningar och goda vanor i en *caritativ vårdteori*. Enligt Svenska Akademiens ordlista, SAOB (2016) är hållning en visad inställning till någon. Hållning är ett beteende, uppträdande, uppförande, tänkesätt, ståndpunkt, ställning (i en viss situation i en viss fråga) även ett gott uppförande, värdigt beteende, levnadsvett, värdighet eller behärskning. En hållning kan vara god eller dålig hållning.⁸⁷ Det finns således en stark relation mellan hållning, karaktärsdrag och dygd (Asheim, 1997; Aristoteles, 2004). Etiken i vårdarens hållning är dygder eller goda karaktärsdrag (Asheim, 1997), vårdande gärningar och goda vanor sammanvävda i en moralisk integritet. För en caritativ vårdetik är hållning ett sätt att tänka och handla, uppföra sig på eller värdigt beteende synonymt med en vänlig attityd, tankesätt eller inställning.⁸⁸ Med *hållning* menar jag den positiva hållning som träder fram när vårdaren möter patienten i en vårdande gärning eller god vana från ett gott karaktärsdrag och dygder. För en caritativ vårdetik finns vissa hållningar av betydelse för relationen och gemenskapen mellan vårdare och patient.

⁸⁷ Hållning är sätt att tänka, handla, och skicka sig i: tänkesätt: beteende, uppförande, uppträdande... ståndpunkt, ställning (som intages i en viss situation i en viss fråga ... gott uppförande, värdigt beteende, värdighet, levnadsvett, behärskning, ... God, dålig hållning... iakttaga en avvaktande, reserverad, fast, självständig, hotande, tvetydig hållning. Giva en vetenskaplig hållning åt sin framställning (Hållning, SAOB). Med hållning kan menas ett sätt att tänka, handla, bete sig eller uppföra sig Synonymer: tänkesätt, inställning, attityd (Hållning, Synonymer).

⁸⁸ Jmf *vårdeskapande egenskap* (Ljungquist & Barbosa da Silva, 2002; Barbosa da Silva & Ljungquist, 2007).

I den vårdande akten händer något nytt för både vårdaren och patienten där patienten erfar ett lindrat lidande och där vårdaren får bekräftelse på att så skett. Detta kan förstås som att i tillägnelsen sker en ömsesidig tillägnan och bådats värdighet bevarats. Detta sker när vårdaren ser att patienten värdesätter handlingen och ser lindring av patientens lidande och förstår att handlingen är vårdande. När vårdaren ser att patienten är nöjd kan en känsla av att komma in i patientens liv och få dela något av patientens liv erfaras. I tillägnelsen finns ett "nytt" budskap där gärningen uttrycker det meningsbärande i den vårdande akten. Patienten bär på en längtan och förväntan. Patienten tar emot och tillägnar sig budskapet. I en vårdande akt får patienten en inbjudan från vårdaren om löfte om vård (Eriksson & Lindström, 2003). Patientens gensvar är att bjuda in vårdaren i patientens egen värld och ingå i en vårdgemenskap (Roxberg, 2005; Rudolfsson, 2007).

Moralisk integritet, ses som fundament och förutsättningar för en vårdande akt som består av vårdande gärningar och goda vanor. Dessa kan beskrivas som att de genomsyrar alla tre faserna i en vårdande akt, nämligen att vårdaren ser lidandet i ord, beröring och blick, vårdaren ger ett löfte om vård och rum och plats för patienten att lida ut och att patienten själv finner eller ger lidandet en mening.

Den vårdande akten i relation till lidande, kan ses som ett drama i tre akter avseende en *caritativ hållning* från vårdarens inre och yttre hållning i relation till vårdande gärningar och goda vanor, och från vårdarens karaktärsdrag och moraliska integritet. Vårdarens *caritativa hållning* finns i en inre och yttre hållning. I en caritativ vårdetik och vårdteori bör vårdande gärningar och goda vanor leda till en vårdande akt som resulterar i en lindring av patientens lidande. I den *caritativa hållningen* ses ethos i karaktärsdrag, dygder och vårdandes moraliska integritet.

I *första akten* önskar patienten få sitt lidande bekräftat. Vårdaren är där, ser, tänker, förstår, inser och blir ansvarig. Vårdaren bekräftar patientens lidande genom att i sitt och patientens ansikte se och uttrycka de känslor som förmedlas till patienten att patienten är sedd och att vårdaren finns till för att hjälpa. Att se innebär vakenhet inför den andres

lidande. Vårdaren blir vittne till och tillägnar sig en önskan att få förmedla det sanna, det goda och det sköna. Vårdaren vittnar genom att uttrycka det vårdaren sett och förstått, men även det som inte direkt ses. Vårdaren har här fattat ett beslut om att vårda i ethos och vara ansvarig framför att inte vårda. Patienten bär på en längtan och en förväntan. När ethos kommer in i praxis tar vårdaren ett ansvar för patientens värdighet och gör det goda vårdandet synligt. Utläggning, samtalet och den vårdande relationen från vårdarens kunskap och ethos kommer vårdaren att utöva som vårdandets konst och synliggöra som vårdande i den vårdande akten. I den första akten förmedlar vårdaren en *caritativ hållning* genom sina goda karaktärsdrag, dygder och goda vanor i den moraliska integriteten.

I *andra akten* ses vårdarens ansvar och plikt, och vårdaren, genom gärningarna gör något helhjärtat (*areté*) och vårdandet förverkligas utifrån ansvaret, viljan och modet i tjänandet i ett engagemang att göra den andre gott. Den vårdande gärning blir den goda vanan som finns i vårdarens karaktärsdrag och moraliska integritet och uttrycks i vårdarens *caritativa hållning*. Vårdaren tillägnar sig själv kunskap för den *caritativa hållningen* till lindring av patientens lidande. I denna akt uttrycker vårdaren sitt ansvar och sin plikt i relation till medmänniskan. I vishet och kärlek och ett naturligt ansvar för patienten, visar vårdaren i barmhärtighet att vilja den andre väl. Vårdaren ger patienten rum, plats och tid. Vårdarens karaktärsdrag, som kan vara en dygd, finns från en vilja, en motivation och ett mod att förmedla en vårdande gärning som visar sig i vårdarens moraliska integritet i en kärleksgärning i tjänandet. Vårdarens riktning i ansvaret handlar om att lindra patientens lidande eller för en hälsoprocess för ett vardande i hälsa. Det vårdaren har sett och förstått uttrycks i ord, hållning eller beröring. Caritas påverkar vårdarens inre och yttre hållning. Karaktärsdragen i dygden blir synliga och i vårdarens moraliska integritet från vilja, ansvar och mod. *Areté*, kärlekens gärningar, såsom vårdande gärningar, ses hos vårdaren. Vårdaren gör något helhjärtat och det goda förverkligas från ansvaret, viljan och modet i tjänandet i ett engagemang. Den vårdande gärningen blir den goda vanan som finns i vårdarens karaktärsdrag och moraliska integritet och uttrycks i vårdarens *caritativa hållning*.

I *tredje akten*, som kan ses som ett vardande i lidandet, önskar patienten återfinna enheten och försonas med det som hänt. Vårdaren har i tillägnelsen skapat den lindring av

lidandet eller den hälsoprocess i vardandet som patienten sätter värde på. Tillägandet leder till en vårdande akt av betydelse för den lidande patienten. Vårdaren har givit patienten en gåva, något för patienten av värde. Det är nödvändigt för vårdaren, i sin öppenhet, att se patientens reaktion på det vårdaren säger eller gör, inte säger eller inte gör för att akten ska bli vårdande. Vårdarens hållning i vårdande gärningar, goda vanor och moraliska integritet i tjänandet har tillägnats patienten så att en lindring i lidandet sker och eller ett vardande i hälsa. Genom areté har vårdaren genom sin professionalism av caritas i karaktärsdrag, moralisk integritet, vårdande gärningar och goda vanor tagit helhjärtat ansvar för patienten och vågat göra ett val för det goda genom denna *caritativa hållning*, och etikens mantra och ethos har blivit evident. Vårdandet har tillägnats den lidande människan från vårdande gärningar eller goda vanor, och en lindring av lidandet har skett i en rörelse mot hälsa och välbefinnande. Vårdaren kan vid nästa möte med patienten upprepa den vårdande gärningen till en god vana som även kan bli en god rutin, för de övriga vårdarna.

I en *caritativ vårdteori* finns hälsan och lidande som bärande begrepp för vårdaren i vårdrelationen med patienten. Både vårdare och patienter beskriver gärningar hos vårdare som är vårdande och har en positiv betydelse för patientens hälsa samt kan bidra till hälsa och lindring av patientens lidande.

Tesen omformuleras till:

Vårdarens inre och yttre hållning, i förening med goda karaktärsdrag såsom dygder och moralisk integritet förverkligat i ansvar, vilja och mod är förutsättningar för vårdande gärningar och goda vanor i en vårdande akt, vars mål är att lindra patientens lidande i en rörelse mot hälsa och (en delad) gemenskap mellan patient och vårdare.

I den *caritativa vårdteorin* finns det mål för vårdaren där patientens hälsa är sundhet, friskhet och en känsla av välbefinnande och hälsan ses som mångdimensionell i människans kropp, själ och ande. Hälsa förmedlas till patienten genom vårdarens gärningar genom att ansa, leka och lära i en anda av caritas förmedlat via tro, hopp och kärlek.

Vårdarens vårdande gärningar och goda vanor visar vårdarens människosyn och människovärde och hur vårdaren förhåller sig till en annan människa, och avspeglar vad vårdaren gör och inte gör för och tillsammans med patienten.

Föreliggande forskning visar att ett sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande kan lindras genom vårdande gärningar och goda vanor. Det förutsätter emellertid en *caritativ hållning* förankrad i en moralisk integritet. Eriksson (1995) menar att "det etiska uppstår ur kärlekens och lidandets gränslöshet, ur medlidandet" (s. 24), och det är detta som visar sig i vårdarens hållning. Det etiska i vårdandet ses i relationen mellan patienten och vårdaren. Denna vårdrelation är caritativ, vilket innebär att den kommer från kärleken till människan, den är även en närvarohållning, en förbindelse där vårdaren försöker dela situationen med patienten. Genom rörelsen i den hermeneutiska spiralen mellan förförståelse, förståelse, ny förförståelse och förståelse kan den nya förståelsen om den *caritativa hållningen* sammanfattas enligt nedan.

I den caritativa vårdetiken och vårdteorin ser vårdaren den lidande patienten med vördnad (det heliga i människan) i det K Eriksson benämner som det första etiska fundamentet. Vördnaden förutsätter en ödmjukhet, vilket innebär ett inseende fritt från overseende. Det andra etiska fundamentet är vårdarens beredskap att ge, göra en ansträngning och avstå från sig själv, att verkligen ställa upp på patientens villkor. Detta handlar inte så mycket om att vara eller göra utan om att låta kärlekens kraft ge patienten det han eller hon för stunden behöver och blir då ett uttryck för den vårdande etiken (Eriksson, 1995). I mötet med patienten behöver vårdaren goda vanor som en personlig och social färdighet. Att som vårdare *handla* utifrån att *vara* är kompletterande aspekter i vårdandet av plikter i en vårdhandling vilket handlar om att handla gott (Barbosa da Silva, 2009) vilket ses i en *caritativ hållning*.

Vårdarna anses vara vårdens viktigaste resurs, vilket gör att det ställs vissa krav på

vårdaren.⁸⁹ För att t.ex. relationen med patienten ska bli vårdande har vissa etiska värderingar mer betydelse än andra. Det är möjligt att utveckla en etisk och *caritativ hållning* och lära sig goda vanor från kunskap och förebilder.

⁸⁹ Kraven finns i författningar, regler, i etiska förhållningssätt och i kompetensbeskrivningar.

X SYNTES OCH AVSLUT

Den nya förståelsen presenteras genom en syntes och ett avslut av föreliggande forskning. I den *caritativa vårdteorin*, förstås människans hälsa och lidande som problem, behov och begär. Här är lidandet det viktigaste elementet i vårdvetenskapen och motivet för all vård (Arman et al., 2015; Eriksson, 1994, 2006; Lindström et al., 2014; Eriksson & Bergbom, 2017). Därför är det av värde och mycket relevant att lindra patientens lidande utgående från det vårdare *är* och *gör* och som *visar sig* i vårdares gärningar. Dessa gärningar ses i vårdarnas hållning, där *caritas* vägleder vårdaren till och i en vårdande akt. Vårdare måste veta vad som ska göras och ta ansvar för det som görs. Det är också viktigt att vårdare vet vilka gärningar som leder till lidande för patienten. Den *caritativa vårdteorin* vilar på idéer om hur vård och vårdande bör vara och kan vara. *Caritas* innebär en osjälvisk tjänande kärlek genom människokärlek och medlidande. Vårdarens verklighetsuppfattning förändras i takt med att tiderna förändras och formas "inifrån," där etiken och moralen påverkar vårdaren, men samtidigt finns värden som är bestående även om uttrycksformerna är olika beroende på kontext. Eftersom hälsa och sjukdom följer in i döden kan patienten ha behov av en vårdare ibland under längre tid, vilket gör att det är av yttersta intresse att vårdare får vetskap om vilka gärningar och vanor som är vårdande och som lindrar människans lidande och bidrar till hälsa och välbefinnande. Forskningens övergripande syfte var att fördjupa förståelsen för etik och beskriva gärningar och vanor som är av betydelse i den vårdande akten för både patienter och vårdare relaterat till det *caritativa* vårdandet. Syftet var också att bidra till ökad förståelse av den *caritativa* vårdetiken, relevant för den *caritativa vårdteorin*.

Centrala begrepp i avhandlingen har varit gärning, vårdande akt, vana, ovana, karaktärsdrag, handling, tillägnan och vårdandet. I forskningsöversikten redogörs för den forskning som behandlat karaktärsdrag och goda gärningar, vårdhandlingar, samt vårdhandlingar i hemsjukvården följt av vanor och ovanor primärt inom vårdvetenskapen. Den brist som kan ses i den tidigare forskningen är att vanor och ovanor inom olika kontexter inte uppmärksammats i någon större utsträckning. Detta resulterar i att det saknas en

djupare förståelse, vilket gör att alla dimensioner om en god vårdande akt och när det inte tillskapas en vårdande akt, inte kan förstås. Den kliniska vårdvetenskapens primära forskningsintresse är hur vårdandet sker. Studier av vårdandets konst är det primära, vars syfte är att skaffa kunskap och ökad förståelse, för vad som blir till en vårdande akt (Eriksson & Lindström, 2003; Eriksson, 2018).

Utifrån studiens design och genomförande av de olika delstudierna framkom ny förståelse. Från patient- och vårdarperspektiv beskrivs vårdande och icke-vårdande gärningar.

Från patient- och vårdarperspektiv och tolkning av vårdande och icke-vårdande gärningar visar sig vårdares goda vanor och ovanor.

I gärningar och vanor finns och ses vårdarens karaktärsdrag, dygder, moraliska integritet.

Ett gott karaktärsdrag, dygd, vårdande gärning, god vana är sammanvävda i den moraliska integriteten.

Från *vårdarens caritas* till den vårdande gärningen, goda vanan och vårdarens moraliska integritet till den *vårdande akten*.

Tolkningen sker från helhet, delar och helhet vilket resulterade i antagandet: *Vårdarens caritativa hållning har betydelse för den vårdande akten*, vilket bidrog till den vårdetiska teorimodellen. Från delstudiernas resultat och avhandlingens teser har ny förståelse stigit fram om gärningar och vårdande gärningar, vanor och ovanor, som diskuterats i ljuset av

den *caritativa vårdteorin* och den vårdande etiken. Slutligen har en modell med relevans för den caritativa vårdetiken presenterats.

Caritativt vårdande förutsätter vårdande gärningar, goda vanor och goda karaktärsdrag hos vårdaren för att kunna lindra patientens lidande i vårdandet i tillägnelsen i den vårdande akten. Icke-vårdande gärningar och ovanor får inte finnas hos vårdaren, eftersom gärningarna då inte är vårdande och en icke-vårdande gärning kan leda till vårdlidande. Den caritativa etiken vägleder vårdaren till att visa människan värdighet och integritet, skapa en vårdande relation, inbjuda patienten till omhändertagande och vila, att ta ett ansvar, vara dygdig och plikttrogen. Detta etiska perspektiv ger dimensioner av en etik, där värdighet och kärlek för patienten med barmhärtighet gör att vårdandets ethos synliggörs där vårdarnas gemensamma värdegrund gynnar både patienten och vårdaren, men också i valet av vårdhandlingar. Vårdares egna värderingar och värdegrund kan ha betydelse för vanor eftersom det har med vårdarens etik och moral att göra. Från vårdarens erfarenhet och kunskap blir etiken, där gärningarna framträder, vägledande för det moraliska värdet och den moraliska plikten gör sig gällande. Genom vårdarens moraliska integritet kan vårdaren visa sin yrkeskompetens där vårdaren alltid tar sitt ansvar.

I en hermeneutisk rörelse har följande tes om vårdande gärningar stigit fram:

Vårdarens hållning, uppträdande och engagemang för patienten och där vårdarens kunnande och goda vilja i ödmjukhet får patienten att känna sig betydelsefull och respekterad är en vårdande gärning. En sådan gärning leder till att patientens lidande lindras i en rörelse mot hälsa och (en delad) gemenskap mellan patient och vårdare, vilket ger livskraft.

I denna sammanfattande tes framhålls vårdarens hållning och hur vårdaren framträder som kan hänföras till både vårdarens karaktärsdrag, dygder och moraliska integritet. Emellertid räcker inte detta, utan det måste även finnas en vilja att göra den andre gott och understödja

sådant som får patienten att känna sig betydelsefull för vårdaren. Utöver detta krävs att vårdaren måste ha kunskande och veta vad som kan bevara människans värdighet men också lindra den andres lidande och vad som kan delas i en vårdande gemenskap.

