

## **Forskningsprojekt om betydelsefulla möten inom vården**

Forskargrupp akademien för hälsa, vård och välfärd Mälardalens högskola:

Christine Gustafsson

Lena-Karin Gustafsson

Ingrid Snellman

Förlagsredaktör och journalist:

Catherina Ronsten

## Det goda och betydelsefulla mötet

*Vad är det egentligen som gör att vissa möten blir extra betydelsefulla och vad är det i mötet som stannar kvar efter att vi gått vidare i livet? Vad kännetecknar bra möten inom hälso- och sjukvården och varför?*

### Bakgrund

Att bemöta människor inom hälso- och sjukvården på ett acceptabelt och trevligt sätt tillskrivs idag stor vikt. Ett gott bemötande kan ses som en förutsättning för god och professionell omvårdnad och har stor betydelse för resultatet av vård- och behandlingsinsatser. Detta oavsett vilken vårdform eller vilka personalkategorier som är involverade (Alexanderson, Brommels, Ekenvall, Karlsryd, Löfgren, Sundberg, et al., 2005; Croona, 2003). Ett gott bemötande är många gånger avgörande och eftersträvaransvärt för upplevelsen av god vård.

Trots denna kunskap så uppmärksammar både forskare och ansvariga inom sjukvården att det finns en obalans mellan det patienterna förväntar sig av vårdarnas omvårdnad och vårdarnas förmåga att på ett tillfredsställande sätt tillgodose dessa förväntningar. Är det så att vårdarnas förmåga inte räcker till för att motsvara patienternas önsningar och behov, främst vad gäller omvårdnaden. Att denna bristande överensstämmelse finns visar bland annat antalet anmälningar till patientnämnden som rör vårdarnas bemötande. Mellan 2000 och 2007 ökade antalet ärenden som registrerats som "bemötande, kommunikation, information" med 41 % (Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport, 2009). Även i patientnämndernas årsredovisningar för år 2009 framgår att bemötandefrågor utgör cirka 600 ärenden inom hälso- och sjukvården. Av alla de patienter som vänder sig till patientnämnderna är 14 % missnöjda med bemötandet man fått i vården. Vissa patienter har uppfattat vårdarnas bemötande som ovänligt och nonchalant. Andra patienter har uppfattat att vårdarna inte lyssnar till deras berättelser, eller att bemötandet sker på ett kränkande sätt. Informationsbrist är ofta en orsak till många missförstånd i omvårdnaden av patienterna. Vi möts också via tidningar, radio och tv av inslag/artiklar som handlar om vanvård av äldre människor. Samtidigt visar allt fler vetenskapliga studier att bemötande, delaktighet och förtroende är komponenter som är viktiga för vårdens resultat. Det finns med säkerhet många förklaringar till denna obalans mellan vårdarna och patienterna. Det kan till exempel vara frågan om tidsbrist och stress på grund av underbemanning. Andra relevanta förklaringar kan vara, att vårdarna inte har haft möjligheten att utveckla förmågan att skapa en relation till patienterna vilket i sin tur medför bristande kunskap om deras behov, vilja och bekymmer

I Sörmland finns i patientnämndens statistik ett bestående antal på anmälningar som har kategoriserats inom problemområdet bemötande/ kommunikation. Under åren 2008 -2010 var det omkring 180-190 fall inom detta problemområde. I samtal med utredningssekreterare i patientnämnden (personlig kommunikation med Anna Wångmar, 2011 0110)framkommer dock att dessa siffror är låga. I statistiken finns ett mörkertal där utredningssekreteraren uttrycker att antalet anmälningar om bemötande är betydligt större, svagheten är kategoriseringen i problemområden som missvisande döljer ytterligare anmälningar om bemötande/kommunikation.

### **Mötet i teoretisk belysning**

En möjlighet för att förbättra bemötandet kan vara att göra möjligt för vårdarna att träna sin förmåga att skapa ett gott möte med patienterna. Snellman (2001) diskuterar kännetecknen för ett sådant möte och vilka förmågor vårdaren måste ha för att det ska bli möjligt att skapa ett gott möte med patienten. Följande kännetecken framträder som viktiga: ömsesidighet, jämlikhet, acceptans och bekräftelse. Det är emellertid inte tillräckligt med att känna till dessa kännetecken utan vårdaren måste också tillämpa dessa i omvårdnadsarbetet. För att det skall bli möjligt att skapa ett vårdmöte med ovanstående kännetecken är det av stor vikt att vårdaren är sig själv och inte förstår sig samt har personligt engagemang i omvårdnaden av patienten. Vårdaren måste även ha en förmåga att skapa en dialog, att positivt inverka på och att stödja patienten i dennes beslut som rör den egna livssituationen.

