

MAGISTERUPPSATS

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2007:8

Sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter  
i palliativt skede inom  
den slutna vården  
-  
en fenomenologisk hermeneutisk studie

KRISTINA JOHANSSON



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel:	Sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativt skede inom den slutna vården – en fenomenologisk hermeneutisk studie.
Författare:	Kristina Johansson
Ämne:	Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng:	Fördjupningsnivå 2, 61-80p, 10 p
Kurs:	Fristående kurs
Handledare:	Berit Lindahl
Examinator:	Eva Persson

## Sammanfattning

Palliativ vård och vård i livets slutskede har på senare år uppmärksammats allt mer. I Sverige dör ca 90 000 människor per år och av dem dör ca 85 procent på institutioner. Vård av svårt sjuka och döende förekommer inom all hälso- och sjukvård. Palliativ vård - lindrande vård- påbörjas då kurativ vård - botande vård - inte längre är möjlig. Det övergripande målet med palliativ vård är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten och dennes familj. Det innefattar en livssyn som bejakar livet och ser döendet som en normal process men att arbeta som sjuksköterska med palliativ vård inom den slutna vården är ett område som i låg grad beskrivits inom forskning. Däremot finns mer studier gjorda som beskriver distriktssjuksköterskors och hospicesjuksköterskors upplevelser i att arbeta med svårt sjuka och döende patienter.

Syftet med studien var att beskriva innebörden i sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i ett palliativt skede och som vårdas inom den slutna vården.

Studien är kvalitativ och vilar på en livsvärldsteoretisk grund. Åtta sjuksköterskorna inom den slutna vården intervjuades i anslutning till respektive arbetsplats. Intervjuerna analyserades sedan utifrån en fenomenologisk hermeneutisk ansats.

Resultatet av sjuksköterskornas upplevelser presenteras i åtta teman: tacksamhet över att få ta del av en annan människas liv och avslut, att bli berörd av det kroppsliga och existentiella, att leva platsen och rummet, att ge och ta emot kraft/energi, öppenhet inför patienter och kollegor, att införliva kunskapen i sig själv, förmåga att göra om sig själv och tiden som inte finns. Den tolkade helheten handlar om innebörder av kontraster och det motsägelsefulla i vårdandet. I mötet med patienter som är nära döden, är det viktigt att veta hur vårdarna upplever sin situation. Ökad förståelse och kunskap inom området kan bidra till bättre vårdkvalitet för patienterna samt ge sjuksköterskor bekräftelse i det som de gör i denna prioriterade kontext.

Nyckelord: palliative care, nurses experience, cancer, hermeneutic, phenomenology, qualitative research, qualitative studies.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Döden och palliativ vård i vårt samhälle .....	1
Palliativ vård .....	2
Vårdrelation .....	2
Tidigare forskning .....	3
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>5</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>5</b>
<b>METOD</b> .....	<b>6</b>
Ansatsen - Fenomenologisk hermeneutik .....	6
Den kvalitativa forskningsintervjun .....	7
Intervjupersoner och datainsamling .....	7
Analys.....	8
Etiska överväganden.....	8
<b>RESULTAT</b> .....	<b>9</b>
Naiv förståelse .....	9
Strukturell analys .....	9
Tacksamhet över att få ta del av en annan människas liv och avslut .....	10
Att bli berörd av det kroppsliga och existentiella .....	12
Att leva platsen och rummet .....	13
Att ge och ta emot kraft/energi. ....	13
Öppenhet inför patienter och kollegor .....	14
Att införliva kunskapen i sig själv .....	15
Förmåga att göra om sig själv .....	15
Tiden som inte finns .....	16
Tolkad helhet och diskussion .....	17
<b>Metoddiskussion</b> .....	<b>19</b>
Slutsatser.....	20
Praktiska implikationer .....	21
<b>REFERENSER</b> .....	<b>22</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	
<b>Bilaga 2</b> .....	