I föreliggande forskning framstår moralisk integritet som både något som gör en vårdare till en god vårdare med moralisk integritet, och vad som kommer från vårdarens moraliska integritet. Moralisk integritet ses här som en uppfattning eller upplevelse från det vårdaren visar eller det vårdaren är inför patienten och andra vårdare eller vårdarens egen medvetenhet om sina moraliska dygder. Förutom att en moralisk integritet skapas från en vårdare med kunskap och som följer etiska principer och ideal, handlar det även om en vårdare som har vilja, ansvar och mod från både goda karaktärsdrag och dygder i en inre och yttre hållning, präglad av *caritas*. När vårdarens moraliska integritet finns ger detta vårdande gärningar och goda vanor till och i den vårdande akten vilket ses i vårdarens *caritativa hållning*. Vårdarens moraliska integritet kan ge en vårdande akt där patienten tillägnas ett lindrat lidande, och en rörelse mot hälsa och välbefinnande. När dessa vårdande gärningar upprepas av vårdaren, kan de ge goda förutsättningar för goda vanor i vårdandet som ger både patienten och vårdaren livskraft. En vårdare med stark moralisk integritet visar detta genom att vara engagerad, ödmjuk och professionell inför patienten, kolleger och andra i vårdandet.

Det finns större förutsättningar för att den moraliska dygden kan förekomma i en *caritativ vårdteori* eller vårdetik därför att moraliska dygder väsentligt skiljer sig från andra typer av dygder, t.ex. de intellektuella, eftersom de motiverar oss att handla rätt och göra det goda. Sammanfattningsvis kan konstateras att vårdarens moraliska integritet är en förutsättning för en vårdande gärning som ger kraft både till patient och till vårdare.

I den *caritativa vårdetiken* föregår etiken ontologin. Detta innebär att det förhållningssätt vårdaren intar till verkligheten alltid föregås av det etiska (Eriksson 2000, 2007, 2018). Det medför att vårdaren underordnar sig vårdandet för etiken och därmed en *caritativ hållning*,

där människans absoluta helighet och värdighet utgör vårdarens ethos och pathos. Den *caritativa hållningen* är spontan, omotiverad och föder kärleken till nästan, och kan visa sig i att ge patienten tid, att lyssna, vara lugn, vänlig och visa att den andre är betydelsefull. Vårdaren kan utöva vårdandets konst och sträva mot det sköna så att strävan riktas mot patientens bästa. Eriksson (1986, 1990) menar att den vårdare som i den vårdande akten har förmåga att visa caritaskärlek till en annan människa, har större förutsättningar att ge en kärleksfull vård (Eriksson, 1995). Det betyder emellertid inte att en vårdare inte kan vårda utan caritas utan ska förstås som att förutsättningar för en vårdande vård är större då en *caritativ hållning* finns. Caritas gestaltas som vårdarens inre och yttre hållning, som finns i vårdarens karaktärsdrag, dygder och moraliska integritet och som visar sig som ansvar, vilja och mod i vårdande gärningar och goda vanor. I vårdarens yttre och inre hållning och i vårdkulturen inklusive i vanorna framträder ethos och vårdvetenskapen synliggörs genom vårdande gärningarna och vanor. En yttre hållning kommer från en inre hållning och synliggör moralen. Vårdaren kan vara bra på att respektera patienten och alltid fråga hur patienten vill att vårdaren ska göra för att patienten ska känna någon form av lindring av lidandet.

Den caritativa etiken och den vårdande akten

Den vårdande akten är tillägnelse av de gärningar som är vårdande. Den caritativa etiken visar sig i den vårdande akten, som ett tjänande. Gärningarna görs medvetet i ett ansvar för patientens hälsoprocess och lindring av patientens lidande. Tjänandet från vårdaren tillägnas patienten och patientens integritet och värdighet beaktas genom ethos från vårdarens *caritativa hållning* (Eriksson, 1995). Tjänandet är att svara an på den andres närvaro och appell, vilket fordrar vakenhet, förenat i både att se och inse. Att skapa en vårdande akt innebär att den ständigt måste återvinnas då den inte är en gång för alla givet. Att tjäna kan ses som ett offrande då vårdaren ibland måste avstå från något i relationen med den andre, men också att tjänandet ger vårdaren livskraft.

I de båda sammanfattande teserna framkommer betydelsen av relationen mellan patient och vårdare, som präglas av förtroende, tillit och ömsesidighet. Eriksson (1995) framhåller med referens till Levinás att det är i mötet med den andre som det etiska blir "synligt" och verkligt. För att en vårdande akt ska bli till krävs också en inbjudan av den andre (patienten), som i sig kräver ett sant eller äkta och uppmärksamt närvarande i relationen. I vården lindras patientens lidande genom vårdandet, men även av olika behandlingsmetoder och åtgärder inom den medicinska vetenskapen. I den *caritativa vårdteorin* förstås lindring av patientens lidande genom vårdarens kunskap och hållning, där vårdandet sker i en vårdande kultur som också måste präglas av en *caritativ hållning* där både ansvar och gemenskap finns mellan patienten och vårdaren (Eriksson, 1995). Förståelsen för ansvarets betydelse bidrar till en gemenskap om de orättvisor som drabbar andra, andra människors smärta och lidande. Att ta ansvar för andra ger kraft och mod, och bidrar till att människan utvecklar sin inneboende potential att kunna kontrolleras och styras av ett "inre bör" snarare än yttre regler och direktiv (Foss, 2012).

I den vårdande akten tillägnas patienten vårdarens omtanke, medmänsklighet och en gemenskap och löfte om vård konkretiserad i olika gärningar och goda vanor. En sådan vårdande akt kan förstås som att den är berörande (Kasén, 2002; Kasén et al., 2008) och denna beröring ger livskraft till både patient och vårdare.

Teori och praxis förenas i tillägnelsen. I vårdarens tjänande sker tillägnelsen till patienten genom goda vanor som kan ses i vårdarens gärningar. Tillägnelsen är inte endast en känsla och upplevelse, utan ontologisk genom att det blir en del av människans liv och öppnar upp för en ny förståelse av livet och lidandet. Orden från vårdaren till patienten ledsagas av ethos som förmedlas i en handling och innehåller ett löfte till patienten. Genom vittnesbörden ser vårdaren bort från sig själv och får perspektiv och en tro på det sanna vårdandet.

I den vårdande akten tillägnas patienten gärningar som hjälper patienten mot en rörelse av integration och helhet, dvs. att göra, vara och hälsa. En vårdande akt blir till när t.ex. vårdaren är medmänsklig och möjliggör för patienten att få vara sig själv och kunna bevara

sin värdighet. Ett vårdande blir till genom att balansera patientens rätt och behov av att få vara patient, få vara den man är utan sjukdom och behov av hjälp och att få vara människa i dess djupaste mening. En förutsättning för ett vårdande är gemenskap och förtrolighet. Både patientens inbjudan och vårdarens mottagande av inbjudan och löfte om vård är centrala. Vårdarbetets inre evidens är det sanningslika, vilket innebär att en äkta vilja finns för en god handling, där det sköna och det goda finns i ett tänkande som i en kärleksfull anda står upp för det goda. Vårdaren har en vilja att göra gott för patienten. En vårdrelations etiska dimension och karaktär bestäms av vårdarens motiv för vårdandet, vårdarens ansvar, förmåga till medlidande samt vilja att inbjuda patienten till en vårdande relation (Eriksson, 1995).

I den vårdande akten finns gärningar som gör att patienten känner sig sedd, gladare, piggare, tryggare, omhändertagen, uppmärksam, respekterad, accepterad, harmonisk och lugn. Den vårdande akten innefattar också sådan hjälp som lindrar och gör det lättare att bära lidandets och sjukdomens följder och besvär. I tillägnandet inkluderas den etiska grundtanken om att den andre måste bli sedd och sedd som värdefull. Vårdande gärningar leder till att en inbjudan från patienten att dela en del av livet, och till en gemenskap som är livgivande för både den som bjuder in och den som mottar inbjudan.

Gärningar och vanor i den vårdande akten handlar alltså om ett vårdande i en caritativ gemenskap där människans värdighet, bekräftas och återupprättas. Att skapa en vårdande gemenskap ses som ett yrkesansvar där patienten tryggt kan överlämna sig till vårdaren. Men det handlar också om en autonomi om vad som är till hjälp, för att lindring och välbefinnande ska uppnås.

Vårdarens vilja ses som ett av fundamenten för att en vårdande akt ska bli till. Vårdande gärningar och goda vanor ger en helhet. Vårdarens vilja har betydelse för en moralisk integritet i hållning eller uppträdande. Patientens behov får vårdaren att vilja utföra den gärning som kan bli en god vana. Vårdaren vill således göra det goda, det sköna och det rätta för patienten utifrån medmänsklighet och kärlek till en medmänniska. Viljan finns i

vårdarens inre hållning och inre etik, och drivkraften är att vårda kärleksfullt. En vårdarens moraliska integritet innefattar vilja och ansvar för patienten. För en vårdande gärning och för en god vana kan ibland krävas ett mod för viljan och ansvaret där således modet att göra har sin bärande kraft i att våga göra. Caritas är den otvungna viljan att vårda under ett ansvar. Det inre ansvaret innebär viljan att göra gott. I den *caritativa vårdteorin* utgår de etiska gärningarna från en fri vilja, en frihet i en dialog med förnuft och vilja. Viljan hör ihop med kunskapen om det goda. I vårdarens hållning, beröring eller tilltal kan patienten se eller känna av vårdarens inställning och vilja till ett vårdande. I en *caritativ vårdteori* utgår vårdarens fria vilja från ansvaret och förmågan att göra det goda, det som gör livet gott att leva, och som leder till positiva känslor hos både patienten och vårdaren själv.

Vårdarnas inre och yttre hållning, deras karaktärsdrag, dygder och moraliska integritet, som omfattar caritas är förutsättningar för de vårdande gärningarna och vanorna i en vårdande akt. I en vårdande akt är vårdaren professionell och visar patienten vägen genom att vara nära patienten, vägleder och går tillsammans med patienten där vårdaren har ett ansvar (Eriksson, 1995; Arman et al., 2015; Eriksson & Bergbom, 2017). Den vårdande akten måste ständigt återupprättas eller återvinnas där vårdaren har en vakenhet inför "att se" och att våga inse det man ser. En vårdare med moralisk integritet måste avgöra den andres belägenhet i det närvarande men med sikte på en framtida närvaro där patienten ser möjligheter i form lindring och en förtroendefull relation med vårdaren.

Baserade på de två sammanfattande teserna kan följande syntes formuleras:

Vårdarens inre och yttre hållning, karaktärsdrag och dygder förenade i moralisk integritet med förankring i caritas och förverkligat i ansvar, vilja och mod är förutsättningar för vårdande gärningar och goda vanor i en tillägnelse i en vårdande akt. Målet är att lindra patientens lidande i en rörelse mot hälsa och (en delad) gemenskap mellan patient och vårdare.

I den dygdetiska teorin kan gärningar och vanor bli vårdande beroende på om och hur patienten värdesätter gärningen eller vanan. Även gärningar som avses att vara vårdande kan få oväntade konsekvenser och kanske inte lindrar patientens lidande. Trots ett välutvecklat omdöme och välvillighet kan en vårdande gärning bli icke-vårdande. Utgående från Arendts (1998) tankar om handlingar representerar alltid handlingar något, och i en vårdande gärning kan *caritas* förstås som det som representeras. Alla gärningar kan ses som att de sätter något i rörelse, och en vårdande gärning avser att få till stånd en rörelse mot hälsa, och ett icke-vårdande bidrar till en rörelse mot lidande. Ett annat sätt att tänka kan vara intellektuell medkänsla, vilket innebär förmågan att tänka sig in i andra människors situation, inte minst andra människors lidande. Men följderna av gärningen framgår kanske inte alltid ur själva gärningen utan i de relationer där gärningen utförs eller sker. Arendt (1998) menar vidare att en handling är tanke och en tanke är handling. Med andra ord kan en handling generera en tanke och en tanke ge en handling. Dessa går alltid in och ut ur varandra. I gärningen framträder och uppenbarar sig människan, dvs. vem han eller hon är och blir, i någon bemärkelse "ett" med gärningen (Arendt, 1998).

Att finnas till för den andre ses i den moral som från den inre etiken berikar vårdaren, att känna glädje i att vara och göra det sanna, det goda och det sköna. Här sker ett tjänande, vilket visar sig i tillgåelsen. Den vårdande akten blir till i tjänande och tillägnelse. Enligt den *caritativa vårdteorin* visas detta tjänande i den s.k. kliniska vaksamheten i en etisk akt och blir en konst i vårdandet, när vårdaren har utvecklat sin förmåga att uppfatta, se och direkt utföra den rätta handlingen. Ett tjänande handlar om att hjälpa, att göra och öppnar upp för huvudets, handens och hjärtats rörelse och funktioner för det som är det meningsbärande i tjänandet, genom vårdarens *caritativa hållning* till och i den *vårdande akten*.

Kritisk granskning

Avslutningsvis granskas forskningens olika delar och om forskningen har bidragit till utveckling av den *caritativa vårdvetenskapliga teorin*. Detta sker i förhållande till forskarens förförståelse för forskning som berör etik, gärningar, vanor och den vårdande akten samt till den nya fördjupade förståelsen som framkommit i forskningens olika delar. En prövning görs av forskningens helhet, dess metoder, resultat och kunskapsbehållning, olika styrkor och svagheter utifrån Larssons (2005) kvalitetskriterier för kvalitativa studier.⁹⁰

Den föreliggande forskningen utgår från Erikssons *caritativa vårdteori*. Syfte och frågeställningar samt studiens hermeneutiska design ger klarhet i vad som är siktet och sökandet för studien i sin helhet. I bakgrunden redovisas de ontologiska och epistemologiska utgångspunkterna samt de centrala begrepp och tidigare forskning som gav förståelse och klarhet till det datamaterial som senare kom att analyseras och tolkas. Klargörandet av förförståelsen, datamaterialet och metod för analys och tolkning ger insikt för hur resultatet kan ytterligare förstås. Under analys- och tolkningsprocessen i hermeneutikens landskap från helhet, delar till helhet, i en hermeneutisk spiral, framkom vilka gärningar som är av betydelse för den vårdande akten ur både patientens och vårdarens perspektiv. Tolkningen av studierna visar även vilka goda vanor och ovanor som förekommer i hemsjukvårdskontexten. De tre delstudiernas resultat har på olika sätt bidragit till att fördjupa förståelsen i den caritativa vårdetiken.

Den föreliggande forskningen är kvalitativ och har en hermeneutisk ansats inspirerad av Gadamer (2004) där förståelse är tolkning av språket i eller från ord som sägs i ett samtal eller utsagor i texter. Förförståelse och den *caritativa vårdteori* har epistemologiska och ontologiska utgångspunkter som utgör grunden för vårdarens handlingar och etiska hållning och ses i avhandlingen. Även innebörden av andra begrepp förtydligats i ett

⁹⁰ Larsson (2005). Artikeln ingår i antologin *Kvalitativanalys, vetenskap och samhälle – en handbok*, som för första gången 1994 gavs ut på förlaget Studentlitteratur (Lund) under redaktörskap av B. Starrin och P-G. Svensson.

vårdvetenskapligt sammanhang och i relation till varandra. Forskningen fördjupar förståelsen av vilka vårdande gärningar och vanor som visar sig i vården samt vilken betydelse dessa har för att en vårdande akt ska vara möjlig.

I föreliggande forskning var syftet att fördjupa förståelsen av etik och beskriva gärningar och vanor som är av betydelse i den vårdande akten för både patienter och vårdare relaterat till det caritativa vårdandet. Syftet är även att bidra till ökad förståelse av den caritativa vårdetiken relevant för den *caritativa vårdteorin*. För att skaffa kunskap och fördjupad förståelse förutsätts en öppen kunskapssyn och en ödmjukhet inför de begränsningar som finns när det gäller att finna den absoluta sanningen eller det sannolika (Eriksson & Lindström, 1999). Avhandlingen är inom den systematiska vårdvetenskapen med relevans för klinisk vårdvetenskap. Att som vårdare utföra vårdande gärningar och ha goda vanor kan i konsten att vårda bli kärleksfullt, vilket kan lindrar patientens lidande i en rörelse mot hälsa. När lindring av lidandet inte blir till utifrån icke-vårdande gärningar och ovanor kan patienten erfara ohälsa och vårdlidande. Att bedriva forskning om gärningar och vanor är relevant i den vårdvetenskapliga traditionen, då det har med vårdarens moraliska integritet, karaktärsdrag, dygder och handlingar att göra. Goda vanor och ovanor har inte tidigare formulerats och artikulerats i den vårdvetenskapliga traditionen utifrån Erikssons *caritativa vårdteori*. Studiens design är hermeneutisk, och det ontologiska och kliniska siktet har genom en hermeneutisk förståelse och tolkning utgått från både teoretiska och empiriska materialet. Den valda kvalitativa metoden är en systematiserad kunskap som gestaltar och karaktäriserar beskaffenheten hos något (Larsson, 2005).

Som forskare har jag erfarenhet⁹¹ och förförståelse och är även inläst på det som ska studeras. Som distriktssköterska,⁹² är jag införstådd med mitt eget forskningsområde. Som

⁹¹ Som forskningsassistent under åtta år vid Centrum för folkhälsoforskning vid Karlstad universitet, intervjuade patienter och vårdpersonal inom olika vårdkontexter därutöver som författare av vårdetisk litteratur.