En annan teoretisk utgångspunkt finns i Watsons omvårdnadsmodell där omvårdnaden av patienterna ska grundas i en humanistisk helhetsyn som är både relationell och helande. Watson (1988, 2002) menar att vårdrelationen refererar till värden så som djup samhörighet, subjektiv mening och delad humanitet. Watson anser att fokus i omvårdnaden av patienten ligger på vårdarens medvetenhet om följande fem punkter:

1. Att vårdaren skyddar och stärker människans värdighet, som därmed kan bestämma sin egen mening,
2. att vårdaren ser patienten som ett subjekt,
3. att vårdaren har förmåga att förstå och adekvat upptäcka känslor hos patienten,
4. att vårdaren har förmåga att upptäcka hur patienten har det i sin livssituation, och
5. att vårdaren förstår sin egen livshistoria och sina känslor.

En annan omvårdnadsmodell med ett relationistiskt synsätt kopplat till Martin Bubers filosofi har Paterson och Zderad (1976) utvecklat och beskriver omvårdnadens mål som ett välbefinnande. Omvårdnaden ses som en ansvarsfull relation där vårdaren måste ha förmåga att träda in i en "jag-du-relation" och i ett "jag-det-förhållande" med patienten. Paterson och Zderad anser att fenomenet omvårdnad förekommer i sjukvården på olika sätt, bland annat beroende på patientens ålder, sjukdom, graden av hjälpbehov, hur länge patienten behöver hjälpen och vårdarens förmåga att upptäcka och tillgodose patientens behov. Målsättningen med omvårdnaden är att patienterna ska känna välbefinnande och att omvårdnaden leder till hälsa. Ett sätt för patienten att nå välbefinnande kan vara genom ett äkta möte med vårdaren.

### **Mötet och vårdrelationen i empirisk belysning**

Empirisk forskning belyser också obalansen mellan vårdarnas och patienternas uppfattningar som rör vårdrelationens innebörd och betydelse. Som tidigare har nämnts finns flera anledningar till denna obalans mellan patienternas önsknings och vårdarnas förmåga att tillgodose dessa. Vårdarna kanske inte har haft möjlighet och tillfälle att utveckla sin förmåga att möta de patienter som befinner sig i svåra livssituationer, och brister därför i kunskap om deras behov och vilja. Det kan också vara så att vårdarna inte värderar vårdrelationen som viktig utan anser att andra vårdhandlingar har företräde. Med andra ord – vårdrelationen tas inte på allvar av vårdarna.

I en omfattande litteraturoversikt Shattell (2004) framkommer det tydligt att patienterna anser att det är viktigt att relationen med vårdarna fungerar på ett bra sätt, att de blir tröstade och

bekräftade. I översikten framkommer det också att båda parterna är medvetna om att de är i en relation men vårdarna är omedvetna om eller kanske ointresserade av vad patienterna upplever eller har för uppfattningar. Vårdarna tvivlar på relationens värde och ser inte något mål eller syfte med den, vilket kan anses vara anmärkningsvärt. Vårdarna uppfattar att de tillbringar mycket tid hos patienterna, vilket inte stämmer överens med patienternas uppfattningar. Ytterligare en annan dimension som framkommer är att vårdarna utövar makt i konfliktfyllda vårdsituationer och att patienterna är medvetna om att de förväntas följa en viss agenda. Om så inte görs medför det konsekvenser för den enskilde patienten, det vill säga att hon eller han benämns som "svår" eller "hopplös". En patient uttrycker detta på följande sätt: "Jag måste göra som jag blir tillsagd att göra. Jag är 94 år nästa vecka och fortfarande måste jag göra det jag blir tillsagd att göra." (s.716) När patienterna tillfrågas om vad de förväntar sig av vårdrelationen framkommer att de vill bli tröstade, att de önskar lära känna vårdarna och att de ska bli vänner.