# INLEDNING

Arbetet som sjuksköterska innebär att både rädda liv och att vårda patienter i livets slutskede. Vård av patienter i palliativt skede bedrivs inom olika vårdinstanser; den slutna vården, i kommunens boendeformer, på hospice och i det egna hemmet. På de mindre sjukhusens kirurg- och medicinavdelningar vårdas ofta patienter i palliativt skede och patienter med andra kirurgiska och medicinska sjukdomar på samma avdelning. Diagnoserna är varierande och därmed också omvårdnaden. Jag arbetar som sjuksköterska just på en sådan kirurgavdelning på ett mindre sjukhus. Avdelningen är en akutvårdsavdelning där vi vårdar patienter med olika sjukdomar, samt ger palliativ vård och vård i livets slutskede. Som sjuksköterska träffar man patienter vid många olika tillfällen; vid inskrivning och inläggning, före och efter operationen, vid information angående en nyupptäckt cancerdiagnos samt under den kurativa fasen. När cancersjukdomen tagit överhanden och patienten inte kan botas går behandlingen och omvårdnaden över i ett palliativt skede. På avdelningen har vi en långvarig kontakt både med patienten och de närstående ända fram till livets slut. Jag har under min yrkesverksamma tid som sjuksköterska alltid varit mycket intresserad av denna vård och vill i och med denna studie fördjupa mig i ämnet palliativ vård.

## BAKGRUND

### Döden och palliativ vård i vårt samhälle

Döden har en undanskymd roll i vår kultur. Vi vet att den finns men vi talar sällan om den, ibland beskrivs vår kultur som dödsförnekande. I Sverige dör över 90 000 människor varje år, av dem dör ca 85 procent på institutioner. I dagens samhälle lever vi allt längre, mer än hälften av dem som dör i dag är över 80 år. Flera av dem dör på avdelningar där det bedrivs akutsjukvård (Ternstedt, 1998). I mitten av 1990-talet publicerades den svenska prioriteringsutredningen inom svensk hälso- och sjukvård och år 2001 den slutgiltiga rapporten från den parlamentariska utredningen om palliativ vård med titeln "Döden angår oss alla - Värdig vård i livets slut" (Statens offentliga utredningar [SOU], 2001:6). Efter det att ädelreformen trädde i kraft 1992 flyttas allt fler patienter till kommunens hemsjukvård. De senaste femton åren har hospiceinspirerad vård alltmer vuxit fram inom hälso- och sjukvården. Det finns särskilda hospice, eller hospiceverksamhet som en del av andra enheter/avdelningar. Ternstedt (1998) betonar dock att det viktiga är hur vården bedrivs inte var den bedrivs. I register över dödsorsaker i Sverige visar det sig att hjärt- och kärlsjukdomar står för över hälften av dödsorsakerna medan tumörsjukdomar står för cirka en fjärdedel (SOU 2001:6). Jakobsson (2006) har i sin studie om vård i livets slut, en studie gjord i Västra Götaland, Sverige, funnit att de flesta patienter som är yngre fortfarande dör på akutsjukhusen men att de äldsta oftast dör på servicehem.

## Palliativ vård

Beck-Friis och Strang (2005) hävdar att när en person får diagnosen cancer kan inriktningen på vården vara kurativ eller palliativ. Kurativ inriktning är då det finns möjligheter att bota patienten. Palliativ inriktning är att möjligheterna att bota patienten helt saknas och en lindrande vård påbörjas. Att gå från kurativ till palliativ vård är svårt för både patient, närstående och sjukvårdspersonal. Den palliativa vården utgår från den engelska hospicefilosofin. Begreppet palliativ vård kommer från det latinska ordet, *pallium* och betyder täckelse eller mantel, det syftar på det ytterplagg som skyddar mot köld och hetta. Manteln är ett uttryck för beskydd och omsorg av djup mänsklig solidaritet. Syftet med den palliativa vården är i första hand att lindra och förhöja livskvaliteten, inte att förlänga livet (Beck-Friis & Strang, 2005; Sandman & Woods, 2003; Sandman, 2001; Twycross, 1995). WHO definierar palliativ vård som en aktiv helhetsvård av den sjuke och familjen, genom ett tvärfackligt sammansatt vårdlag vid en tidpunkt när förväntningarna inte längre är att bota och när målet för behandlingen inte längre är att förlänga livet. Palliativ vård skall tillgodose fysiska, psykiska, sociala och andliga behov. Den skall också kunna ge närstående stöd i sorgearbetet (Beck-Friis & Strang, 2005; Clark & Seymour, 1999; Sandman & Woods, 2003; Ternstedt, 1998).