⁹² Tjänstgöring inom hälso- och sjukvården och universitet, i 44 år varav 27 år som distriktssköterska inom både hemsjukvård (dag- och natttjänstgöring) och på Vårdcentraler: diabetesmottagning, barnavårdscentral (BVC) och

forskare har jag kompetens inom yrket som vilar på både teoretisk och praktisk kunskap, samt erfarenheter i enlighet med vetenskapsrådets krav. Forskarens förförståelse har varit utgångspunkt för tolkningen med avsikt att upptäcka det sanningslika som kan ge både bildning och kunskap i en humanvetenskaplig tradition.

Kvaliteter hos framställningen i sin helhet

Inom kvalitativ forskning förekommer kvalitetskriterier som är relevanta oberoende av forskningsansatsen (Larsson, 2005). Som helhet anger Larsson (2005) perspektivmedvetenhet hos framställningen, valet av metodologi och den interna logiken, forskningens etiska värde, kvaliteter i resultaten, innebördsrikedom, struktur och teoritillskott.

Perspektivmedvetenhet. I detta avhandlingsarbete har det funnits en strävan att uppfylla kriteriet perspektivmedvetenhet. Studien utgår från den vårdvetenskap som grundas i humanvetenskap som utvecklats vid enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi (Eriksson, 2001; Lindström et al., 2014; Eriksson, 2018). Forskarens förförståelse har under tolkningsprocessen förändras och den egna förståelsen faller tillbaka på att helheten har relaterats till det valda perspektivet och de teoretiska utgångspunkterna i avhandlingen. Ny förståelse har framkommit inom forskarens förförståelse, det teoretiska perspektivet, ordboksanalys, och valda metoder som grund för tolkningsprocessen. Den nya förståelsen av gärningar och vanor som har betydelse i den vårdande akten gestaltats på ett sätt som förväntas bidra till Erikssons *caritativa vårdteori* och den caritativa vårdande etiken.

Val av metodologi och den interna logiken i forskningsarbetet handlar främst om att granska i vilken utsträckning som det finns harmoni mellan syfte, forskningsfrågor, datainsamlingsmetoder och de analysmetoder som använts (Larsson, 2005). Forskningsprocessen olika steg ses som en hermeneutisk rörelse där nya forskningsfrågor

distriktssköterskemottagning och som skolsköterska, resterande som forskningsassistent, vårdlärare, universitetsadjunkt och lektor i Sverige och Norge.

varit vägledande från den första delstudien inför den andra delstudien, vilket i sin tur gett ny förståelse till den tredje delstudien. Svaren ledde processen vidare till nästa fråga i studien. Resultatdiskussionen gav en återkoppling till problemställningen och forskningsläget före undersökningens genomförande, men även låtit egna bidrag tydligt avteckna sig mot denna bakgrund. Utifrån detta ges olika typer av kritik (Härnqvist, 1978).

Forskningens övergripande metodologi är en hermeneutisk ansats. Två delstudier har analyserats och tolkats genom en sekundär innehållsanalys, vilket har varit fruktbart i och med att närmelsesättet varit deduktivt. Det fanns mycket obearbetat material i tidigare studier. Resultat av andras forskning har i föreliggande forskning i det vetenskapliga arbetet tagits upp och kommenteras i diskussionen. Bakgrundskapitlet innehåller genomgångar av teori och forskning. Den hermeneutiska tankegången har enligt vad Larsson (2005) menar, lyfts fram som att kriteriet på kvalitet är graden av harmoni mellan helheten och delarna.

Det etiska värdet innebär enligt Larsson (2005) ifall forskaren uppvisat god etik. Forskningens etiska ställningstaganden har följts, och det är forskarens etiska ansvar att under forskningsprocessen beakta frivilligt deltagande, anonymitet, integritet och förtroende samt principen att inte förorsaka skada eller obehag för deltagare i de empiriska studierna. Det etiska värdet har beaktats i forskningskravet att skydda deltagande personerna, platser och institutioner i studierna. Omsorgfullheten vid slutsatser av vilka konsekvenser som dragits av en studie och forskningens resultat är en etisk dimension som har respekterats i avhandlingen, vilket räknas som goda kvaliteter för ett vetenskapligt arbete (Larsson, 2005). Det etiska som gäller här är att forskaren är sanningsenlig. Trankell har redovisat en checklista för en s.k. vetenskaplig hederlighet (Eriksson redovisar dessa i Ekholm m.fl., 1983, s. 59). Utifrån denna checklista har jag i föreliggande avhandling:

- a. inte förtigtit något jag tidigare känt till
- b. inte lagt till något, som inte har med saken att göra
- c. har förankrat mina slutsatser i det framtagna materialet
- d. inte kallat saker för än det ena än det andra

- e. inte tillmätt saker olika vikt allteftersom det passerat mina syften
- f. har inte påstått mig ha syften som sedan övergetts till förmån för andra utan att redovisa varför.

Forskaren menar att språket haft en viktig del i sökandet efter ny kunskap och fördjupad förståelse (Larsson, 2005). Tillförlitligheten har stärkts i och med att flera forskare har analyserat och tolkat materialet. Deltagarna i studierna har framförallt varit äldre patienter, vårdare har varit både män och kvinnor som bidragit med olika perspektiv inom hemsjukvård. Det kan ses om en brist men också som en styrka att ha båda perspektiven. Datamaterialet har även varit djupt och omfångsrikt, och tidsaspekten på intervjuerna har även redovisats. Analys- och tolkningsprocessen har dokumenterats och exempel har åskådliggjorts för läsaren i form av figurer, modeller och citat.

Kvaliteter i resultatet. När det gäller kvalitativa studier handlar kvalitet om resultat och hur något kan gestaltas på ett sätt så det får en ny innebörd. Enligt Larsson (2005) är innebördsrikedom, struktur, och teoritillskott avgörande för en studies kvalitet.

Innebördsrikedom handlar om att granska om resultatet har presenterats så att en ny innebörd skapats, vilket ökat dess innebördsrikedom. I avhandlingen har olika delar av texten integrerats till en helhet i teman och subteman genom den hermeneutiska tolkningen. Genom språket har förståelse kommit fram av själva "saken" genom tolkningen (Gadamer, 2004). Resultatet är överskådligt. I tolkningen har målet varit att fånga in det fundamentala utifrån rådata. En strävan har varit att den röda tråden i avhandlingen går att följa, dvs. resonemangen går att följa och inga överflödiga begrepp har använts. Fenomenen har skiljts åt genom kvalitativa skillnader, vilket är kärnan i vad som menas med kvalitativ metod.

Struktur ställs som motpol till innebördsrikedom. I forskningen har kravet funnits på den röda tråden från en tolkning till en slutsats. Viktiga poänger har i innehållsanalysen visats i en mening, medan mindre viktiga ges mindre utrymme. Det har varit en strävan att texterna

och resultatet ska ha en bra enkel och klar struktur, vilket innebär att det tydligt ses vad som är huvudsaker och vad som är bisaker, och framställningen av resultaten framhäver och tydliggör strukturen. Resultatet ses i slutandet, och en ny horisontsammansmältning och en ny horisont träder fram, som öppnar sig för det nya och det bildas ett nytt seende. Ytterligare forskning kan tillföra nya variationer från att tillfråga andra deltagare om berättelser.

Teoritillskott handlar om hur väl forskaren kunnat relatera till tidigare forskning och om den valda teorin tillfört något nytt (Larsson, 2005). Föreliggande forskning har lyckats bidra med ett teoritillskott till den *caritativa vårdteorin* utifrån det som uppstått i mönster eller centrala drag i rådata. Nya betydelser hos texter har gestaltats i resultatet på ett sådant sätt att det skett ett kunskapstillskott i det teoretiska landskapet. Syfte och frågeställningar har fått en särskild tyngd för att bygga vidare på utifrån aktuell kunskap på forskningsområdet. De empiriska studierna skildrar äldre människors erfarenheter av vårdarens vårdande gärningar och goda vanor som sker i den vårdande akten, men resultaten kan också ses som möjliga att tillämpa även in om andra vårdkontexter. Jag menar att forskningen bidragit till fördjupad förståelse och är ett teoritillskott till den *caritativa vårdteorins* ontologiska och epistemologiska utgångspunkter.

Validitetskriterier

Vid en kritisk granskning är det viktigt att fokusera på validiteten hos resultaten. Enligt Larsson (2005) kan forskaren utgå från diskurskriterier, det heuristiska värdet, den empiriska förankringen, konsistensen och det pragmatiska kriteriet. Av dessa väljer jag att granska det heuristiska värdet, konsistenskriteriet och pragmatiska kriteriet, eftersom de kan anses ha betydelse för forskningens resultat.

Det heuristiska värdet handlar om att granska om resultatet medför en ny gestaltning av gärningar och vanor i den vårdande akten, dvs. medför ett nytt sätt att tänka som annars skulle bli osynligt (Larsson 2005). Det heuristiska värdet och kvaliteten har genom processen i hermeneutiken i denna forskning upptäckt något nytt, en ny kunskap eller som Gadamer

hade uttryckt det, som *bildning*. Den nya upptäckten, ett kunskapstillskott, blir något som kan gestaltas som något nytt till läsaren. Resultatet kan ses som ett nytt sätt att se på verkligheten och ge nya kategorier för tänkandet, en bild av verkligheten som övertygat läsaren. Gärningar har tolkats som vanor eller ovanor i ett sammanhang i en kontext som varit begriplig och kan förstås och ses i en substans i resultatet. En studie gjordes 1997, den andra studien 2005 och den tredje studien gjordes 2013. Delstudie B har många *korta* meningsbärande enheter, dvs. meningar, beroende av att ord som skrivs ner blir mer en sammanfattning av vad tanken är, än då intervjuaren ger en fråga där det verbala ordet är lättare att säga, förklara, ställa följdfrågor osv.

Alla utsagor har ett inslag av tolkning, vilket gör det möjligt att ge olika versioner av samma sak men bygger på verkligheten och vilka händelser som ska redovisas. Från den hermeneutiska designen har tolkningen en förankring i det som tolkas, dvs. texten som är en sida av verkligheten. En rimlig tolkning av patienters och vårdares utsagor har tolkats i avhandlingen av ytterligare två forskare. Forskaren vet att korrespondensen mellan rådata och tolkning identifierar vilka personer som står för de olika uppfattningarna och de utsagor vårdare och patienter uttrycker. Det går att se rådata från det perspektiv som uttrycks i tolkningen i den innehållsanalys som använts i metodavsnittet i avhandlingen. Förankring av tolkningen i ett empiriskt underlag är ett betydelsefullt kvalitetskriterium i alla traditioner, oavsett vilken syn på verkligheten man har.

Konsistenskriteriet, menar Larsson (2005), är ett kriterium som ligger mitt i hjärtat av vad man menar med hermeneutik. Med detta menas att en tolkning byggs upp av delar och helhet. De olika delarna som utgörs av avhandlingens meningsbärande enheter bygger innebörden i helheten samtidigt som innebörden i varje del beror på helhetens innebörd. Människan förstår i ljuset av den helhetsbild människan skaffar sig. Men vi ändrar även helhetsbilden på grund av de nya detaljer som avslöjas och en tolkning byggs upp. Den hermeneutiska cirkeln har använts som ett sätt att förstå vad som händer och har också varit en mall för tolkningen. Delarna i texten har tagits om hand på sådant sätt att det genererat så få

motsägelser som möjligt mellan enskilda data (delarna) och tolkningen (helheten). Ödman (1979) kallar detta för en inre logik. Forskaren bortser inte från vissa omständigheter som inte passar in i helheten. Tolkningarna kan ha en ofullkomlighet, vilket hos forskaren kräver ett gott omdöme att kunna nå i tolkningen så långt som möjligt.

Det pragmatiska kriteriet innebär att ta reda på vilket värde forskningen som helhet har för vårdvetenskapens kunskapsutveckling (Larsson, 2005). Den nya kunskapsbehållningen har skett genom en hermeneutisk rörelse mellan förförståelse, förståelse och ny fördjupad förståelse. Det externa värdet som föreliggande forskning har för praktiken⁹³ är att forskningen lyckats förmedla resultat till vårdare och talar även om vad resultaten har för betydelse i praxis. Larsson (2005) hänvisar till Habermas (1971) idé om "det praktisk-hermeneutiska intresset" där han menar att det finns två typer av hermeneutiskt kunskapsintresse. Det ena är det humanvetenskapliga eller samhällsvetenskapliga fältet det praktisk-hermeneutiska och det andra är det emancipatoriska. I föreliggande forskning har det praktisk-hermeneutiska intresset förbättrat samspelet för tolkningar och skapat plattformar för förståelse mellan människor. Studiens resultat kan därmed förmedlas i olika sammanhang, dvs. inom olika vårdande kontexter, vårdutbildningar och vårdorganisationer.

En studie har god kvalitet om argument och resultat klarar en sådan prövning av andra (Larsson, 2005). Min strävan har hela tiden varit öppenhet och en rättvis tolkning från mitt eget perspektiv och förståelsehorisont. Avhandlingen har både starka och svaga punkter av olika skäl, men måste alltid vara underordnad en allmän helhetsbedömning. Förnuftet får slutligen avgöra enligt Larsson (2005) om ett arbete har funnit en rimlig avvägning. Vad som skiljer de tre studierna åt är framförallt att goda vanor som patienter beskriver, i jämförelse med vårdares uttalanden, handlar mer om att vara respektfull genom att vara glad,

⁹³ "the so what question" enligt Larsson (2005).

informell, naturlig, förstående och kunna trösta. Vad som bör beaktas i denna studie A är att frågorna i studien där reanalysen⁹⁴ gjordes handlade om att vara kompetent, bry sig om, vara förstående och att som distriktssköterska ha en viss personlighet som uttryck för moralisk integritet. Även vårdarna lyfter fram goda vanor i att vara vänlig och behaglig genom att vara trevlig och artig. Vissa subteman kan finnas i olika teman. En vana i ett tema kan finnas i ett annat tema. Ålder på studierna kan ha betydelse för vilka vanor som värdesätts men jag kan inte förstå någon sådan skillnad. Likaså kan ålder på deltagarna visa på skillnader. Patienter som uttrycker goda vanor och vanor i sina uttalanden om distriktssköterskan är äldre, medan vårdarnas egna utsagor om deras egna goda vanor och ovanor är mycket yngre.

Resultatet kan studeras utifrån en normativ, deskriptiv och metaetisk synvinkel. I den normativa etiken visar avhandlingen vad som bör vara rätt och fel handling, dvs. gärningar som är goda vanor i hemsjukvården för en caritativ vård. Här hör de goda vanorna till moraliskt goda värden och till plikten, när det tas för givet att plikten är normativ. I plikten som vårdare finns förväntningar, önsknningar, förhoppningar och en vilja. Plikten ska påtala vad som bör och ska göras i en god moral. I avhandlingen beskrivs det som vårdare gör i den deskriptiva etiken. Den beskrivande etiken visar även vad vårdaren tror och hur vårdaren handlar i konkreta situationer. Metaetiken har i avhandlingen analyserat och studerat begreppen vanor och ovanor utifrån en semantisk, vetenskapsteoretisk och ontologisk utgångspunkt, dvs. den *caritativa vårdteorin*. I samhället ter sig ett skifte från den principbaserade etiken till den dygd- och karaktärsbaserade i professionen. Det är t.ex. inte möjligt att vara kompetent och vara vis utan att vara det rent praktisk och att vara patientens skydd kräver medkänsla och medlidande. Den vårdande etiken ses som något sjuksköterskan gör rent kliniskt, utifrån den person han eller hon är (Beagly, 2010).

⁹⁴ Reanalys innebär att en gammal konstruktion ges en ny analys (i detta fall en äldre studie). Sekundäranalys handlar om att analysera data som samlats in tidigare.

Fortsatt forskning och utveckling

I framtiden kommer med stor sannolikhet nya frågor att formuleras ur ett vårdvetenskapligt perspektiv till den *caritativa vårdteorin*. Vet vårdare tillräckligt om den vårdande akten, tilläggnelsen och vårdarens tjänande, dvs. vad vårdaren bör och ska göra för att lindra patientens lidande? Det vore inspirerande att ytterligare intervjua eller genom observationer studera vårdares gärningar och vanor. Mer fokus på patientperspektivet och även anhörigas upplevelser vore intressant och värdefullt. Dessutom vore det inspirerande att utveckla teserna för en *caritativ* etisk *hållning*, samt att undersöka om t.ex. yrkesmässig handledning och dramapedagogik både i vården och under utbildning kan medföra en mer medveten etisk inre och yttre hållning hos vårdare.

Frågor för framtida forskning kan vara:

Vad har vårdare som förebilder för betydelse för nyutbildade eller vårdare under utbildning?

Vad är det som gör att patienten har en upplevelse av och vad kan det bero på att en del vårdare upplevs som om de bevarar människans värdighet och att det som görs blir till en vårdande akt får patienten att känna välbefinnande och hälsa?

Kan teoretisk kunskap och etisk medvetenhet som visas i det praktiska handlande utan att det utgår från godhet innebära ett lindrat lidande?

Är det så att vissa vårdare har kunskap och kompetens att skapa en lindrande och kärleksfull vård medan andra inte har det?

Det handlar om att forska fram det vårdande i vårdvetenskapen, det etiska i klinisk praxis och i den vårdande kulturen. Det handlar om att gestalta grundbegrepp, kärnbegrepp, grundantaganden och det vårdande i olika kliniska kontexter. Betydelsefullt är att som forskare ha ett fritt och kreativt tänkande, sunt förnuft, god bedömningsförmåga och smak och att min forskning kommer att tillägnas praxis där vårdandet även blir patientsäkert.