Andra erfarenheter som framhålls i litteraturöversikten är att patienterna kan känna sig både bekräftade och utlämnade av vårdarna. När patienterna känner sig utlämnade kan de också känna sig nonchalerade av dem som de är beroende av. Vårdarna uppfattas som "kalla" och att de är några som "inte har tid". Mötet upplevs som distanserat och att patienterna förlorar energi. I ett bekräftande möte upplever patienterna att deras känslor tas på allvar. Vårdarna uppfattas vara lugna, engagerade och att de har ögonkontakt med varandra. Patienterna upplever att mötet är energigivande (Shattell, 2004). Berg och Danielsson (2007) framhåller att det är viktigt att patienterna får använda sin kompetens i vårdsituationen, att de har möjlighet att använda sina egna resurser och värderingar när vårdrelationen skapas. För att patienterna ska kunna ta självständiga beslut kring vårdens utformning är adekvat information och delaktighet av stor betydelse, vilket också är lagstadgat i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Att vara utsatt som patient och inte få önskad vård innebär att uppleva rädsla, svårighet att koppla av, att sakna engagemang, information, tillgänglighet och kontinuitet. I vårdrelationen kan patienterna känna sig maktlösa, osäkra och att ingen bryr sig om dem. De mellanmännsliga mötena handlar om att samtala med patienterna så att någon grad av ömsesidighet kan uppstå. I mötet kan patienten berätta om sina önskningar, vilja och uttrycka sina bekymmer och vårdaren kan visa sitt engagemang genom att stödja och stärka patienten på ett positivt sätt i omvårdnadsarbetet (Snellman, 2001).

### **Ansvarsfull relation vilar på etisk kunskap**

En ansvarsfull vårdrelation enligt Tarlier (2004) innebär att ta hänsyn till både personlig och allmän etisk kunskap. Den allmänna etiken skiljer sig från den personliga på så sätt att den delas av många människor i samhället och att moraliska värden definieras i regler och som rättigheter, till exempel mänskliga rättigheter. Den personliga etiken kan däremot sägas vara knuten till en social individ och rör mellanmännsliga relationer. Personlig etik omfattar det som görs och är knutet till hur vi tolkar tillvaron. I den vidaste betydelsen kan personlig etisk kunskap handla om hur vi använder våra egna resurser på ett klokt sätt och omfattar även frågan om välbefinnande eller "det goda livet". En ansvarsfull vårdrelation innefattar tre nödvändiga grundvillkor: *respekt*, *förtroende* och *ömsesidighet* och är en kombination mellan den personliga och allmänna etiken – en integrerad etisk kunskap. Respekt är ett grundläggande moraliskt värde som andra moraliska värden grundar sig på. Respekt baseras på både personliga värden, till exempel ärlighet, osjälviskhet och generositet men också på allmän etisk kunskap, till exempel etiska koder. Det som karakteriserar respekt är att andra människor behandlas lika med ett eget värde, att förstå andra människors livssituation genom att

lyssna, vara ärlig, och accepterande. Förtroende handlar om att patienterna tror att vårdarna kommer att hjälpa dem till ett förbättrat hälsotillstånd. Förtroende baseras till viss del på ovanstående kännetecken på respekt, till exempel acceptans och ärlighet. Ömsesidighet är ett förhållande mellan vårdaren och patienten där de gemensamt kommer fram till vilka behov och styrkor som finns. Båda parter reflekterar över och delar med sig av sin kunskap. För att ömsesidighet ska vara möjligt att skapa så krävs respekt från båda parterna. Liknade ansvarsfull vårdrelation bekräftas av empiriska studier inom palliativ vård och vård av långtidssjuka. Av en studie framgick att den ömsesidiga respekten visades i den dagliga vården, vilket betyder att allt som diskuterades togs på allvar och att patienterna tilläts vara delaktig och fatta egna beslut gällande vården (Berg, Skott, Danielsson, 2007). I en annan studie av Mok och Chiu (2004) utvecklades en förtroendefull relation när vårdarna förstod patienternas behov och lidande.