SOU (2001:6) anger att det övergripande målet med palliativ vård är att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten och dennes familj. Det innefattar en livssyn som bejakar livet och ser döendet som en normal process. Den palliativa vården måste kunna erbjuda ett system av stödåtgärder för att hjälpa patienten att leva ett så aktivt liv som möjligt till livets slut samt ett stödsystem för att hjälpa familjen. Den palliativa vården skall bygga på fyra hörnstenar; symtomkontroll, samarbete i ett mångprofessionellt arbetslag, befrämja livskvalitet och ge stöd till närstående under patientens sjukdomstid och även efter patientens död.

## Vårdrelation

En god vård som kan erbjuda välbefinnande och lindrat lidande bygger på en mellanmänsklig relation där vårdaren har ett professionellt engagemang och inte räknar med att få ut något för egen del. Vårdaren använder sig av sina personliga kunskaper och erfarenheter för att kunna erbjuda en absolut närvaro i mötet med patienten. I den professionella vårdrelationen krävs öppenhet och reflektion. Den utmärks också av ett ömsesidigt utbyte mellan vårdare och patient och att vårdaren strävar efter att se den unika personen i patienten (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud, & Fagerberg, 2003). Ödling, Norberg och Danielsson (2002) menar att det första mötet med patienten är mycket viktigt och att en god relation är nödvändig för att kunna vårda svårt sjuka människor. Hedley (1993) studerade sjukvårdspersonalens upplevelser och reaktioner då de arbetade med döende patienter. Hon fann att vårdpersonalen upplevde problem i relationen med svårt sjuka och döende. De upplevde en osäkerhet i att förhålla sig och samtala med personer som visade svåra känslomässiga reaktioner. Såväl Georges, Grypdonck och Dierckx de Casterie (2002), Mok och Chiu (2004) och Barnard, Hollingum och Hartfiel (2006) talar i studier om att sjuksköterskor strävar efter ett meningsfullt närmande till patienter inom palliativ vård. De betonar samtliga vikten av tillit i relationen mellan patient och sjuksköterska - att vara som en vän med familjen.

Sjuksköterskorna framhöll vikten av objektivitet och professionalitet i omvårdanden. De gjorde allt för att skapa en mening med livet för patienterna trots svår sjukdom. I arbetet med döende patienter gav det sjuksköterskan berikande erfarenheter. Andershed (1998) menar att ett högt tempo inom akutsjukvården kan minska personalens möjligheter till att lära känna familjen och att kunna etablera en tillitsfull relation.

## Tidigare forskning

Seymour, Ingelton, Payne och Beddow (2003) har studerat patienters upplevelser inom specialiserad palliativ vård i England. Det visade sig att patienterna tyckte det var viktigt att få kunskap och information om sin situation. Att få stöd i praktiska saker och psykosociala behov. De påtalade att interaktionen mellan sig och personalen var viktig och att värmen i omvårdnaden värderades högt. Vikten av en familjär atmosfär framkom också.