XI SUMMARY

Background and aim of the study

In care science, which is based on human sciences, it is understood that good care in healthcare is a human right. Nursing science has a tradition of studying the ethics of caregiving and care work (Näsman, 2010; Wallinvirta, 2011). Acting ethically is at the heart of the caring deed, where healthcare tasks and activities are carried out with an understanding of the sufferer's life and health situation. The art of applying the ethics of care in the caregiving tradition requires that the caregiver is motivated by love and mercy (Näsman, 2010). According to Eriksson, *caritative* healthcare ethics (Lindström, Lindholm & Zetterlund, 2014; Eriksson, 2018) are superior to the ethics of healthcare because they emphasise love and human dignity and the sanctity of the highest ethical ideal. *Caritative* care theory aims to be active in good works to alleviate the patient's suffering. Professional carers have a duty to provide good and safe care that is based on current laws, rules, regulations and ordinances. These duties require different kinds of abilities and skills, a conscious, professional and ethical approach, as well as knowledge and understanding.

The research interests respond to a need for a better understanding of the importance of nurturing works in caregiving in acts of caring within the care of the elderly. The aim of the thesis is to clarify and develop awareness of the significance of actions and good and bad habits in the act of caring.

The aim

The overall aim of the research was to deepen the understanding of ethics and describe the deeds and habits that are important in acts of caring for both patients and caregivers related to Eriksson's (2018) *caritative caring theory*. The following research questions are of interest: what caregiving actions are mentioned by the patient? What caregiving actions are mentioned by the caregivers? What good and bad habits do caregivers display?

Theoretical perspective

The theoretical basis and the research's theory of healthcare is based on Eriksson's *caritative caring theory* where love and mercy, ministering life and health and the alleviation of suffering, forms the foundation of the concept of care. The ontological basis is described according to the ontological and epistemological starting points in this *caritative caring theory*, which has its roots in a human-scientific theory. The concept of knowledge is an evidence-based concept, which in the tradition of *caritative* care science means the true, the good and the beautiful, where *caritas* is the basic motivation pervading the ethos (Lindstrom et al., 2014). The primary research interest of clinical nursing science is how care takes place and the primary subject of study is the skill of caregiving, with the purpose of acquiring knowledge and increased understanding of how a caring action occurs (Eriksson & Lindström, 2003; Eriksson, 1992; Salmela, Koskinen & Eriksson, 2017; Koskinen & Nyström, 2017).

Ethics and *morals* can provide guidance for caregivers and can represent both duty and obligation, as the caregiver both is and does that which is good, right and proper. The caregiver's ethical stance is demonstrated by their morality. In nurturing acts, the good, the true and the beautiful emerges. Compassionate deeds are deeds of love as good actions also imply wishing another human being well. The motivation for the caregiver's actions in *caritative* nursing theory is *caritas / agape*, that is to say the selfless, self-sacrificing and altruistic form of love, because it motivates the person to feel mercy and genuine compassion and perform altruistic acts.

A caregiver with moral integrity has good ethics and morals that manifest themselves in good healthcare actions. *Ethos* implies a human being's absolute holiness and dignity. *Caritas* as a motivating force is the basis for practical action and is a specifically ethical approach to caring in caregiving work. *Caritas* love can be seen as an ethical ideal in healthcare and nursing science. In the *caritative* nursing theory, where human dignity is sacred, human dignity is the fundamental value where all people are equal and inviolable. The goal of healthcare is good health. *Caritative* nursing theory recognises human suffering and this

suffering can be alleviated through love and acts of compassion. The ethical starting point is in healthcare ethics, caregiving ethics and *caritative* care ethics. Nursing ethics refers to the ethics generally applied in the area of healthcare, which is shown in the approach used. Ethics of care is concerned with how we come to the patient with this approach in a loving deed.

Key terms are **act** and **deed** and their mutual relationship, as well as the importance of caring, and the concepts of action, habits, customs, character and dedication.

Methodology

The study's methodological starting points are understanding, interpreting and forming a new understanding from a hermeneutical perspective, according to Gadamer's (2004) philosophy, where understanding and education is formed on the basis of tradition and culture in language and text. The assumptions for the methodological basis have their starting point in care science, ethos, ontology and epistemology. Gadamer's hermeneutics (2004) contribute to both theory and practice in nursing science (if one considers human beings as creative and involved in a nurturing culture) and that is to say our approach in an ethos.

Gadamer points out that interpretation of a text comes from a constant movement between preconception and understanding that motivates the reader of the text to start forming their own understanding (Gadamer, 2004). Gadamer's (2004) thoughts on hermeneutics have been instructive where preconception, understanding, interpretation and truth have been fundamental concepts and an ongoing theme throughout the thesis. 'Fusion of horizons' consists of understanding the significance of one's experiences in enabling new understanding. A complete picture is formed from the study's interpretation and analysis in the three sub-studies and from the totality the individual parts take on a new meaning.

The research is based on three studies. In these studies a descriptive/expositive design has been used, where data from individual interviews (Sub-Study A), answers to questions in a questionnaire (Sub-study B) and a focus group interview (Sub-study C) have been analysed

and interpreted from a healthcare-science horizon. For all the studies, qualitative content analysis was used. In two of the studies, previously collected material has undergone a secondary analysis (study A and B). The reasons for making a secondary analysis were: there was rich and nuanced text material; and it was thought that a new analysis from another perspective with different questions would be productive. The third study consists of interview texts from a focus group made up of caregivers, where qualitative content analysis has been carried out. The various studies have been analysed and interpreted from a patient or caregiver perspective. The qualitative content analysis is mainly inspired by Krippendorff (2013), Hällgren Graneheim and Lundman (2004) and Danielsson (2013). Latent content analysis was chosen. This analysis does not focus solely on what the text says and what is clearly apparent, but also considers the underlying and hidden meanings and viewpoints in the text. In the inductive approach the analysis goes from the specific to the general, from the parts to the whole (Elo & Kyngäs, 2008). A deductive approach is used for interpretation and reflection, based on Eriksson's *caritative care theory* in the development of a care-ethics theoretical model. Qualitative content analysis is the most appropriate approach for a secondary analysis, which (Graneheim & Lundman, 2004; Polit & Beck, 2014) (in two of the studies) is done inductively, i.e. the statements are sorted into categories and themes based on the interpretation of the text.

Caring deeds and non-caring deeds

Based on patients' and caregivers' statements, it emerged that some actions are caring and others are non-caring on the part of the caregiver.

Caring deeds

According to patients' stories, caring deeds performed by district nurses include: being benevolent and helpful, respectful, skilled and reliable. Interpretation and understanding has been formulated in the following theses:

Caring manifested by way of responsiveness, helpfulness, skill, reliability and respect can alleviate the patient's suffering and contribute to well-being and feeling healthy.

Caring occurs when the district nurse is compassionate and allows the patient their human value and preserves their dignity.

Caring occurs by balancing the patient's right and need to be a patient with their right and need to become their disease-free self, without the need for help.

A prerequisite for caring is that it is based on fellowship and familiarity.

Caring deeds, according to the caregivers' own statements, may include being interested, friendly and competent. The following theses were formulated:

Caregivers who show that they are interested in how the patient feels, and who are friendly, humble and competent, help to alleviate the patient's suffering and to preserve their dignity.

Caring that leads the patient to feel significant and that promises the implementation of nursing care, helps to alleviate the patient's suffering.

Conversation and quality of relationship is crucial for a caring deed.

Cooperating with others within caregiving to work towards the patient's best interests is a vital part of taking responsibility for care and caregiving.

Caring deeds can be described and summarised as *works that convey kindness and trust, deeds that are performed with dedication and care, deeds associated with duty and deeds that involve spending time with the patient.* Deeds that are an 'act of caring', are understood as:

Deeds are caring when they convey kindness, trust, commitment and compassion, together with duty and responsibility and involve spending time with the patient.

Deeds that inspire confidence, create trust, help, give attention and provide assistance are caring when they allow the patient to be truly human, a fellow human-being and a patient.

The caregiver finds out that the act is caring when the patient invites them to share something in their life.

Patients and caregivers describe actions that are nurturing, that have a positive impact on the health of the elderly person and that can contribute to improved health and the easing of the patient's suffering. Caring deeds can therefore be perceived by the patient as beneficial for the patient's treatment and health-promoting. Caregivers said that caring deeds alleviated the patient's suffering and provided a better opportunity for the patient to get the help they needed. An act of caring occurs when the caregiver knows what to do and actually carries it out, and moreover gets a sense of confirmation that the patient feels acknowledged and seen as a person. When this is appreciated, caregivers feel pleased, because they see the patient's suffering is eased.

Non-caring deeds

Non-caring deeds, according to patients, occur when the district nurse is uninterested in the patient, ignorant or stressed. Non-caring deeds can have significant consequences for the patient such as 'suffering of care', malaise and violation of a patient's dignity. According to patients' statements, non-caring deeds are seen as occasions when:

A district nurse does not take the patient seriously, showing a lack of interest and neglect, thus contributing to malaise and 'suffering of care' for the patient.

Lack of compassion in healthcare threatens the patient's dignity and the person cannot become or be who they want to be.

Non-caring deeds, from the carer's perspective, means actions carried out when the caregiver is themselves stressed, ignorant and lacking self-knowledge. The following theses have been formulated, based on statements from caregivers:

Caring fails when the caregivers are not willing or able to spend time with the patient. Caring fails to materialise when the relationship during patient-caregiver encounters is characterised by a lack of trust, flaws and negligence in the performance of various provisions for care and when the patient is seen as troublesome or not worth caring about.

From the previous theses the following summary was developed in response to the acts described as non-caring deeds:

Actions where the caregiver's attitude and behaviour lacks commitment, attention and expertise and where the patient is not seen as important, are also non-caring as the patient's dignity is threatened. When no caregiver feels a sense of responsibility, it is also a non-caring act that hinders the relief of the patient's suffering and their recovery.

Reflection and understanding

An 'act of caring' occurs when the carer's attitude, behaviour and commitment towards the patient, is one where the caregiver's know-how and good intentions together with humility, make the patient feel important and respected. Such an act leads to the alleviation of the patient's suffering, progress towards improved health and a (mutual) feeling of fellowship / communion between patient and carer that is restorative / invigorating.

The results of the substudies (A), (B) and (C) show that caring deeds are those that are demonstrated in the carer's attitude, behaviour and engagement. From some of the studies' theses the concept of character traits emerges. Based on the theses, the caregiver must be knowledgeable, competent and professional in the sense that the caregiver knows what they are doing and are also reliable and trustworthy, accurate and proper.

To summarise this new understanding of the interpretation and understanding of 'acts of caring' leads to the following thesis:

The caregivers' 'moral integrity' is a prerequisite for an 'act of caring' that empowers both patient and caregiver.

'Acts of caring' are founded on or presuppose moral integrity with

a) character traits that have their basis in compassion for others

b) awareness of what should and ought to be done, based on the patient's need for care

c) willingness to do that which is good with the aim of alleviating the patient's suffering and empowering their progress towards improved health

Both patients' and carers' statements revealed deficiencies in caregiving where non-caring deeds take place. Their stories describe specific actions that were interpreted as the caregiver lacking a sense of responsibility. Lack of responsibility could, from the patient's perspective, mean that caregivers were uninterested, stressed and ignorant. Caregivers said that failing to step in to help others in the department was seen as a lack of accountability. It could have a negative effect on the division of labour because some may have to work more, while others do not have to work as much. It may also be that the caregiver is ignorant or failing to take responsibility, as the caregiver is not doing all that they should.

Another bad habit can also be failing to encourage to colleagues and instead looking for errors and deficiencies in others. Interpretation and understanding were formulated in the following thesis: *Poor levels of cooperation and a bad atmosphere affects the work group's approach to caregiving, so that it is seen as a chore rather than a responsibility.*

Habits in healthcare

Based on the analysis and interpretation of the caregivers' evidence, good habits can be understood as providing security for both the caregiver and the patient. Habits can also be open to question and may present a disadvantage. It can be hard to break habits, the caregiver must sometimes change their habits and habits can be formed alongside the patient. Good habits *can* be an advantage, but aren't necessarily. To be flexible is good practice in the caregiving profession as caregivers work with many different people. Good habits are important in home-based healthcare and affect both patient and caregiver. Habit and force of habit can be false friends in healthcare. Habits make things easier in the sense

that you don't really need to think about what you are doing, but at the same time, when you do not reflect on what you are doing you can be lulled into a false sense of security. Lack of reflection is devastating in healthcare as each situation is unique and the patient's condition and situation are constantly changing. Good habits and deeds can also be seen as a reflection of the caregiver's character traits. The overall picture from the research results can be gathered from the substudies' various sections, which when examined provide a new understanding.

Interaction of caring deeds and good habits

The study demonstrates the association between caring deeds, good habits, good character traits and virtues that work together to form a carer's moral integrity and that can be understood to be prerequisites for a carer's moral integrity. What the caregiver *is* and *does* is combined and demonstrated in 'acts of caring'. This can be understood as the qualification and motivation for caregiving apparent in the carer's moral integrity that forms or presupposes good habits.

Whatever the caregiver *is* and *does*, is *seen* in the relationship with the patient. The patient *sees* the things that are actually *done*, revealing along with them the ethics behind the person's attitude (Lévinas 1993). When we see the facial expression of another person, the ethical becomes real. The caregiver's moral integrity is expressed by means of good habits and caring deeds (the caregiver *does*) by the caregiver's character traits or virtues (the caregiver *is*). This can be closely connected to the authenticity of the caregiver, a coherence between *being* and *doing*. Moral integrity can therefore be revealed by who the caregiver *is* in what the caregiver *does*.

When the caregiver understands and reassures the patient, they experience the caregiver as being respectful and the conditions needed for a caring relationship with each patient are created as a result. A genuine relationship between two people can be recognised from its sincerity and permanence, which is brought into being by the fellowship that occurs when two people address each other and listen to each other in a kind of exchange and lively interaction (Buber, 2011). Authenticity comes from a person who has good intentions

(Melheim, 2014).

In summary, it appears that the nurturing acts described in the topics and sub-topics are connected and cannot be separated. Good habits reveal the caregiver's character, character traits and constitute moral integrity. The caregivers' character traits and virtues are associated with 'acts of caring' and good habits within the caregiver's moral integrity, which is a prerequisite for caring deeds.

From *caritas* to the 'act of caring'

The 'act of caring' is a *caritative* response to suffering (Helin, 2011), where ethics always serve as a guiding light and an expression of the carer's innermost being. When the caregiver's character traits come out of *caritas* and are manifested in good habits, this comes from an ethos in which the caregiver has a desire to do good and to do that which is beautiful and right for the patient based on compassion and love towards others. Good habits have a place in 'acts of caring' when they perform a function for the carer's moral integrity. A number of caring deeds and good habits on the part of caregivers form a totality that may come from the caregiver's character traits, duty and purpose / desires and, if repeated, can evolve into virtues. A carer's moral integrity is displayed in an attitude or behaviour that has good implications for both the patient and the caregiver.

Because the motif of *caritas* is characterised by *agape*, the caregiver can create caring fellowship that is genuine, pursues the patient's best interests and demonstrates an ethical stance in its practical actions. Nåden (1998) describes this kind of caring as an art and the pursuit of beauty, where the carer's character traits, moral virtues and moral integrity are found.

The caregiver's *caritative* approach

With *caritas* there are compassionate and loving thoughts that attribute human beings with worth, dignity and holiness. For a caring action to take place, it requires moral integrity that comprises purpose / desire, a sense of responsibility and fortitude in dealing with the patient. Dedication in the form of deeds may involve serving patients, alleviating suffering and helping them towards better health with an act of compassion. The good person who has *caritas* as a motive for their actions has a capacity to care about a patient and to feel empathy or compassion unreservedly, causing the patient to feel loved for their own sake. In Løgstrups (1992) ethical requirements the caregiver shows their concern for the patient through their love, compassion and commitment and through *caritas* demonstrated by their caring deeds.

Inner-life ethics begin with *caritas* and are expressed and can be seen in external / outer-life ethics (Wallinvirta, 2011) as an external approach with the aim of realising the true, the good and the beautiful (Eriksson, 2003; Lindstrom et al., 2014; Eriksson & Bergbom, 2017; Eriksson, 2018). The caregiver's inner attitude is made up of their ethics and values, knowledge and relational ethics, with love and compassionate care as the driving force (Watson, 2003). As mentioned earlier, *caritas* means the desire to be nurturing while carrying out responsibilities, while duty implies an external responsibility and interest in doing a job. Outer-life responsibility is about completing tasks, while inner-life responsibility implies the desire to do good (Arman, Dahlberg, & Ekebergh, 2015). When the carer gives *caritas* care, caregivers' encounters with patients result in caring deeds. This happens when:

- the caregiver knows what should be done according to sentiment, duty, reason and desire and that motivates them to take carry it out
- the caregiver may sense that the patient feels appreciated and seen as a person
- the caregiver can see that the patient values their actions
- the caregiver sees the alleviation of the patient's suffering and progress towards improved health and well-being
- the patient confirms to the caregiver that their actions are caring when the carer sees that

the patient is happy and gets the sense they are a part of the patient's life

- the caregiver's caring deeds or good habits are characterised by actions that convey *kindness and trust, performed with dedication and care, deeds associated with duty and actions that involve giving the patient their time* in a raising
- the carer's actions are grounded in a moral integrity that has a sense of responsibility, purpose and fortitude
- The caregiver's internal attitude is reflected in their outward approach

The hermeneutical process of interpretation will give us a new understanding of deeds, habits and caregiving activities and their relevance in *caritative* care ethics and *caritative* care theory as a *caritative* approach of the caregiver. Where 'acts of caring' are concerned, the caregiver's attitude emerges as a significant aspect. In my encounter with the text from the three studies, there has been a 'fusion of horizons' involving my previous understanding of caregiving and theoretical fragments. Confronted with the unfamiliar text, my own horizon was altered, leading to a new understanding, in which the caregiver's *attitude* emerges as a supporting concept that has relevance for *caritative* care ethics in relation to 'acts of caring' and good habits in *caritative* nursing theory.