Hälso- och sjukvårdspersonalens bemötande i kombination med professionalitet och kunskap är kanske den viktigaste faktorn för medborgarnas och patienternas förtroende för vården. Att vara delaktig i sin egen vård bidrar till att öka motivationen att förbättra sitt eget hälsotillstånd. Att utbilda hälso- och sjukvårdspersonalen i bemötande har också visat sig förbättra både kommunikationen i konsultationsprocesser och patienternas bedömning av vården. Mot bakgrund av allt detta är det önskvärt att både inom vårdutbildningar och i det fortlöpande förbättringsarbetet i vården uppmärksammar bemötandet som en av de viktigaste aspekterna för att uppnå en god vård (Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport, 2009).

## Problemformulering

Inom hälso- och sjukvård finns ofta en strävan att öka effektiviteten, sänka sjukvårdskostnaderna och att utföra vården på ett rationellt sätt, vilket kan komma i konflikt med hälso- och sjukvårdslagens grundläggande krav på god vård. God vård är att tillgodose patienternas trygghet och rätten till självbestämmande och integritet samt att vården utformas i samråd med patienterna. När vården utformas i samråd innebär detta att patienterna aktivt deltar i vårdsituationen vad gäller beslut som rör det egna hälsotillståndet. Om god skall kunna uppnås i denna mening så måste det finnas tid och möjlighet för vårdarna att skapa en vårdrelation/ett vårdmöte med patienterna.

I dagens sjukvård finns en obalans mellan det patienterna förväntar sig av vårdarnas omvårdnad och den omvårdnad som patienterna uppfattar att de faktiskt får. På vilket sätt är det möjligt att minska denna bristande överensstämmelse? På vilket sätt kan sjukvårdens möten bli mindre ytliga och mer samstämmiga med patienternas förväntningar så att patienternas hälsa och välbefinnande främjas? Är det så att vårdarnas förmåga inte räcker till för att motsvara patienternas önskningar och behov av ett bra bemötande i vården? Att denna bristande överensstämmelse finns visar bland annat antalet anmälningar till patientnämnden som rör vårdarnas bemötande. Det finns flera studier och statistik som visar att patienter och anhöriga upplever dåligt bemötande, men det saknas empiriska studier om vad som konstituerar upplevelser av gott bemötande eller betydelsefulla möten inom hälso- och sjukvård.

Detta projekt som består av tre delstudier avser att genomföra olika vetenskapliga analyser på skrivna berättelser om betydelsefulla möten som patienter, anhöriga och vårdare har varit med om. Ambitionen är att belysa kunskap kring vårdmötets innebörd och innehåll för att ge vårdarna ett underlag att öka förståelsen av vårdmötets betydelse i dagens omvårdnadsarbete.

## Syfte

Det övergripande syftet är att förstå innebörder av och att beskriva vad som kännetecknar ett betydelsefullt möte utifrån patienternas, anhörigas och vårdarnas berättelser samt vad det är som krävs av vårdarna för att skapa ett betydelsefullt möte som ger upplevelse av gott bemötande.

## Metoder och datainsamling

Olika vetenskapliga metoder med kvalitativforsknings ansats kommer att användas såsom innehållsanalys, fenomenologisk hermeneutik samt hermeneutisk narrativ metod. Metoderna kommer att beskrivs i respektive delstudie nedan.

## Deltagare och datainsamling

Journalisten Catherina Ronsten har från 2007 och framåt samlat in cirka 350 berättelser från patienter, anhöriga och vårdare om betydelsefulla möten inom vården. Några av dessa berättelser har blivit till en bok: Människor som recept (Ronsten, 2010). Ronsten har i kontakter med forskargruppen erbjudit dessa berättelser för vetenskapliga analyser, dock under förutsättning att berättarna ger sitt godkännande att berättelserna används för forskning.

## Forskningsetiska överväganden

Personerna som har skrivit berättelser om betydelsefulla möten kommer att tillfrågas muntligen via telefon och skriftligen via brev om deras berättelser får användas till forskning. Journalisten Catherina Ronsten kommer att göra denna tillfrågan. Efter att berättarnas godkännande inhämtas kan vetenskapliga analyser påbörjas. Alla namn i berättelsen kommer att tas bort och även namnet på hon/han som har skrivit berättelsen. Berättelserna kommer att vara anonyma för de som genomför analyserna. Projektet faller utanför etikprövningsnämndens bedömningsområde eftersom berättelserna redan är insamlade och av denna anledning är etikrådet på Mälardalens högskola tillfrågad om rådet kan göra en forskningsetisk bedömning.