Sandman (2001) har från ett filosofiskt perspektiv analyserat en god död, vad som är gott och av värde för människor som är i livets slutskede och då döden närmar sig. Han har använt sig av tre olika teorier vilka han anser vara basen i den filosofiska diskussionen. Öhlén (2001) har genom empiriska studier beskrivit patienters upplevelser av lindrat lidande då de har en livshotande cancerdiagnos. Han menar att det för patienten handlar om att vara i en fristad, vilket innebär att personen upplever sig ha ett personligt rum att känna sig hemma i, ha tid och rum att vara för sig själv, fördra sin förändrade kropp och känna värdighet. En förutsättning för detta är lindrat lidande. Patientens lidande kan inte lindras av andra utan det sker inom patienten, men andra kan hjälpa till att möjliggöra detta. Strang, Strang och Ternestedt (2001) har beskrivit existentiellt stöd till patienter som drabbats av hjärntumör och deras närstående. De ville slippa den existentiella ensamhet de upplevde och ville bli sedda och tagna på allvar. De upplevde dock att personalen arbetade under stress och att det fanns hinder för samtal inbyggda i organisationen. Andershed (1998, 2006), Andershed och Ternestedt (2001), Brobeck och Berterö (2003) har samtliga studerat närståendes perspektiv inom palliativ vård, vilka behov de hade och hur de upplevde sin situation. De närstående var i en utsatt situation och hade ett nytt ansvar i livet. Upplevelsen kunde vara betungande, de kunde känna trötthet, ångest, rädsla, ha svårt att sova, brist på tid, svårt att förstå det som händer, känsla av hjälplöshet, ensamhet, brist på kontroll och konflikter i familjen. De behövde en balans mellan bördan och kapaciteten för att orka med. Ett viktigt behov var att patienten fick en god vård med hög kvalitet, att deras önsknings var respekterade och att patienten var nöjd. De hade även behov av att få vara med patienten och dela dennes värld. Det var viktigt för dem att vara där när dödsfallet inträffade. Vikten i att få kunskap och information om patientens sjukdom och tillstånd betonades, för ju mer de förstod av vården och omvårdnaden desto nöjdare var de. De anhöriga påtalade vikten av stöd och att de ville kunna känna tillit till de professionella vårdarna.

Edvardsson, Sandman och Rasmussen (2006) studerade den fysiska miljön på en onkologisk avdelning och hur den påverkade patienter, partners och personal. Miljön betydde mycket för personalen, de kunde känna stolthet över att visa patienter och närstående en god miljö. Miljön påverkade både patienter, närstående och personal.

Rasmussen, Sandman och Norberg (1997) har gjort studier som beskriver sjuksköterskors levda erfarenhet av att arbeta på hospice. De menade att vara en hospicesköterska innebar att vara mitt i livets mest existentiella upplevelser. Det handlade om förintelse/skapande, separation/gemenskap, skuld/försoning och meningslöshet/meningsfullhet. Denna studie ingår i avhandlingen av Rasmussen (1999) där hon även har beskrivit patienters upplevelser av vård inom hospice samt gjort jämförelser mellan hur mycket tid sjuksköterskor spenderade med patienter på hospice jämfört med en onkologisk avdelning på ett sjukhus. Det visade sig att vårdare tillbringade mer tid med patienten vid hospice än vid onkologisk vårdavdelning. Men den största skillnaden var att patienterna på hospice tillbringade mer tid med sina närstående. Hon fann också att patienternas upplevelser av omvårdnaden vid hospice var förbundet med miljöns utformning och deras existentiella och kroppliga förändringar. Studien visar även likheter mellan vårdare och patienters upplevelser av omvårdnaden i det sätt de framhöll gemenskap, meningsfullhet och försoningens betydelse.

Det finns studier både nationellt och internationellt som beskriver distriktssköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativt skede i hemmet. I Berterös (2002) och Dunne, Sullivan och Kernohans (2005) studier framkom att distriktssköterskorna upplevde vården av cancerpatienter i hemmet som en utmaning i sitt arbete. Det var viktigt för dem att ha kontroll över arbetssituationen i hemmet men de kände frustration över att de inte hann med att ge den vård som de ville ge. Distriktssköterskorna framhöll även att det var viktigt med en god relation mellan patient och närstående, relationen byggde på en känsla av trygghet och förtroende.