The thesis reworded to:

The carer's inner and outer attitude, coupled with good character traits such as virtues and moral integrity, implemented with a sense of responsibility, purpose and fortitude are prerequisites for 'acts of caring' and good habits in caregiving activities, whose objective is to alleviate the patient's suffering, progressing towards improved health and a good rapport between the patient and caregiver.

This research shows that alleviation of suffering due to illness, 'suffering of care' and 'suffering of life' can be achieved from a caregiving action when there is a good rapport in a caregiving relationship. This assumes, however, that the *caritative* approach has its roots in moral integrity. Eriksson (1995) argues that "the ethical arises from the boundlessness of love and suffering, from compassion" (p. 24), and this is what is demonstrated in the caregiver's

attitude and approach.

Synthesis and conclusion

The new insights are presented in a synthesis and conclusion of the research submitted here. In *caritative nursing theory*, where human health and suffering are understood as (the patient's) problems, needs and desires, suffering is the most important element in healthcare science and the motivation for all healthcare (Arman et al., 2015; Eriksson, 1994, 2006; Lindstrom et al., 2014; Eriksson & Bergbom, 2017). For this reason it is valuable and highly relevant to alleviate the patient's suffering through what the caregiver *is* and *does* as demonstrated in the caregiver's actions. These deeds are seen in the caregiver's approach, where *caritas* leads the caregiver to perform a caring deed and guides them during it.

Carers need to know what to do and to take responsibility for what is done. It is also important that carers know what actions may lead the patients to suffer. The carer's perception of reality changes with the passage of time change and is formed 'from within', as ethics and morals affect the caregiver, while at the same time there are values that endure even if they are expressed in different ways depending on the context.

From the study's design and the implementation of the different studies, new insights were achieved. Caring and non-caring deeds are described from the perspective of both the patient and the caregiver. From the patient and caregiver's perspectives and through interpreting caring and non-caring deeds, *the carer's good and bad habits* emerge. The caregiver's character traits, virtues and moral integrity *exist and are made visible* in their deeds and habits. Positive character traits, virtues, caring deeds and good habits are interwoven in moral integrity. In respect of 'acts of caring', the following assumption has been made:

The carer's caritative approach has significance for 'acts of caring'

Caritative ethics lead the caregiver to show dignity and integrity, create a caregiving

relationship, facilitate the patient's nurture and rest, take responsibility and to be virtuous and conscientious. This ethical approach, where the patient is shown dignity and love, benefits both patient and caregiver in caregiving activities. The carer's own values and value systems can influence their habits, as they are connected to the caregiver's ethics and morals. According to the carer's experience and knowledge, the ethics that lie behind the caregiver's actions will serve as their guiding light in the application of their moral values and moral obligations. It is through the caregiver's moral integrity that they are able to demonstrate their professional skills as they always shoulder their responsibilities.

Through hermeneutic motion, the following thesis about caring deeds has emerged:

The carer's attitude, behaviour and commitment to the patient, in which the caregiver's know-how and good intentions, together with modesty, make the patient feel significant and respected is an 'act of caring'. Such a deed brings about an alleviation of the patient's suffering, progression towards improved health and a (mutual) feeling of fellowship between the patient and carer that is restorative / invigorating.

Caregiving activity is the provision of nurturing deeds. The *caritative* ethic manifests itself in caregiving actions, service in which the actions are consciously performed out of a sense of responsibility for the patient's recovery and alleviation of the patient's suffering. The caregiver's service is provided to the patient, taking their privacy and dignity into account, by the ethos of the carer's *caritative* stance (Eriksson, 1995). The act of service is responding to the other's presence and petition, which requires alertness, together with the ability to see and understand. Carrying out a caregiving action implies that it must constantly be repeated as it is not given once and for all. To serve another person can be seen as a sacrifice, as the caregiver sometimes must forgo something, but the act of service may also invigorate the caregiver.

Based on the two summarising theses, the following synthesis can be formulated:

The carer's inner and outer attitude, coupled with good character traits such as virtues and moral integrity, rooted in caritas implemented with a sense of responsibility, purpose/desire and fortitude are prerequisites for caring deeds and good habits dedicated/assigned to caring

actions. The objective is to alleviate the patient's suffering, make progress toward improved health and a good fellowship between the patient and caregiver.

To be there for the other is seen in the morals as extracted from the internal ethics enriches the caregiver, to feel joy in being and doing the true, the good and the beautiful. Here is a service which shows itself in appropriation. The caring Act turns to in service and appropriation.

Further research and development

More research is needed on what the caregiver should and must do to relieve patients' suffering on the basis of *caritative nursing theory*. The patient's perspective and even the experiences of family members through both interviews and observation of the caregiver's deeds and habits would be interesting and valuable. It would also be informative to develop theses for a *caritative* ethical approach, as well as to investigate whether, for example, vocational tutoring and drama-based instruction could lead to a more conscious ethical interior and exterior attitude on the part of caregivers.

XII REFERENSER

- Alberoni, F., & Veca, S. (1989). *Moral och kärlek*. (C. Carmén & K. Nyström, övers.) Göteborg: Bokförlaget Korpen. (Originalarbetet publicerat 1988).
- Alligood, M.R., & A.M. Tomey. (2014). *Nursing Theorists and Their Work*. (6th ed.). St Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Alvsvåg, H. (2014). Philosophy of Caring. In M.R. Alligood & A.M. Tomey (Ed.) *Nursing theorists and their work*. (6th ed., pp. 165-189). St Louis Missouri: Mosby Elsevier.
- Alvsvåg, H. (2017). Kärlek. I G. Wiklund & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 327-340). Lund: Studentlitteratur.
- Altun, I. (2008). Innovation in behavior patterns that characterize nurses. *Nursing Ethics*, 15 (16), 838-840. doi: 10.1177/0969733008095392
- Andersson, M. (1994). *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling* (Doktors avhandling, Institutionen för vårdvetenskap, Vasa, Finland).
- Arendt, H. (1998). *Människans villkor*. Göteborg: Daidalos.
- Aristoteles. (2004). *Den nikomachiska etiken*. (2. uppl.), (M. Ringbom, övers.). Göteborg: Daidalos. (Originalarbete publicerat 1967)
- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik - teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M., Rehnsfeldt, A., Lindholm, L., & Hamrin, E. (2002). The Face of Suffering Among Women with Breast Cancer – Being in a field of Forces. *Cancer Nursing*, 25 (2), 96-103.
- Arman Rehnsfeldt, M., & Rehnsfeldt, A. (2003). Vittnesbördet som etisk grund i vårdandet. I K. Eriksson & U. Lindström (Red.), *Gryning II. Klinisk vårdvetenskap* (s. 109-122). Institutionen för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2007). The 'Little Extra' That Alleviates Suffering. *Nursing Ethics* 14, 372-386. doi: 10.1177/0969733007075877
- Arman, M., & Rehnsfeldt, A. (2012) *Vårdande som lindrar lidande. Etik i vårdandet*. (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P., & Rehnsfeldt, A. (2015). The Nordic Tradition of Caring Science: The Works of Three Theorists. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), 288–296. doi: 10.1177/0894318415599220
- Arman, M., Dahlberg K., & Ekebergh, M. (2015) *Teoretiska grunder för vårdande*. Stockholm: Liber.
- Armstrong, A.E. (2007). *Nursing Ethics A Virtue-Based Approach*. New York: Palgrave Macmillan.

- Arries, E. (2006). Virtue ethics: an approach to moral dilemmas in nursing. *Curationis: South African Journal of Nursing*, 28 (3), 64-72.
- Asheim, I. (1997). *Hva betyr holdninger? Studier i dydsetikk*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of "good" and "not so good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466.
- Banks, S., & Gallagher, A. (2009). *Ethics in Professional Life. Virtues for Health and Social Care*. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.
- Barbosa da Silva, A. (1991). Kärleken som en nödvändig grundförutsättning för omvårdnad. Ett värdeiskt perspektiv. I K. Eriksson (Red.) *Vårdteologi* (s. 65-96), (Rapport, nr 1991:3). Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Barbosa da Silva, A. (1995). Dygdens plats i vårdetiken - dygdens komplementära funktion i förhållande till principresonemang inom den allmänna etiken och vårdetiken. I K. Eriksson (Red.), *Mot en caritativ vårdetik* (s. 95-132). Enheten för vårdvetenskap. Vasa: Åbo Akademi.
- Barbosa da Silva, A., & Andersson M. (1996). *Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik* (Rapport, nr 40). Stockholm: SHSTF's FoU-serie.
- Barbosa da Silva, A. (1998). Känslans etiska funktion i vården - en helhetssyn på patientens upplevelsevärld. (Del II). *Ylihoitajalehti*, 26(8), 4-9.
- Barbosa da Silva, A. (1999). Caritas begreppet. Kärleken som vårdmotiv, dess etiska ideal och vårdvetenskapens studieobjekt. *Ylihoitajalehti*, 27(4), 4-8.
- Barbosa da Silva, A., & Ljungquist, M. (2007). (3e. uppl.). *Vårdetik för ett mångkulturellt Sverige. En teoretisk och empirisk analys av några nödvändiga villkor för en öppen – holistisk vård i ett pluralistiskt samhälle*. Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A. (2008). Etiska aspekter på kvalitetssäkring. I G. Uddén (Red.), *Kvalitetssäkring i omvårdnad – olika perspektiv*. (s. 95-112). Lund: Studentlitteratur.
- Barbosa da Silva, A. (2009). Förhållandet mellan princip- och regelbaserad etik och dygdetik. I. H. Nunstedt, I. Berggren & A. Barbosa da Silva. (Red.). *Omvårdnadshandledning: ur etisk och tvärdisciplinärt perspektiv*. (s. 45-76). Lund: Studentlitteratur.
- Barnum, B.S. (1998). *Nursing Theory: Analysis-Application-Evaluation* (5rd ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Beagley, A. M. (2010). On being a good nurse: Reflections on the past and preparing for the future. *International Journal of Nursing Practice*, 16, 525-532. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01878.x
- Beauchamp, T. L., & Childress J F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. (7rd ed). Oxford: Oxford University Press.

- Benner, P. (1984). *From novice to Expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Canada: Addison-Wesley.
- Benner, P., & Tanner, C. (1987). Clinical judgment: how expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87(1), 23-31.
- Berg, L. (2007). *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård* (Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa).
- Bergbom, I. (2007). Klinisk vårdvetenskap – hermeneutiska observationer. I K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen & L. Lindholm (Red.), *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik* (s. 61-72). Enheten för vårdvetenskap. Vasa: Åbo Akademi.
- Bergbom, I. (2013). Konsensusbegrepp som epistemologiska begrepp. I G. Wiklund & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 47-63). Lund: Studentlitteratur.
- Berggren, I. (2005). *Ethics in clinical supervision. An analysis of fundamental ethical issues of the influence of clinical nursing supervision, with special reference to ethical decision making* (Doctoral dissertation, University of Oslo, Faculty of medicine).
- Berggren, I. (2009). Etiska kärnbegrepp i omvårdnadshandledning. I A. Barbosa da Silva, I. Berggren & H. Nunstedt (Red.), *Omvårdnadshandledning – ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv* (s. 193-209). Lund: Studentlitteratur.
- Bing-Jonsson P. C., Hofoss, D., Kirkevold, M., Bjørk I. T., & Foss, C. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15, 1-11. doi 10.1186/s12912-016-0124-z
- Bishop, A., & Scudder, J. (1990). *Nursing ethics: holistic caring practice*. National League for Nursing. (2rd ed.). Canada: Jones and Bartlett Publishers.
- Björklund, P. (2006). Taking responsibility: Toward an Understanding of Morality in Practice: A Critical Review of the Empirical and Selected Philosophical Literature on the Social Organization of Responsibility. *Advances in Nursing Science*, 29(2), 56–73.
- Blustein, J. (1991). *Care and Commitment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bondas T.E. (2003) Caritative leadership. Ministering to the patients. *Nursing Administration Quality*, 27(3), 249-253.i
- Bostick, J.E., Rantz, M.J., Flesner, MK., & Riggs C.J. (2006). Systematic review of studies of staffing and quality in nursing homes. *Journal American Medical Directors Association*, 7, 366–376. doi: 10.1016/j.jam da. 2006.01.024.
- Brasaite, I., Kaunonen, M., & Suominen, T. (2015) Healthcare professionals' knowledge, attitudes and skills regarding patient safety: a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 30–50. doi: 10.1111/scs.12136

- Brylde, B. (2009). *Lyckofroskning och etisk reflektion*. I A. Barboda da Silva, I. Berggren, & H. Nunstedt (Red.) *Omvårdnadshandledning – ur etisk och tvärdisciplinärt perspektiv* (s. 145-160). Lund: Studentlitteratur.
- Brännström, M., Brulina, C., Norberg, A., Boman, K., & Strandberg, G. (2005). Being a palliative nurse for persons with severe congestive heart failure in advanced homecare. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 314-323. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.04.007
- Buber, M. (1994). *Jag och Du*. (M. & C. Norell, övers.). Ludvika: Dualis Förlag AB. (Originalarbete publicerat år 1923)
- Buber, M. (2011). *Det mellanmännsliga*. Ludvika: Dualis Förlag AB.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466
- Burnard, P. (1988). Empathy: the key to understanding. *Professional Nurse*, 3, 388-391.
- Büscher, A., Astedt-Kurki, P., Paavilainen, E., & Schnepf, W. (2011). Negotiations about helpfulness – the relationship between formal and informal care in home care arrangements. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 706-715. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00881.x.
- Böttern, E.P., & Lindström, U.Å. (1999). *Kärlekens väsen i Sören Kierkegaards ljus. En hermeneutisk studie ur ett vårdvetenskapligt perspektiv* (Rapport 2). Vasa: Åbo Akademi, Institutionen för vårdvetenskap.
- Campbell, A. (1984). *Moderated Love: a Theology of Professional Care*. London: Society for the Promotion of Christian Knowledge.
- Carlander, I. (2011). *Me-ness and we-ness in a modified everyday life close to death at home* (Doktorsavhandling, Stockholm Universitet, Karolinska Institutet).
- Carlson, E., Rämgård, M., Bolmsjö, I., & Bengtsson, M. (2014). Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A focus group study. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 761–767. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.10.002.
- Catlett, S., & Lovan, S.R. (2011). Being a good nurse and doing the right thing: a replication study. *Nursing Ethics*, 18, 54–63. doi: 10.1177/0969733010386162
- Cavanagh, S. (1997). Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse researcher*, 4, 5-16
- Chang, P.F., Chao, Y.M., & Hu, Y. (2008). Good nursing: perspectives of patients and family. *Journal of Nursing*, 55(1), 33–42.
- Chen, S.Y., & Hsu, H.C. (2015). Nurses' reflections on good nurse traits: Implications for improving care quality. *Nursing Ethics*, 22(7), 790–802. doi: 10.1177/0969733014547973
- Chen, S.Y., Chou, H.C., Tsai H.Y., et al. (2010). The perspectives of good nurse traits of patients with chronic diseases. *Cheng Ching Medical Journal*, 8(1), 32–40.