## Delstudie 1

Syftet är att belysa vad som kännetecknar ett betydelsefullt möte utifrån patienternas och vårdarnas berättelser om betydelsefulla möten i vården samt beskriva vad det är som krävs av vårdare för att skapa ett sådant möte för att därefter belysa skillnader och likheter med de kännetecken som framkom i Snellmans avhandling. Ytterligare ett syfte är att belysa skillnader och likheter mellan patienternas och vårdarnas berättelser för vad som kännetecknar ett betydelsefullt möte.

Metod och urval: Total 300 berättelser finns att tillgå och 30 berättelser från både patienterna och vårdarna kommer slumpvis att väljas ut. Alla "spegelberättelser" kommer att ingå i studien mellan vårdare och patienter, det vill säga de genomförda patientintervjuerna om betydelsefulla möten i förhållande till deras vårdare. Vårdarna har delgivit sin berättelse skriftligen.

Studien är en kvalitativ innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004). Som innebär en analys av berättelsernas innehåll vad gäller kännetecken för ett betydelsefullt möte och vad vårdarna och patienterna anser krävas för att nå ett gott möte. Likheter och skillnader kommer att belysa gällande kännetecknen från berättelserna och Snellmans avhandling samt spegelberättelserna. Kvalitativ innehållsanalys av manifest karaktär kommer att göras för att kunna vara textnära i sökandet efter kännetecken, krav och skillnader och likheter.

## **Delstudie 2**

Syftet med delstudie är att beskriva innebörden i betydelsefulla möten utifrån patienters, anhörigas och vårdpersonals erfarenheter.

Metod och urval: Innehållsrika berättelser minst 20 från vardera gruppen (patienter, anhöriga och vårdare) kommer att väljas ut i ett strategiskt urval utifrån en variation av data om berättarna i de redan insamlade berättelserna (kön, ålder...etc. utifrån de uppgifter som finns).

Analysmetoden för studien är en fenomenologisk hermeneutisk metod, som är en metod inspirerad av filosofen Paul Ricoeur och utvecklad av Lindseth och Norberg (2004). Metoden ska användas för att förstå och beskriva innebörder av levd erfarenhet genom att tolka berättelser. Analys av berättelser sker i en dialektisk rörelse mellan tre faser. Naiv läsning som leder till naiv förståelse, tematisk strukturanalys som leder till subteman och teman samt kritisk läsning som mynnar ut i en tolkad helhet. De tre faserna innebar en pendling mellan att se berättelserna som en helhet eller som delar samt mellan förståelse och förklaring. Under analysprocessen finns den naiva förståelsen som grund, med en pågående dialog med texten utifrån frågorna: Vad säger texten? Vad är innebörden? Vad pekar texten på och vilken förståelse öppnar sig framför texten? Den tolkade helheten reflekteras slutligen i förhållande till forskningsfrågan, studiens kontext och relevant litteratur. Litteraturen ska vara en hjälp till att förklara, revidera, vidga och fördjupa förståelsen av fenomenet som undersökts (Lindseth & Norberg, 2004).

## **Delstudie 3**

Syftet med denna delstudie är att belysa hur det livsavgörande uttrycks av patienter och anhöriga i berättelser om det betydelsefulla mötet syftet är också att skapa en belysning av hur det betydelsefulla mötet påverkar patienternas försoningsprocess.

Metod och urval: Till denna studie väljs berättelser givna av patienter och anhöriga som på ett eller annat sätt upplevde något livsavgörande i mötet. Förväntat antal är ca 40 patientberättelser och 20 anhörigberättelser valda ur det större materialet där valet av berättelse är kvalitativt och grundar sig på om/att det finns rika beskrivningar av det efterfrågade.