De ovan redovisade studierna beskriver inte sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativ vård inom den slutna vården. Däremot har Schuster (2006) i en hermeneutisk studie studerat sjuksköterskor som arbetar inom kirurgisk vård, palliativ vård samt cancervård. Den skildrar sjuksköterskors profession och existens i möten med svårt sjuka patienter. Schuster belyser upplevelser i de olika situationer som sjuksköterskorna hamnar i vid vård av döende patienter. Sandgren, Thulesius, Fridlund och Petersson (2006) har studerat sjuksköterskor som arbetar på sjukhus inom cancer- och kirurgisk vård och hur de upplever sitt arbete. Sjuksköterskorna upplevde arbetet som krävande och det fanns en rädsla för att bli känslomässigt överbelastade. Samtidigt var de motiverade att ge en god palliativ vård. Tishelman et al. (2004) har studerat komplexiteten i vårdandet av patienter som drabbats av avancerad cancer. I studien ingick personal med olika professioner och från olika arbetsplatser både hospicevård, dagverksamhet och lungmedicinsk avdelning på ett akutsjukhus. För att uppnå bästa möjliga vård, få balans mellan ideal och verklighet, behövs det en välfungerande organisation, bra samarbete och teoretisk och erfarenhetsbaserad kunskap. Även Mohan, Wilkes, Ogunsiji och Walker (2005) beskriver sjuksköterskans upplevelser i vården av cancerpatienter på icke specialiserade avdelningar. Det framkom att sjuksköterskorna kände starka känslor i vårdandet. De upplevde att de hade för lite tid för patienterna samt att de ibland hade bristande kunskap när det gällde behandlingar i cancervården.

# PROBLEMFORMULERING

Forskning, utbildning och utvecklingsarbete inom palliativ medicin och vård är svagt utvecklade områden i Sverige (SOU 2001:6). Det finns lite forskning som beskriver hur sjuksköterskor upplever vårdandet av patienter som är i palliativt skede inom slutna vård. Patienterna och deras närstående i palliativ vård inom den slutna vården är utelämnade och beroende av personalen som vårdar dem. Vård i livets slut är därför en speciell omvårdnadsuppgift där sjuksköterskan har en central roll när det gäller att göra den sista tiden meningsfull för både patient och närstående. Men att som sjuksköterska vårda patienter i palliativ vård och deras närstående på en kirurgisk/medicinsk akutvårdsavdelning är inte alltid så lätt. Flexibilitet och lyhördhet behövs för att samtidigt kunna vårda de övriga patienterna under ett arbetspass. I denna miljö är det ofta "full fart", nya patienter kommer från akuten, patienter skall till röntgen och operation eller skall hämtas från postoperativa avdelningen. Vad har denna miljö för betydelse för patienter som är svårt sjuka och vårdas i palliativt skede? Hur skall sjuksköterskan kunna vårda dessa utifrån ett helhetsperspektiv samtidigt som patienter med helt andra behov och annan prognos behöver sin specifika omvårdnad? De flesta sjuksköterskor på kirurg- och medicinavdelningar har ingen vidareutbildning inom palliativ vård. Det finns heller inga krav från arbetsgivaren med vidareutbildning inom palliativ vård.

Studier som jag beskrivit i tidigare forskning visar att arbetet med patienter i palliativ vård är krävande och ses som en utmaning. Arbetet väcker mycket känslor och tankar hos sjuksköterskan. Däribland tankar och känslor angående existentiella frågor, både vad det gäller relationen till patienter och närstående men också över den egna yrkesrollen. Det kan även vara svårt att sätta ord på känslor och upplevelser som rör döden. Hur klarar sjuksköterskan av att hantera sina tankar och känslor i de olika mötena? Vilka erfarenheter har hon/han från möten med patienter och närstående i palliativ vård? För att utveckla den palliativa vården inom den slutna vården är det därför viktigt att beskriva hur sjuksköterskor upplever vårdandet av patienter och närstående i palliativ vård.

## SYFTE

Syftet var att beskriva innebörden i sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i ett palliativt skede och som vårdas inom den slutna vården.

## METOD

Jag har i denna studie använt mig av fenomenologisk hermeneutisk ansats och metod. Metoden är inspirerad av Ricoeurs (1981, 1993) filosofi och har utvecklats vid universiteten i Tromsø, Norge och Umeå, Sverige (Lindseth & Norberg, 2004). Den har tidigare använts inom forskning i palliativ vård (Rasmussen, Jansson, & Norberg, 2000) samt studier som beskriver hemventilatorbehandling (Lindahl, Sandman, & Rasmussen, 2003, 2005; Lindahl, 2005).