- Chipman, Y. (1991). Caring: its meaning and place in the practice of nursing. *Journal of Nursing Education*, 30(4), 171-175.
- Clarke, J.B., & Wheeler, S.J. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17(11), 1283-1290.
- Cloninger, C.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry*, 50(12), 975-990.
- Comte-Sponville, A. (1998). *Liten avhandling om stora dygder*. (J. Stolpe, övers.). Stockholm: Norstedts Förlag.
- Corbin, J. (2008). Is caring a lost art in nursing? *International Journal of Nursing Studies*, 45, 163-165. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu>.
- Covey, S. R. & Collins, J. (1989). *7 Habits of Highly Effective People. Powerful Lessons in Personal Change*. Great Britain: Simon Schuster.
- Covey, S. R. (2004). *The 8th habit: From effectiveness to greatness*. New York: Free Press. Chicago.
- Cronqvist, A., Theorell, T., Burns, T., & Lütznén, K. (2004). Caring about-caring for: Moral obligations and work responsibilities in intensive care nursing. *Nursing Ethics*, 11(1), 64-76. doi: 10.1191/0969733004ne667oa
- Cöster, H. (1981). *Berättelsen befriar: teologisk hermeneutik*. Karlstad: Högskolan i Karlstad.
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Danielsson, E. (2013). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod*. (s. 329-343). Polen: Studentlitteratur.
- De Araujo Sartorio, N., & Pavone Zoboli, E.L.C. (2010). Images of a "good nurse" presented by teaching staff. *Nursing Ethics*, 17, 678-694. doi: 10.1177/0969733010378930
- Dellve, L., Wramsten M., Wilmar, C., Jacobsson, G., & Ahlberg jr, (2014). *Ledarskap i vården: Att möta media och undvika personfokuserade drev* (Rapport nr. 2014:28), Högskolan i Borås.
- Dennis, R. (2002). Nonverbal Narratives: Listening to People with Severe Intellectual Disability. *Research & Practice for Persons with Severe Disabilities*, 27(4), 239-249.
- Donley, Sr.D. (1991). Nursing's mission. Spiritual dimensions of health care. *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 7, 207-217.
- Dosi, G., Nelson R R., & Winter, S.G. (2000). Introduction: The Nature and Dynamics of Organizational Capabilities. In G. Dosi, R. R. Nelson & S. G. Winter (Ed.), *The Nature and Dynamics of Organisational Capabilities* (pp. 1-22). Oxford: Oxford University Press.
- Dowling, B. (2004). Conceptualising successful partnerships. *Health & Social Care in the Community*, 12, 309-317. doi: 10.1111/j.1365 2524.2004.00500

- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, Applications and issues. *Health Care for Women International*, 13, 313-321.
- Duhigg, C., (2014). *Vanans makt. Varför vi gör som vi gör och hur vi kan ändra på det.* (H. Hansson övers.). Stockholm: Natur & Kultur.
- Edlund, M. (2002). *Människans värdighet: Ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Edlund, M. (2003). Värdighet i ett kliniskt perspektiv. I K. Eriksson, & U.Å Lindström, (Red.) *Gryning II. Klinisk Vårdvetenskap* (s. 123-132). Vasa: Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi.
- Edlund, M., Lindwall, L., von Post, I., & Lindström, U.Å. (2013). Concept determination of human dignity. *Nursing Ethics*, 20(8), 849 – 858. doi: 10.1177/0969733013487193
- Edlund, M. & Lindwall, L. (2017). Värdighet. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom, *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 363-374). Pozkal: Studentlitteratur AB.
- Ekebergh, M. (2015). Vårdande möten. I M. Arman, K. Dahlberg & M. Ekebergh (Red.). *Teoretiska grunder för vårdande* (s. 122-128). Stockholm: Liber.
- Eklund, A. J. (2013). *Sjuksköterskor som patienters företrädare - Med huvudsakligt fokus på företräderskap för äldre patienter i kommunal hälso- och sjukvård* (Doktorsavhandling, Karlstads universitet, Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap).
- Eley, D., & Eley, R. (2011). Personality traits of Australian nurses and doctors: challenging stereotypes? *International Journal Nursing Practice*, 17, 380–387. doi:10.1111/j.1440-172X.2011.01952.x
- Eley, D., Eley, R., Bertello, M., & Rogers-Clark, C. (2012). Why did I become a nurse? Personality traits and reasons for entering nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 68(7), 1546–1555. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05955.x
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62, 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x.
- Engström, L. (2012). *När kliniken flyttar hem: Sjuksköterskans institutionella praktik inom specialiserad palliativ hemsjukvård* (Doktorsavhandling, Uppsala Universitet, Disciplinary Domain of Humanities and Social Sciences). Från uu.diva-portal.org/smash /get /diva 2:4 8 0 408/
- Eraut, M. (1994). *Developing Professional Knowledge and Competence*. London: Falmer Press.
- Erichsen, E., Hadd Danielsson, E., & Friedrichsen, M. (2010). A phenomenological study of nurse understanding of honesty in palliative care. *Nursing Ethics*, 17(1), 39-50. doi: 10.1177/0969733009350952
- Eriksson, K. (1985). *Vårddidaktik*. Stockholm: Almqvist & Wiksells.
- Eriksson, K. (1986). *Vårdteknologi*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- Eriksson, K. (1987). *Vårdandets idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1988). *Vårdprocessen*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1990). *Hälsans idé*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Eriksson, K. (1991). Vårdteologins framväxt. I K. Eriksson, & A. Barbosa da Silva (Red.). *Vårdteologi* (s. 1-25). (Institutionen för vårdvetenskap, nr 3). Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K., & Herberts, S. (1991). Tron i hälsans tjänst, I K. Eriksson & A. Barbosa da Silva (Reds.), *Vårdteologi*. (s. 222-258). (Institutionen för vårdvetenskap, nr 3). Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1992). *Broar. Introduktion i Vårdvetenskaplig metod*. Institutionen för Vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1993). *Pro Caritate. En lägesbestämning av caritativ vård*. (Institutionen för vårdvetenskap, Rapport 2). Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1995). Mot en caritativ vårdetik. I K. Eriksson (Red.), *Mot en caritativ vårdetik* (s. 9-39). (Institutionen för vårdvetenskap, Rapport 5). Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K., Nordman, T., & Myllymäki, I. (1999). *Den trojanska hästen. Evidensbaserat vårdande och vårdarbete ur et vårdvetenskapligt perspektiv*. (Rapport 1). Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Helsingfors universitetscentralsjukhus, Helsingfors och Vasa sjukvårdsdistrikt skn. Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (1999). En vetenskapsteori för vårdvetenskapen. *Hoitotiede* 11(6), 358–364.
- Eriksson, K., & Lindström, U. Å. (2000). Siktet, Sökandet, Slutandet – om den vårdvetenskapliga kunskapen. I K. Eriksson & U.Å., Lindström, (Red.), *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi* (s. 5–18). Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (2001). *Vårdvetenskapen som akademisk disciplin* (Institutionen för vårdvetenskap, nr 7). Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2003). Klinisk Vårdvetenskap. I K. Eriksson & U.Å. Lindström (Red.), *Gryning II. Klinisk Vårdvetenskap* (s. 3-20). Institutionen för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (2003). Ethos. I K. Eriksson & U.Å. Lindström (Red.), *Gryning II. Klinisk Vårdvetenskap* (s. 21-33). Institutionen för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (2004). Vårdvetenskap och teologi. I J.V Hugaas., J.K Hummelvoll & H.M. Solli (Ed.), *Helse og helhet. Etiske och tværfaglige perspektiver på helsefaglig teori og praksis* (pp. 60-71). Oslo: Unipub forlag.

- Eriksson, K. (2006). *The Suffering Human Being*. Chicago: Nordic Studies Press.
- Eriksson, K. (2007) Becoming through suffering – the path to health and holiness. *International Journal of Human Caring*, 11(2), 8-16.
- Eriksson, K., & Lindström, U.Å. (2007). Vårdvetenskapens vetenskapsteori på hermeneutisk grund - några grunddrag. I K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen & L. Lindholm (Red.), *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik* (s. 5-20). Enheten för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.
- Eriksson, K. (2009) Förord. I A. Barbosa da Silva., I. Berggren & H. Nunstedt (Red.), *Omvårdnadshandledning – ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv* (s. 13-14). Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson K. (2010a). Concept determination as part of the development of knowledge in caring science. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 2-11. doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00809
- Eriksson K. (2010b). Evidence: To see or not to see. *Nursing Science Quarterly*, 23(4), 275-279. doi:10.1177/0894318410380271
- Eriksson, K. (2013a). Jag var där, jag såg, jag vittnade och jag blev ansvarig - den vårdande etikens mantra. I H. Alvsvåg, Å. Bergland & O. Førland (Red.), *Nødvendige omveier - en vitenskapelig antologi till Kari Martinsens 70-årsdag* (s. 69-86). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Eriksson, K. (2013b). Att identifiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskapen som disciplin. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 31-46). Estonia: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2015). *Vårdandets idé*. (2. uppl.). Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. & Bergbom, I. (2017). Begrepp och begreppsbildning inom vårdvetenskap som disciplin. I L. Wiklund Gustin, & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 31-46). Estonia: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (2018). *Vårdvetenskap. Vetenskapen om vårdandet. Om det tidlösa i tiden. Samlingsverk av Katie Eriksson*. Stockholm: Liber.
- Etiska riktlinjer for omvårdnadsforskning i Norden. (2003). Sykepleiernes samarbeid i Norden. Hämtad 20014.01.08 Från http://www2.dsr.dk/dsr/upload/3/0/813/SSN_etiske_retningslinjer.pdf
- Fagerström, L. (1999): *The Patient's Caring Needs. To Understand and to Measure the Unmeasurable* (Doctoral Dissertation, Åbo Akademi University Press, Department of Caring in Vasa).
- Fagerström, L. (2000). Det goda vårdandets grundplan som en syntes. I K. Eriksson, & U. Å. Lindström (Red.) *Gryning. En vårdvetenskaplig antologi* (s. 115–137). Institutionen för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.

- Fleiga, L., Lippke, S., Pompa, S., & Schwarzer, R. (2011). Intervention effects of exercise self-regulation on physical exercise and eating fruits and vegetables: A longitudinal study in orthopedic and cardiac rehabilitation. *Preventive Medicine, 53*(3), 182–187.
- Ford, M. (1981). *Nurse professionals and the caring process* (Doctoral Dissertation, University of North Colorado, Dissertation Abstracts International 42). Från [https:// books.google.se/ books?id](https://books.google.se/books?id)
- Forrest, D. (1989). The experience of caring. *Journal of advanced Nursing, 14*, 815-823.
- Forskningsetiska delegationen, (2002). *God vetenskaplig praxis och handläggning av avvikelser från den.* (2. uppl.). Åbo akademi. Från www.tenk.fi/sv/anvisningar-och-publikationer
- Forskningsetiska delegationen, (2009). *Etiska principer för humanistisk, samhällsvetenskaplig och beteendevetenskaplig forskning och förslag om ordnande av etikprövning.* Från www.tenk.fi/sv/anvisningar-och-publikationer
- Foss, Berit (2012). *Ledelse. En bevegelse i ansvar og kjaerlighet* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).
- Fowler, M. (1997). Nursing's ethics. In A. Davis, M. Aroskar, J. Liaschenko & T. Droutht (Ed.), *Ethical Dilemmas and nursing practice*, (4th ed.). Stamford: Appleton and Lange.
- Frankena, W.K. (1973). *Ethics.* (2nd ed.). New Jersey, Prentice-hall: INC. Englewood Cliffs.
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen). Från www.doria.fi/bitstream/handle/10024/43659/FredrikssonLennart
- Fredriksson, L. (2017). Vårdande kommunikation. I G. Wiklund & I. Bergbom (Red), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik.* (s. 415 - 425). Lund: Studentlitteratur.
- Frilund, M., Eriksson, K., & Fagerström, L. (2013). The caregivers' possibilities of providing ethically good care for older people – a study on caregivers' ethical approach. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 28*, 245–254. doi: 10.1111/scs.12047.
- Frilund, M. (2013). *En vårdvetenskaplig syntes mellan vårdandets ethos och vårdintensitet* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).
- Fromm, E. (1988). *Kärlekens konst.* (6th ed.). (A. Asker, övers.). Stockholm: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1956)
- Fry, S.T & Johnstone, M-J. (2002). *Ethics in Nursing Practice. A Guide to Ethical Decision Making.* (2nd ed.). Oxford: Blackwell Publishing.
- Føllesdal, D., Walløe, L., & Elster, J. (2004). *Argumentationsteori, språk och vetenskapsfilosofi.* (2nd ed.). Stockholm: Bokförlaget Thales.

- Gadamer, H-G. (2004). *Truth and Method* (2nd ed.), (J. Weinsheimer, & D.G. Marshall, övers.). London: Bloomsbury Academic. (Originalarbete publicerat 1989)
- Garside, J.R. & Nhemachena, J.Z. (2012). A concept analysis of competence and its transition in nursing. *Nurse Education Today*, 33(5), 541-545. doi: 10.1016/j.nedt.2011.12.007.
- Gastmans, C. (1999). Care as a moral attitude in nursing. *Nursing Ethics*, 6(3), 214-223. doi: <https://doi.org/10.1177/096973309900600304>
- Gaut, D.A. (1986). Evaluating caring competencies in nursing practice. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2), 79-83.
- Gerrity, P. (1987). Perception in nursing. *Holistic Nursing Practice*, 1(3), 63-71.
- Glasberg, A-L., Eriksson S., & Norberg, A. (2007). Burnout and 'stress of conscience' among healthcare personnel. *Journal of Advanced Nursing*, 57(4), 392-403 doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04111.x
- Goleman, D. (2002). *Känslans intelligens. Om att utveckla vår emotionella kapacitet för ett tryggare och mänskligare samhälle.* (H. du Rietz, övers.). Stockholm: Wahlström & Widstrand. (Originalarbete publicerat 2000).
- 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.
- Graybiel, A.M. (1990). Neurotransmitters and Neuromodulators in the Basal Ganglia. *Trends in Neurosciences*, 13, 244-254.
- Gremmen, I. (1999). Visiting nurses' situated ethics: beyond 'care versus justice'. *Nursing Ethics*, 6(6), 515-527. doi: 10.1177/096973309900600607
- Grenholm, C.H., & Bexell G. (1997). *Teologisk etik. En introduktion.* Stockholm: Verbum.
- Griffiths, P. (2008). The art of losing? A response to the question "is caring a lost art?" *International Journal of Nursing Studies*, 45, 329-332.
- Griffiths, J., Speed, S., Horne, M., & Keeley, P. (2012). A caring professional attitude': what service users and carers seek from graduate nurses and the challenge for educators. *Nurse Education Today*, 32, 121-127. doi: 10.1016/j.nedt.2011.06.005
- Habermas, J. (1971) *Toward a Rational Society - Student Protest, Science, and Politics.* London: Beacon Press.
- Halldórsdóttir, S. (2001). Theory development in nursing science in scandinavia from an ethical point of view. I E. Hamrin, M. Lorensen, & G. Östlinder (Red.), *Teoriutveckling inom sykepleievitenskap/Omårdnadsvetenskap/Vårdvetenskap i Norden* (s. 35-42). Stockholm, Vårdalstiftelsen.

- Hamington, M. (2004). *Embodied Care. Jane Addams, Maurice Merleau-Ponty, and Feminist Ethics*. England: University of Illinois Press.
- Hamric, A.B., Borchers, C.T., & Epstein, E. G., (2012). Development and Testing of an Instrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. *AJOB Primary Research*, 3, 1-9. doi: 10.1080/21507716.2011.652337
- Heaton, J. (2004). *Reworking Qualitative Data*. London: Sage Publications.
- Hedenius, I. (1982). *Om människovärde. Essayer*. Stockholm: Bonnier.
- Heijkenskjöld, K.B, Ekstedt, M., & Lindwall, L. (2010) The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 17(3), 313-24. doi: 10.1177/0969733010361444
- Helin, K. (2011). *Den vårdande och helande bilden: möten med bildkonst i vårdandets värld*. (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).
- Helsingforsdeklarationen (2013). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human subjects. Hämtad 2015-12-20 från <https://www.slf.se/Lon--arbetsliv/.../Etik/.../Helsingforsdeklarationen>
- Hemberg, J. (2015). *Livets källa kärleken – hälsans urkraft*. (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).
- Hemberg, J. (2017). Finding Keys for Alleviating Human Suffering. *International Journal of Caring Sciences*, 10(1), 47-53. Retrieved from www.internationaljournalofcaringsciences.org
- Henriksen, E. (2002). *Understanding in Healthcare Organisations - a Prerequisite for Development*. (Doktorsavhandling, Uppsala University, Faculty of Medicine). Från <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:162210/FULLTEXT01.pdf>
- Hilli, Y. (2007). *Hemmet som ethos. En idéhistorisk studie av hur hemmet som ethos blev evident i hälsosystemens vårdande under 1900-talets första hälft* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Hilli, Y. (2017). Hemmet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 257 – 268). Lund: Studentlitteratur.
- Honkavuo, L. (2014). *Serva ad ministrare. Tjänandets ethos i vårdledarskap* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Hume, D. (1996). Morality and Sentiment. I TC. Denise et al. (eds): *Great Traditions in Ethics*. London: Wadsworth Publishing Company. Hämtad 2013.03.06 från https://is.muni.cz/el/.../etika_-_materialy_k_praci_-_Hume.pdf

Hvarfner, G. (1988). *Dygd i dag? Erik H Erikssons teori om att mogna som människa* (Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Teologiska fakulteten, Humanistisk-samhällsvetenskapliga vetenskapsområdet).

Hägerström A. (1952). *Moralpsykologi*. Stockholm: Natur och Kultur.

Hällgren Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.

Härnqvist, K. (1978). *Om krav på doktorsavhandlingar*. Några handledares synpunkter sammanställda av Kjell Härnqvist. (Rapport från pedagogiska institutionen, Nr. 170) Göteborg: Göteborgs universitet, Pedagogiska institutionen.

Høy, B., Heggstad, A.K., Lohne, V., Sæteren, B., Lillestø, B., Slettebø, Å., Caspari, S., Aasgaard, Y., Rehnsfeldt, A., Lindwall, L., Råholm, M.B., & Nåden, D. (2016). Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 91–98. doi: [http:// dx.doi.org /10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011](http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011)

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2017). Hämtad 2017.04.19, från [https://www. Swenurse.se/ globalassets/01.. ./sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01.../sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf)

Jakobsen, R., & Sörlie, V. (2010). Dignity of older people in a nursing home: Narratives of care providers. *Nursing Ethics*, 17(3), 289–300.

John Paul II, P. (1993). *Veritatis splendor*. Hämtad 2017.03.04, från [http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_06081993_ veri tatis-splendor_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_06081993_veritatis-splendor_en.html)

Jonassen, K.R., & Barbosa da Silva, A. (2015). *Integritetens, verdighetens og autonomiens plass i helse- og omsorgstjenestene – En etisk analyse*. Norge: Alpha-Beta-Sigma.

Karlsson, C., & Berggren, I. (2011). Dignified end-of-life care in the patient's own home. *Nursing Ethics*, 18(3), 374-385. doi: 10.1177/0969733011398100

Karlsson, I., Ekman, S.L., & Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home-some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 265–273. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00616

Karlsson, M., von Post, I., & Bergbom, I. (2010). Being Cared For and Not Being Cared For – A Hermeneutical Interpretation of An Autobiography. *International Journal for Human Caring*, 14(1), 58-65. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00616.x

Karlsson, M., Nyström, L., & Bergbom, I. (2012). To Care for the Patient: a Theory Based Clinical Application Research. *International Journal of Caring Sciences*, 5(2), 129-136.

Karlsson, M. (2016). *Vidrörd av livet i dödens närhet. Att vårda som människa och vårdare i vårdandets gemenskap* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Enheten för vårdvetenskap, Institutionen för Vårdvetenskap).