Materialet till denna studie avses bearbetas genom att ta fasta hur det livsavgörande i mötet uttrycks i patienternas och anhörigas berättelser bland annat genom metaforer som framträder i texterna. Metaforer kan ibland hjälpa människor att uttrycka något djupt mänskligt som vårt vanliga språk har svårt att beskriva. Belysningen genom att ta fasta på berättelsernas metaforer kan öppna upp en ytterligare dimension i helhetsförståelsen av det betydelsefulla mötet. Metoden ämnar utgå från en hermeneutiskt narrativ metod beskriven av Wiklund (2010), som avser att bearbeta berättelser. Data, kommer att analyseras ur ett vårdvetenskapligt perspektiv utgående från Gustafssons (2008) beskrivningar om försoning, samt Rehnsfeldts (1999) tankegångar om livsavgörande skeende som teoretisk referensram.

## **Tillämpning av resultat**

Både patientnämndens årsredovisningar och Socialstyrelsen redovisar att patienterna idag inte är helt nöjda med bemötandet. Patienterna anser att vårdaren inte lyssnar till vad de har att säga samt att vårdarna är ovänliga och nonchalanta. Forskningen visar också att vårdaren inte uppfattar relationen med patienten som viktig och de tvivlar på dess värde.

Ovanstående studier kan bidra till att uppmärksamma vad som är ett betydelsefullt möte både utifrån patienternas, vårdarnas och anhörigas uppfattningar. Vårdarna har större förutsättningar att etablera ett gott förhållande till patienterna om de vet vad som patienterna anser är av betydelse. När ett gott förhållande till patienterna etableras får vårdarna en annan möjlighet att tillgodose patienternas önskningar, viljor och bekymmer när patienterna känner att de är lyssnad till.

Resultaten förändrar ingenting i sig men om samtalsgrupper, studiecirkelar eller likande kan bildas på olika vårdenheter för att reflektera och diskutera kring tillämpningen kan det leda till ett större engagemang och medvetenhet om betydelsen av ett gott möte med patienten. Detta utifrån att kunskap från forskning kan införlivas i praktiskt vård- och omsorgsarbete i en evidensbaserad praktik.



## Referenser

- Alexanderson, K., Brommels, M., Ekenvall, L., Karlsryd, E., Löfgren, A., Sundberg, L., et al. (2005). *Problem inom hälso- och sjukvården kring handläggning av patienters sjukskrivning*. Stockholm: Sektionen för personskadeprevention, Institutionen för klinisk neurovetenskap och Medical management centrum, LIME Karolinska Institutet.
- Berg, L., Skott, C. & Danielsson, E. (2007). Caring relationship in a context: Fieldwork in a medical ward. *International Journal of Nursing Practice*, 13(2), 100-106.
- Berg, L., & Danielsson, E. (2007) Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 21(4), 500-506.
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning. Om lärande av bemötande i professionsutbildning*. Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen, Institutionen för pedagogik Växjö Universitet, Växjö.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Gustafsson, L-K. (2008). *Försoning – ur ett vårdvetenskapligt perspektiv*. Doktorsavhandling, Institutionen för vårdvetenskap: Åbo Akademi, Finland.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153
- Mok, E., & Chi Chiu, P. (2004) Nurse-patient relationships in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475-83.)
- Paterson, J. G., & Zderad, L. T. (1976) *Humanistic nursing*. New York: John Wiley & Sons.
- Rehnsfeldt, A. (1999). *Mötet med patienten i ett livsavgörande skede*. Doktorsavhandling, Institutionen för vårdvetenskap: Åbo Akademi, Finland.
- Ronsten, C. (2010). *Människor som recept, berättelser av patienter, anhöriga och vårdpersonal som delar med sig av glädje och sorg inom vården*. Eskilstuna: Betydelsefulla möten & förlag. SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Sveriges Riksdag.
- Shattell, M. (2004) Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 714-722
- Snellman, I. (2001). *Den mänskliga professionaliteten (Doktorsavhandling)*. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsrapport. (2009). *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*. Stockholm.
- Tarlier, D. S. (2004), Beyond caring: the moral and ethical bases of responsive nurse-patient relationships. *Nursing Philosophy*, 5: 230-241
- Watson, J. (1988) *Nursing: Human Science and Human Care A Theory of Nursing*. (2nd ed.) New York: National League for Nursing.
- Watson, J. (2002) Intentionality and caring - healing consciousness: a practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12-19.
- Wiklund, L. (2010) Narrative hermeneutics: in search of narrative data. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (242), 32-37.