## Ansatsen - Fenomenologisk hermeneutik

Husserl (1859-1938) grundaren av fenomenologin, menade att vi inte kan fånga det verkliga fenomenet utan bara människans upplevelse av det. Den fenomenologiska metoden innebär att genom kvalitativa data beskriva den essentiella meningen av ett fenomen så som det erfars i den levda verkligheten, det vill säga den enskilda människans livsvärld (Bengtsson, 2001; Polit & Hungler, 1999; Van Manen, 1990). Inom fenomenologin sätts förförståelsen inom parentes och därmed riktas uppmärksamheten på innehåll och mening i det rena fenomenet (Bengtsson, 2001). Detta uttrycker Dahlberg (2001) som att det handlar om att tygla sin förförståelse av fenomenet. Då jag själv arbetar inom denna kontext, palliativ vård inom den slutna vården, och har en erfarenhet sedan åtta år tillbaka kan jag omöjligt parentessätta min förförståelse. Jag har dock varit så öppen som möjligt under arbetets gång och försökt medvetandegöra och reflektera över min förförståelse.

Hermeneutik betyder utläggnings- och förklaringskonst. Inom hermeneutiken söker man en djup förståelse, man söker innebörd och mening genom att tolka. Informationen får man oftast genom texter och språket är det som förmedlar texterna (Kvale, 1997). Ricoeur (1981, 1993) influerades av existensfilosofin. Han framhöll att det råder ett ömsesidigt förhållande mellan fenomenologin och hermeneutiken. Ricoeur ville få till stånd en ”förnyelse” av fenomenologin med hjälp av hermeneutiken. Fenomenologin betonar att människans medvetande alltid är riktat mot något och detta något har en mening. Hermeneutiken betonar att denna mening inte är omedelbart given, utan måste tolkas (Ricoeur, 1993; Kristensson Ugglå, 1994). Människor kan berätta om sitt liv, ge uttryck genom språket för sina känslor, tankar och handlingar, sina intryck och sina upplevelser. Denna levda erfarenhet är alltid personlig, men dess mening kan förmedlas till andra genom berättelser. Genom att tolka dessa berättelser, kan man tydliggöra innebörden och sedan förmedla den mellan människor i syfte att förstå mer av människans livsvärld (Ricoeur, 1993). Ricoeur (1981) menade att förståelsen föregår, ledsagar och bygger upp en förklaring medan en förklaring är det som utvecklar förståelsen. Inom hermeneutiken ses förförståelsen som en tillgång, men måste kritiskt reflekteras och medvetandegöras (Lindseth & Norberg, 2004; Ricoeur, 1981).

## Den kvalitativa forskningsintervjun

Den kvalitativa forskningsintervjun är ett samtal som ger unika möjligheter i att erhålla ny kunskap och innebörd. Den kan jämföras med vardagssamtalet, men en viktig skillnad är att parterna inte är likställda. Intervjun har ett bestämt syfte där det är intervjuaren som ställer frågorna och styr samtalet (Kvale, 1997). Dahlberg, Drew och Nyström (2001) menar att den kvalitativa intervjun är en reflekterande dialog där intervjupersonen får möjlighet att reflektera över sina erfarenheter. Öppenhet, följsamhet och omedelbarhet är då centrala förhållningssätt i mötet med intervjupersonen. Lindseth och Norberg (2004) framhåller att berättande intervjuer är en lämplig metod för att få beskrivningar om levd erfarenhet. Syftet med den kvalitativa forskningsintervjun är alltså att få beskrivningar som är hämtade ur intervjupersonens livsvärld för att sedan kunna tolka och förstå innebörden i det fenomen som intervjupersonen beskriver och berättar om.

## Intervjupersoner och datainsamling

Studien genomfördes genom kvalitativa intervjuer med åtta sjuksköterskor som arbetar med palliativ vård inom den slutna vården. Studien genomfördes på två mindre sjukhus i Västra Götalands Regionen där palliativ vård bedrivs på samma avdelning som också patienter vårdas för akuta sjukdomar.