Karlsson, V. (2012). *Att vårdas vaken med respirator - Patienters och närståendes upplevelser från en intensivvårdsavdelning*. (Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Sahlgrenska Akademin Institutionen för vårdvetenskap och hälsa)

Karoly, P. (1993). Mechanism of Self-Regulation: A Systems View. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.

Karterud, D. (2006). *Den etiske akten: den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art* (Doktorsavhandling. Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).

Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen* (Doktorsavhandling. Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T., & Eriksson, K. (2008). Då patienten lider av vården – vårdares gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*. 28(2), 4-8.

Kierkegaard, S. (2011). *Kärlekens gärningar*. (S. Borg, övers.). Riga: Nimrod forlag. (Originalarbete publicerat 1986).

Kihlgren, A., Blomberg, K., & James, I. (2014) A Reciprocal Relationship—An Opportunity and a Solution for a Meaningful Daily Life in Home Care—The Older Person's Perspective. *Clinical Nursing Studies*, 3(1), 71-81.

Kihlgren, A. (2015). A Meaningful Life for Older Persons Receiving Municipal Care. *Open Journal of Nursing*, 5, 1033-1041. doi: 10.4236/ojn.2015.511110

Koinberg, I. (2004). *Traditional or individualised follow-up in women after breast cancer surgery*. (Doktorsavhandling, Linköpings universitet, Hälsouniversitetet, Institutionen för medicin och vård).

Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen
Distriktssköterska (2008). Hämtad 2012.07.06, från Kompetensbeskrivning_for_distriktsskoterskor.pdfwww.distriktsskoterska.se,www.swenurse.se

Koskinen, C. (2011). *Lyssnande. En vårdvetenskaplig betraktelse* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Enheten för vårdvetenskap, Institutionen för Vårdvetenskap).

Koskinen, C.A.-L., & Lindström, U.A. (2015). An envisioning about the caring in listening. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(3), 548–554. doi: 10.1111/scs.12149

Koskinen, C., Aho, S., & Nyholm, L. (2016). Life with an unwelcome guest – caring in a context of protracted bodily pain. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 774–781. doi: 10.1111/scs.12304

- Koskinen, C. & Nyström, L. (2017). Hermeneutic application research - finding a common understanding and consensus on care and caring. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31 (1), 175-182. doi: 10.1111/scs.12306
- Koslander, T. & Barbosa da Silva, A. (2009). Andliga behov i vården – deras förutsättningar och betydelse för patienten. I A. Barbosa da Silva, I. Berggren & H. Nunstedt (Red.), *Omvårdnadshandledning – ur etiskt och tvärdisciplinärt perspektiv* (ss. 117-144). Lund: Studentlitteratur.
- Krueger, R., & Casey, M. (2009). *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. (4th ed.). Sage: Thousands Oaks.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis An Introduction to Its Methodology*. (2nd ed.). University of Pennsylvania: The Annenberg School for Communication.
- Krippendorff, K. (2013). *Content Analysis An Introduction to Its Methodology*. (3rd ed.). University of Pennsylvania: The Annenberg School for Communication.
- Kvale, S., & Brinkman, S. (2013). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Laabs, C.A. (2007). Primary Care Nurse Practitioners' Integrity When Faced With Moral Conflict. *Nursing Ethics*, 14, 795–809.
- Lally, P., & Gardner B. (2013). Promoting habit formation. *Health Psychology Review*, 7, 137-158. doi: 10.1080/17437199.2011.603640
- Larson, P.J. (1984). Perceptions of important nurse caring behaviors. *Proceedings of the 9th Congress of the Oncology Nursing Society*, 11(2), 90-95.
- Larson, P.J. (1986). Cancer nurse's perceptions of caring. *Cancer Nursing*, 9, 86-91.
- Larson, P.J. (1987). Comparison of cancer patient's and professional nurse's perceptions of important nurse caring behaviors. *Heart and Lung*, 16(2), 187-193.
- Larsson, S. (2005). *On quality of qualitative studies*. Vol. 25. (p. 16-35). Oslo: Nordisk Pedagogik.
- Larsson, T., Ljungquist, M., & Renck, B. (1999). *Innehållet i och alternativ till den kommunala hemtjänsten i fem kommuner* (Länsstyrelsens, rapport 1999:15). Karlstad: Länsstyrelsen Värmland.
- Leininger, M. (1981). The phenomenon of caring: importance, research questions and theoretical considerations. In M. Leininger & B. C. Slack (Eds.), *Caring: an Essential Human Need* (pp. 2-16). Thorofare: NJ.
- Leininger, M. (1988). *Caring: an Essential Human Need*. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger, M. (1991). The theory of culture care diversity and universality. In *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*, In M. Leininger, (Ed.). New York: National League for Nursing.

- Lejonqvist, G-B., Eriksson, K., & Meretoja, R. (2012). Evidence of clinical competence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 340–348. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00939.x
- Lévinas, E. (1993). *Etik och oändlighet - Samtal med Philippe Nemo*. (2 uppl.). Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion. (Originalarbete publicerat 1982)
- Levy-Malmberg, R., Eriksson, K., & Lindholm, L. (2008). Caritas – caring as an ethical conduct. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22, 662-667. doi: 10.1111/J.1471-6712. 2007.0 0578.x
- Lindh, I-B., Severinsson, E., & Berg, A. (2007). Moral Responsibility: A Relational Way of Being. *Nursing Ethics*, 14(2), 129–140.
- Lindh, Barbosa da Silva, A., & Severinsson, E. (2010). Courage and nursing practice: a theoretical analysis. *Nursing Ethics*. 17, 551-565. doi: 10. 11 77/0969733010369475.
- Lindholm, L., & Eriksson, K. (1993). To understand and alleviate suffering in a caring culture. *Journal of Advanced Nursing*, 18(9), 1354–1361.
- Lindström, U.Å. (1987). *Psykiatrisk vårdlära - en utveckling av den psykiatriska vårdlärans substans* (Licentiatavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för vårdvetenskap).
- Lindström, U.Å., Lindholm, L., & Zetterlund, J.E., (2014). Katie Eriksson. Theory of Caritative Caring. In M.R. Alligod, & A.M. Tomey (Eds.), *Nursing Theorists and Their Work*. (8th ed. pp. 191-223). Missouri, USA: Mosby Elsevier.
- Lindström, U.Å. (2014). Vårdvetenskap och hermeneutik i praxis. I E. Lassenius & E. Severinsson (Red.), *Hermeneutik i vårdpraxis. Det nära, det flyktiga, det dolda* (s. 33-41). Malmö: Gleerups.
- Lindwall, L., & von Post, I. (2008). Habits in a perioperative caring culture. *Nursing Ethics*, 15(5), 670-81. doi: 10.1177/0969733008092875
- Lindwall, L. (2004). *Kroppen som bärare av hälsa och lidande* (Doktorsavhandling. Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Lingiardi, V., & Grieco A. (1999). Hermeneutics and the philosophy of medicine: Hans-Georg Gadamer's Platonic metaphor. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20, 413-422.
- Ljungquist, M. (1997). *Distriktssköterskans värdeskapande egenskaper i hemsjukvården*. (Master of science in nursing. Avdelningen för omvårdnad, Linköpings Universitet, Hälsouniversitetet: Institutionen för medicin och vård).
- Ljungquist, M., & Barbosa da Silva, A. (2002). The Role of the District Nurse's Moral Virtues in Home Health Care: A Moral Philosophical Analysis and an Empirical Approach. *Ylihoitajalehti*, 30, 5-17.
- Ljungquist, M. (2010). Pleiepersonnellets verdiskapende egenskaper som en nødvendig betingelse for god pleie og omsorg. I A. Barbosa da Silva (Red.), J.V. Hugaas, M. Ljungquist & A. Norheim. *Etikk og menneskesyn I helsetjeneste og sosialt arbeid* (3th ed. pp. 202-227). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Lohne, V., Lindwall, L., Aasgaard, T., Caspari, S., Heggstad, AKT., Høy, B., Lillestø, B., Rehnsfeldt, A., Råholm, MB., Slettebø, Å., Sæteren, B., & Nåden, D. (2016). Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring. *Nursing Ethics*, 24(7), 778-788. doi: 10.1177/0969733015627297
- Lord, R. G., Diefendorff, J. M., Schmidt, A. M., & Hall, R. J. (2010) Self-Regulation at Work. *Annual Review of Psychology*, 61, 543-568. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100314.
- Lundman, B., & Graneheim, U.H. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso-och sjukvård* (s. 187-196). Lund: Studentlitteratur.
- Lützén, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., & Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10, 312-322. doi: 10.1191/0969733003ne608oa
- Lützén, K., & Ewalds-Kvist, B. (2013). Moral Distress and its Interconnection with Moral Sensitivity and Moral Resilience: Viewed from the Philosophy of Viktor E. Frankl. *Bioethical Inquiry*, 10, 317-324. doi: 10.1007/s11673-013-9469-0
- Løgstrup, K. (1992). *Det etiska kravet*. Göteborg: Bokförlaget Daidalos AB
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen (Dialogue, Professional Judgement and Evidence)*. Oslo: Akribe as.
- Martinsen, K. (2010). *Ojet og kaldet*. (2nd ed.). Köpenhamn: Munksgaard Danmark. (Originalarbete publicerat 2000)
- Martinsen, K & Eriksson, K. (2009). *Å se og innse. Om ulike former av evidens*. Oslo: Akribe.
- May, T. (2001). *Samhällsvetenskaplig forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- May, W. E. (2003). *An introduction to moral theology*. (2nd ed). Huntington, IL: Our Sunday Visitor.
- McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254–262.
- Melheim, A. (2014). *Bevegelsens lindring -lindringens bevegelse. Omsorgssamtale med barn* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).
- Metro-Roland, D. (2010), Hip Hop Hermeneutics and Multicultural Education: A Theory of Cross-Cultural Understanding. *Educational Studies: Journal of the American Educational Studies Association*, 46(6), 560-578.
- Mitchell L.A. (2015). Integrity and virtue: The forming of good character. *The Linacre Quarterly*, 82, 149–169. doi: 10.1179/2050854915Y.0000000001
- Morgan, D. (1997). *Focus Groups as Qualitative Research*. (2nd ed.). Newbury Park: Sage.
- Morse, J.M., Bottorff, J., Anderson, G., O'Brien, B., & Solberg, S. (1992). Beyond empathy: expanding expression of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 17(7), 809-821.

- Morse, J.M. (1996). The science of comforting. *Reflections*, 22(4), 6-8.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on Hospitals*. London: J. W. Parker and Son.
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing. What it is, and what it is not.* (2nd ed.). New York: Dover Publications, INC (Reprinted orig. vol. publ. 1859). Från <http://digital.library.upenn.edu/women/nightingale/nursing/nursing.html#III>
- Nordam, A., Torjuul, K., & Sorlie, V. (2005). Ethical challenges in the care of older people and risk of being burned out among male nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1248–1256. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01230.x
- Nortvedt, P. (1993). Emotions, Care and Particularity. *Vård i Norden = Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 13(1), 18-24.
- Nurminen, M. (2009). *Tid och det tidlösa i tiden: en framflytande vårdvetenskaplig teorigestaltning* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).
- Nygren, A. (1930). *Den kristna kärlekstanken genom tiderna. Eros och agape. Del 1-11*. Stockholm: AB Tryckmans.
- Nyström, A. E. M., & Segesten, K. M. (1995). Support of the Experience of Health in Lucid Elderly Nursing- Home Patients - Registered Nurses Perceptions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 9(3), 145-152. doi: 10.1111/j.1471-6712.1995.tb00405.x
- Nåden, D. (1998). *Når sykepleie er kunstutövelse. En undersökelse av noen nødvendige forutsetninger for sykepleie som kunst* (Doktorsavhandling, Acta Caritatis Academiae Abonsis, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för vårdvetenskap).
- Nåden, D. (2003). Tillegnelsen av klinisk vårdvitenskap og vårdandets kunst. I K. Eriksson & U.Å. Lindström (Red.), *Gryning II. Klinisk Vårdvetenskap*. (63-74). Institutionen för vårdvetenskap. Vasa: Åbo Akademi.
- Nåden, D., & Eriksson, K. (2004). Understanding the Importance of Values and Moral Attitudes in Nursing Care in Preserving Human Dignity. *Nursing Science Quarterly*, 17(1), 86–91.
- Näsman, Y., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2008). Caritativ vårdetik, vårdandets ethos uttryckt i vårdares tänkande och handlande. *Vård i Norden*, 28, 50-52.
- Näsman, Y. (2010). *Hjärtats vanor, tankens välvilja och handens gärning. Dygd som vårdetiskt grundbegrepp* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen)
- Näsman, Y. (2013). Dygd – ett vårdetiskt grundbegrepp. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 215-226). Estonia: Studentlitteratur.

O'Connel, E., & Landers, M. (2008). The importance of critical care nurse's caring behaviours as perceived by nurses and relatives. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 349-358. doi: 10.1016/j.iccn.2008.04.002

Pang, M.C.S., Yahiro, M., & Chan, H.Y.C. (2009). A contemporary nursing process: the (un)bearable weight of knowing in nursing. In R.C. Locsin & M.J. Purnell (Ed.), *Knowing the patient and being a good nurse* (pp. 445-462). New York: Springer.

Pang, M.C.S., Wong, T.K.S., & Yahario, M. (2012). Professional ethics: education for a humane society. In F. Su & B. McGettrick (Ed.), *The ethics of health care practice: being good and doing harm* (pp. 25-43). Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing.

Paterson, J.G., & Zderad, L.T. (1988). *Humanistic Nursing*. New York: National League for Nurses.

Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. *Journal of Clinical Nursing*, 8, 487-495. doi: 10.1046/j.1365-2702.1999.00269.x

Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1988). *For the patient's good. The Restoration of Beneficence in Health Care*. New York: Oxford University Press.

Pellegrino, E.D. (1995). Toward a Virtue-Based Normative Ethics for the Health Professions. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 5(3), 253-277.

Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1996). *The Christian Virtues in Medical Practice*. Washington, D.C.: Georgetown University Press.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2014). *Essentials of nursing research. Appraising Evidence for Nursing Practice*. (8th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

von Post, I. (1993). *Vårdarens upplevelser av värdighet och värdekonflikt i patientvården* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för vårdvetenskap).

von Post, I. (2003). Naturlig, den ursprungliga tilliten, det spontana, det äkta och det ädla i vårdandet. I Eriksson, K. & Lindström, U.Å. (Red.), *Gryning II. Klinisk Vårdvetenskap* (ss.147-160). Institutionen för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.

Prochaska, J.O., Norcross, J., & DiClemente, C. (1995). *Changing for Good: A Revolutionary Six-Stage Program for Overcoming Bad Habits and Moving Your Life Positively Forward*. New York: Harper Collins. Från <https://www.bokus.com/bok/9780062010384/changing-for-good>

Provis, C., & Stack, S. (2004). Caring Work, Personal Obligation, and Collective Responsibility. *Nursing Ethics*, 11, 5-14. doi: 10.1191/0969733004ne662oa

Pörn, I. (1992). Frihet och tolerans. *Finsk Tidskrift*, 6-7(3), 337-346.

Pörn, I. (2000). Vad är hälsa? I K. Klockars & B. Österman (Red.), *Begrepp om hälsa filosofiska och etiska perspektiv på livskvalitet, hälsa och vård*. Falköping: Elanders Gummesson.

- Randers, I., & Mattiasson, A-C. (1999). Den Aristoteliska Etiken: Förståelsegrund för den erfarna sjuksköterskans moraliskt goda handlande i vården och omsorgen om den gamla människan. *Vård i Norden*, 51(19), 18-23.
- Ranheim, A.E. (2011). *Expanding caring. Theory and Practice intertwined in municipal elderly care*. (Dissertation. Linköping University, Norrköping, Faculty of Health Sciences, Department of Social and Welfare Studies,).
- Ratzinger, J. C. (1984). Bishops, theologians, and morality. In Mc. Carthy & G. Donald (Ed.), *Moral theology today: Certitudes and doubts*. St. Louis, Missouri: The Pope John Center.
- Rawnsley, M.M. (1980). Toward a conceptual base for affective nursing. *Nursing Outlook*, 4, 244- 250.
- Rego, A., Godinho, L., McQueen, A., & Cunha, M. P. (2010). Emotional intelligence and caring behaviour in nursing. *The Service Industries Journal*, 30, 1419-1437. doi: 10.1080 /02 64 2 060802621486
- Rehnsfeldt, A., & Eriksson, K. (2004). The progression of suffering implies alleviated suffering. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 264-272. doi:10.1111/j.1471-6712.2004.00281.x
- Rehnsfeldt, A., Arman, M., & Lindström, U.A. (2016) Clinical caring science as a scientific discipline. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30, 518-525. doi: 10.1111/scs.12380
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as another* (B. Kathleen, Trans.). Chicago: University of Chicago Press. (Original work 1990) Från https://www.amazon.ca/Oneself-as-Another-Paul-Ricoeur/dp/0226713296#reader_0226713296
- Rittman, M., Paige, P., Rivera, J., Sutphin, L., & Godown, I. (1997). Phenomenological study of nurses caring for dying patients. *Cancer Nursing*, 202, 115-119
- Roach, S.S. (1984). *Caring. The human mode of being: implications for nursing. Monograph 1 – Perspectives in Caring Series*. Canada: University of Toronto.
- Roach, M. S. (1992). *The Human Act of Caring. A Blueprint for the Health Profession*. Ottawa: Canadian Hospital Association Press.
- Rosengren, M. (2006). *För en dödlig som ni vet är största faran säkerhet : doxologiska essäer*. Åstorp: Rhetor.
- Roxberg, Å. (2005). *Vårdande och icke-vårdande tröst* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Rudolfsson, G. (2007). *Den perioperativa dialogen—en gemensam värld* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Rundqvist, E. (2004). *Makt som fullmakt. Ett vårdvetenskapligt perspektiv* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Rykkje, L., Eriksson, K., & Råholm, M.-B. (2015). Love in connectedness: A theoretical study. *Sage Open*, 1-11. doi:10.1177/2158244015571186

- Rytterström, P. (2011). *Tradition och horisont - vårdkulturens betydelse för vårdens praxis* (Doktorsavhandling, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet, Avdelning för hälsa, aktivitet och vård, Institutionen för samhälls- och välfärdsstudier).
- Rytterström, P., Unosson, M., & Arman, M. (2012). Care Culture as a Meaning-Making Process: A Study of a Mistreatment Investigation. *Qualitative Health Research*, 23, 1179–1187. doi: 10.1177/1049732312470760
- Råholm, M-B., Lindholm, L., & Eriksson, K. (2002). Grasping the essence of the spiritual dimension reflected through the horizon of suffering: An interpretive research synthesis. *The Australian Journal of Holistic nursing*, 9(1), 4-12.
- Salmela S. (2012). *Leda för förändring genom relationer, processer och kultur* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).
- Salmela, S., Koskinen, C., & Eriksson, K. (2017) Nurse leaders as managers of ethically sustainable caring cultures. *Journal of Advanced Nursing*, 73, 871–882. doi: 10.1111/jan.13184
- Sandvik, A-H., Eriksson, K., & Hilli, Y. (2015) Understanding and becoming – the heart of the matter in nurse education. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 62–72. doi: 10.1111 /scs.12128
- Schmidt, A.T. (2017). Being Good by Doing Good: Goodness and the Evaluation of Persons. *Utilitas*, 29, 3-26. doi: <https://doi-org.ezproxy.server.hv.se/10.1017/S0953820816000157>
- Scott, P.A. (1995). Care, attention and imaginative identification in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1196-1200. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21061196.x
- Scott, P.A, (2007). Nursing, and the notion of virtue as a “regulative ideal”. In J.S. Durmmond & P. Standish (Eds.), *The Philosophy of Nurse Education*, (pp. 33-45). Basingstoke: Palgrave MacMillan.
- Scott, P.A. (2014). Lack of care in nursing: Is character the missing ingredient? *International Journal of Nursing Studies*, 51, 177-180. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.006>
- Sellman, D. (1997). The virtues in the moral education of nurses: Florence Nightingale revisited. *Nursing Ethics*, 4(1), 3-11. doi: 10.1177/096973309700400102
- Sellman, D. (2011). *What makes a good nurse*. Philadelphia: JKP.
- Silfverberg, G. (1996). *Att vara god eller att göra rätt. En studie i yrkesetik och praktik* Doktorsavhandling, Uppsala universitet, Nora: Nya Doxa.
- Sivonen, K., & Kasén, A. (2003). Enheten människa – kropp, själ, ande. I K. Eriksson. & U.Å. Lindström, (Red.), *Gryning II. Klinisk Vårdvetenskap* (s. 75-95). Institutionen för vårdvetenskap. Vasa: Åbo Akademi.
- Sjögren, R. (2013). Ansvar. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 349-360). Estonia: Studentlitteratur.

- Smith, A.D., & Bolam, J.P. (1990). The neural network of the basal ganglia as revealed by the study of synaptic connections of identified neurons. *Trends in Neurosciences*, 13, 259-265.
- Smith, K.V., & Godfrey, N. S. (2002). Being a good nurse and doing the right thing: a qualitative study. *Nursing Ethics*, 9, 301-312. doi: 10.1191/0969733002ne512oa
- Socialstyrelsen (2008). *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens Författningssamling, SOSFS 2011:12 www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-11-28/
- Socialstyrelsens Författningssamling, SOSFS 2012:3. Värdegrunden i socialtjänstens omsorg om äldre www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-2-20/
- Spilsbury, K., & Meyer, J. (2001). Defining the nursing contribution to patient outcome: lessons from a review of the literature examining nursing outcomes, skill mix and changing roles. *Journal of Clinical Nursing*, 10(1), 3-14.
- Spinoza, B. (1966). *Etikk – i utvalg*. (G. Flöistad, Trans.). Oslo: Pax förlag.
- SSF - Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från https://www.ssf.se/pages/4312200132/vardegrund_webb.pdf
- Starrin, B., & Svensson, P.G., (1994). *Kvalitativ analys, vetenskap och samhälle – en handbok*. Lund: Studentlitteratur.
- Statens medicinsketiska råd. (2008). *Etiska vägmarken 1. Etik - en introduktion*. (3e uppl.). Stockholm: Fritzes.
- Strömberg, A. (1994). *Synonymordboken*. Göteborg: Textgruppen i Uppsala AB.
- Suhonen, R., Stolt, M., Puro, M., & Leino-Kilpi, H (2011). Individuality in older peoples care – challenges for the development of nursing and nursing management. *Journal of Nursing Management*, 19, 883-896. doi: 10.1111/j.1365-2834.2011.01243.x
- Sundström, P. (1996). *Sjukvårdens etiska grunder*. Göteborg: Daidalos.
- Suominen, T., Kovasin, M., & Ketola, O. (1997). Nursing culture - some viewpoints. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 186-190.
- Swanson, K. (1991). Empirical development of a middle range theory of caring. *Nursing Research*, 40(3), 161-166.
- Svensk författningssamling SFS:2001:453, Socialtjänstlag (2001:453). Hämtad 2012. 03.02 från www.riksdagen.se/sv/dokument.../socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453. Departement/myndighet: Social departementet.

- Svensk Författningssamling (SFS) 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Hämtad 2011-05-12, från Riksdagens hemsida, http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattnings-samling/Halso--och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/
- Svensson, P.-G., & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Söderlund, M. (2004). *Som drabbad av en orkan : anhörigas tillvaro när en närstående drabbas av demens* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).
- Söderlund, M. (2007). *Hermeneutik som praxis i vårdvetenskap*. I Eriksson, K. Lindström, U.Å, Matilainen, D. & Lindholm, L. (Red.), *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik*, (s. 97-108). Enheten för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.
- Tangney, J.P., Baumeister, R.F., & Boone, A.L. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades, and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324.
- Thomas, T.A. (2015). Philosophical Taxonomy of Ethically Significant Moral Distress. *Journal of Medicine and Philosophy*, 40, 102–120. doi: 10.1093/jmp/jhu048
- Thorkildsen, K., Eriksson, K., & Råholm, M.-B. (2015). The core of love when caring for patients suffering from addiction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29, 353–360. doi: 10.1111/scs.12171
- Thorne, S. (2008). *Interpretive description*. Walnut Creek: Left Coast Press.
- Todres, L., Galvin, K.T., & Holloway, I. (2009). The Humanization of health care: A value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 4(2), 68-77. doi: org/10.1080/17482620802646204
- Towl, G. (1991). Scrutinising the power complex. *Nursing Standard*, 5(50), 45-46.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal Aspects of Nursing* (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis.
- Tschudin, V. (1992). *Ethics in Nursing. The caring relationship*. (2nd ed.). Oxford: Butterworth Heinemann.
- Tönnessen, S., Nortvedt, P., & Förde R. (2011) Rationing home-based nursing care: professional ethical implications. *Nursing Ethics*, 18, 386-396. doi: 10.1177/0969733011398099
- Törnebohm, H. (1982). *Vetenskapsteori för vårdforskning*. Göteborgs universitet: Institutionen för vetenskapsteori.
- Uddén, U. (2008) *Kvalitetssäkring i omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Wadensten, B., & Carlsson M. (2001). A qualitative study of nursing staff members interpretations of signs of gerotranscendence. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 635–642.
- Vaillot, M.C. (1962). *Commitment of Nursing: a Philosophic Investigation*. Philadelphia: Lippincott.

Wallinvirta, E. (2011). *Ansvar som klangbotten i vardandets meningssammanhang* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).

Wallinvirta, E. (2017). Ansvar och makt. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (s. 379-392). Lund: Studentlitteratur.

van Hooft, S. (1999). Acting from the virtue of caring in nursing. *Nursing Ethics*, 6, 189-201. doi: 10.1177/096973309900600302

Watson, J. (1988). Human caring as a moral context in nursing education. *Nursing & Health Care*, 9(8), 423-425.

Watson, J. (2003). Love and Caring Ethics of Face and Hand– An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 197–202.

Watson, J. (2012). Nursing: The philosophy and science of caring. In *Caring in nursing classics: An essential resource* (2nd ed., pp. 243-264). New York: Springer Publishing Co Inc.

Wibeck, V. (2012). *Fokusgrupper. Om fokuserade gruppinterojuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2015). Umbrella review of the evidence: what factors influence the caring relationship between a nurse and a patient? *Journal of advanced nursing*, 72, 723-734. doi: 10.1111/jan.12862.

Wikberg, A., & Eriksson, K (2008). Intercultural caring - an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(3), 485-496. doi: 10.1111/j.1471-6712.2007.00555.x

Wikberg, A. (2014). *En vårdvetenskaplig teori om interkulturellt vårdande – att föda barn i en annan kultur* (Doktorsavhandling, Enheten för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Socialvetenskapliga institutionen).

Wiklund, L. (2003). Lidandets kamp. I K. Eriksson & U.Å. Lindström, (Red). *Gryning II. Klinisk Vårdvetenskap* (ss. 133-145). Institutionen för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.

Wiklund, L. (2007). När begreppen tar gestalt – hermeneutisk tillägnelse genom språk och metaforer. I K. Eriksson, U.Å. Lindström, D. Matilainen, & L. Lindholm (Red.), *Gryning III. Vårdvetenskap och hermeneutik* (ss. 47-57). Enheten för vårdvetenskap, Vasa: Åbo Akademi.

Wiklund, L., Lindström, U.Å., & Lindholm, L. (2006). Suffering in addiction : a struggle with life. *Theoria Journal of Nursing Theory*, 15(2), 7-16.

Windahl, J., Kihlgren, A., Liedström, E. & James, I. (2014). To maintain older family members lifestyle and self-identity for a meaningful daily life in nursing homes and home care: The relatives' perspective. *Clinical Nursing Studies*, 2(4), 129-142.

Wolf, Z. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. *Advances in Nursing Science*, 8(2), 84-93.

Wojtyla, K. (1979). *The acting person* (P. Andrzej, Trans.). Dordrecht: D. Reidel Publishing Company. (Original work 1969)

von Wright, G. H. (1963). *The varieties of Goodness*. New York: Routledge & Kegan Paul.

von Wright, G.H. (1995). *Humanismen som livshållning*. Stockholm: Raben & Sjögren.

Wright, S. (2012). Tears of humanity: allowing someone to express their feelings and cry is a powerful act of caring. (Reflections). *Nursing Standard*, 27(14), 24-25.

Vårdanalys (2016). Vården ur befolkningens perspektiv 2016 - en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder. PM 2016:5. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Hämtad 2016.11.14 från <https://www.vardanalys.se/rapporter/varden-ur-befolkningens-perspektiv-2016/>.

Wärnå, C. (2002). *Dygd och hälsa* (Doktorsavhandling, Åbo Akademi, Vasa, Institutionen för Vårdvetenskap).

Ågren, Bolmsjö I., Sandman L., & Andersson E. (2006). Everyday ethics in the care of elderly people. *Nursing Ethics*, 13, 249-263.

Ödman, P.-J. (1979). *Tolkning, förståelse, vetande. Hermeneutik I teori och praktik*. Halmstad: AWE/Gebers.

Öresland, S, Määttä S., Norberg A., & Lytzen K. (2011). Home-based nursing: An endless journey. *Nursing Ethics*, 18(3), 408-417.

Öresland, S. (2011). *Nurses go visiting. Ethics and gender in home-based nursing care*. (Doktorsavhandling, Umeå universitet, Medicinska fakulteten, Institutionen för omvårdnad).

Östenstad, B.H. (2006). Grunnverdiar og grunnomgrep i debatten om bruk av tvang mot utviklingshemma og dementa. *Nordisk tidsskrift for Menneskerettigheter*, 24(4), 343-361.

Östman, L., Näsman, Y. Eriksson, K., & Nyström, L. (2017). Ethos The heart of ethics and health. *Nursing Ethics*. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733017695655> Hämtad från <https://doi.org/10.1177/SAGE-JOURNALS-UPDATE-POLICY>

Övriga Länkar

Uppslagsverk och ordböcker

Nationalencyklopedin

Agape. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 20 april, 2016, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/agape>.

Aréte. (u.å) I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 21 januari, 2017, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/arete>

Caritas. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 20 april, 2016, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/caritas>

Gärning. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 6 februari, 2012, från <http://www.ne.se>

Karaktärsdrag. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 6 februari, 2012, från <http://www.ne.se>

Ovana. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 6 februari, 2012, från <http://www.ne.se>

Patos. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 13 mars, 2017, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/patos>

Tes. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 2 mars, 2017, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/encyklopedi/lang/tes>

Tilläggnan. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 14 januari, 2015, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se>

Vana. (u.å). I *Nationalencyklopedin*. Hämtad 6 februari, 2012, från <http://www.ne.se>

Svenska akademins Ordbok (SAOB)

Akt. (u.å). I SAOB. Hämtad 12 januari, 2015, från http://www.saob.se/artikel/?unik=A_0787-0133.r9yG

Gärning. (u.å) I SAOB. Hämtad 12 januari, 2015, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/garning>

Handling. (u.å) I SAOB. Hämtad 12 januari, 2015, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/handling>

Hållning. (u.å). I SAOB. Hämtad 10 januari, 2016, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/hallning>

Karaktärsdrag. (u.å). I SAOB. Hämtad 12 januari, 2016, från [www.ne.se/uppslagsverk /ordbok /svensk/karaktarsdrag](http://www.ne.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/karaktarsdrag)

Ovana. (u.å) I SAOB. Hämtad 12 januari, 2015, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/ovana>

SAOB. (2012). Hämtad 4 mars, 2012, från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/show.phtml?filenr=1/91/226.html>

Svenska Akademiens Ordlista, SAOB (2016). http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista

Tilläggnan (u.å). I SAOB. Hämtad 19 november, 2016, från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>

Vana. (u.å). I SAOB. Hämtad 10 februari, 2015, från <http://www.ne.se.ezproxy.server.hv.se/uppslagsverk/ordbok/svensk/vana>

Övrigt

Act. (u.å). I *Wikipedia*. Hämtad 20 januari, 2015, från https://en.wikipedia.org/wiki/Act_

Akt. (u.å). I *Synonymer*. Hämtad 5 mars, 2011, från <http://www.synonymer.se/?query=akt&SOK=sök>

Hållning. (u.å). I *Synonymer*. Hämtad 5 mars, 2011, från <http://www.synonymer.se/?query=hållning&SOK=sök>

Karaktärsdrag. (u.å). I *Synonymer*. Hämtad 5 mars, 2011, från <http://www.synonymer.se/?query=karakt%E4rsdrag>

Ovana. (u.å). I *Synonymer*. Hämtad 13 januari, 2012, från <http://www.synonymer.se/?query=ovana>
www.swenurse.se (2009). Hämtad 2010.08.11.

Tillägnelse. (u.å). I *Synonymlexikon*. Hämtad 12 januari, 2015, från dblex.com/synonymlexikon/index.php?synonymer=tillagnelse

Tillägnan. (u.å). I *Synonymer*. Hämtad 12 januari, 2012, från www.synonymer.se/?query=tillagnan

Vana. (u.å). In *SVEENG*. Hämtad 5 mars, 2011, från <http://www.ord.se/oversattning/engelska/?s=vana&l=SVEENG>

Vana. (u.å). I *Synonymer*. Hämtad 13 januari, 2012, från <http://www.synonymer.se/?query=vana>

Vanor. (u.å). In *Psychiatry*. Hämtad 14 mars, 2016, från <http://psychiatry.ucsd.edu/faculty/lsquire.html>.

Vana. (u.å). I *Wiktionary*. Hämtad 5 mars, 2011, från <http://sv.wiktionary.org/wiki/vana>

Vana. (u.å). I *Sensagent*. Hämtad 5 mars, 2011, från <http://dictionary.sensagent.com/vana/sv-sv/>

Marie Ljungquist

Vårdande gärningar och vanor för en caritativ hållning i den vårdande akten

Människan har rätt till en god och säker vård inom hälso- och sjukvård och i allt vårdande finns den etiska dimensionen att göra gott. Den grundläggande etiken har en central plats i kunskapsutveckling om vad som är gott för människan.

Vårdarens gärningar har betydelse för vårdandet och visar sig i vårdarens hållning. I den caritativa vårdteorin och vårdetiken framstår den vårdande gärningen och goda vanor som medveten, lindrar lidande och främjar hälsa i en vårdande akt genom vårdarens caritativa hållning. Vårdarens inre och yttre hållning, karaktärsdrag och dygder förenade i moralisk integritet med förankring i caritas och förverkligat i ansvar, vilja och mod vilket är förutsättning för vårdande gärningar och goda vanor i tillägnelse i en vårdande akt. Vårdandets mål är att lindra lidande i en rörelse mot hälsa och (en delad) vårdgemenskap mellan patient och vårdare.

Alla former av vårdande gärningar och goda vanor kan ha ett samband med karaktärsdrag, dygder och vårdarens moraliska integritet och sammanflätas på så sätt att goda vanor i vården kan uppstå från en annan god vana eller leda till en ny god vana. Det goda som vårdaren *är* och *gör* blir ett – att vara – vilket konkretiseras i vårdande gärningar. Det som *visar sig* är det som faktiskt *görs* och därmed synliggörs det etiska i en *caritativ hållning*.