En av avdelningarna är en kirurgisk akutvårdsavdelning med 22 vårdplatser. Det finns fem vårdplatser speciellt avsedda för patienter i palliativt skede. Tre av de fem rummen är nyrenoverade, de är enkelrum med lugna och inbjudande färger. Fåtöljer och soffor där närstående kan vila för att hämta kraft och orka hela vägen fram. Det finns möjligheter för närstående att komma och gå som de vill och önskar. Rummen är inredda med tanke på patientens välbefinnande och speciella behov. Avdelningen har ett system med ”öppen retur”, det betyder att patienten som vårdas i palliativt skede kan komma direkt till avdelningen utan att gå via akuten om de är anslutna till palliativa teamet och det inte fungerar på det särskilda boendet eller i det egna hemmet. Palliativa teamet gör hembesök för att ge stöd i hemmet och personalen på avdelningen finns som en trygghet dygnet runt. Den andra avdelningen är en medicinsk-kirurgisk akutvårdsavdelning med 17 vårdplatser; 8 kirurg-, 4 medicin- och 5 platser för patienter i palliativt skede. Det finns ett palliativt team med läkare och övrig vårdpersonal som finns tillhands både i hemmet och när patienten är inlagd. Rummen för patienterna i palliativt skede är oftast enkelrum och anpassade för att de närstående skall kunna vara där så mycket som de önskar. På båda arbetsplatserna roterar personalen mellan att vara ansvariga för patienter i palliativt skede och patienter med andra kirurgiska och medicinska sjukdomar och ohälsa.

Avdelningscheferna på respektive avdelning kontaktades och de godkände studien. Jag bad dem tillfråga personer som hade intresse av palliativ vård och hade varierande erfarenhet av att arbeta på en sådan arbetsplats. Deltagande intervjupersoner inbjöds att delta av respektive avdelningschef. Därefter kontaktade jag intervjupersonerna via brev och sedan per telefon för att avtala lämplig tid och plats för intervjuerna. Intervjuerna genomfördes i avskilt rum i anslutning till respektive arbetsplats. Samtliga intervjuer

genomfördes på eller i anslutning till intervjupersonernas arbetstid. Intervjuerna inleddes med en stunds allmänt samtal för att etablera en tillitsfull kontakt mellan forskare och informant (Kvale, 1997; Polit & Hungler, 1999). Därefter undertecknade intervjupersonerna skriftligt samtycke. Intervjuerna varade mellan 30-60 minuter. Alla intervjupersoner är kvinnor och i åldern mellan 31-59 år. Antalet år i yrket varierade mellan 3 och 32 år. Inledningsfrågan löd så här: "Kan du berätta om och beskriva dina upplevelser av att vårda patienter i palliativt skede inom den slutna vården?" Därefter ställde jag under intervjuens gång en del följdfrågor som till exempel: "Vad menar du med det?" "Hur kände du då?" "Kan du berätta lite mer om det?" Intervjuerna spelades in på band och transkriberades därefter ordagrant till text. Intervjutexterna skrevs ut i sin helhet med hummanden, skratt, pauser och tvekanden. Genom detta behölls meningen, stämningen och känslan i intervjuerna.

## Analys

Analysen syftar till att belysa textens innebörd. Inom hermeneutiken analyseras texten genom att den läses som en ständig växling mellan delar och helhet. Helheten kan aldrig förstås enbart av delarna och delarna kan inte förstås utan helheten (Kvale, 1997; Thomsson, 2002). Metoden beskrivs med hjälp av tre olika metodiska steg. Dessa avspeglar en rörelse mellan förståelse och förklaring där målet med analysen är att avtäcka ett möjligt vara – en möjlig existens. Analysens tre steg är: naiv förståelse, strukturell analys och tolkad helhet. Naiv förståelse innebär att texten läses flera gånger i syfte att få en första känsla och förståelse för texten som helhet. För att fånga en första övergripande förståelse utifrån texten som helhet är det viktigt att vara öppen och följsam och låta texten styra, tala och bjuda in. Det innebär en gissning om det som berör utifrån vad texten talar om. Forskaren får därmed idéer och frågor till den kommande strukturanalysen. I den strukturella analysen betraktas texten med ett objektivt och distanserat förhållningssätt och nu söks strukturer eller mönster av innebörd/mening som uttrycks i form av subteman och teman. En ny mening och djupare förståelse börjar då framträda. Tolkad helhet innebär att texten åter sätts samman till en helhet utifrån studiens syfte, den naiva förståelsen och resultaten av de olika strukturanalyserna samt författarens förförståelse. Detta leder till en ny helhet och förståelse (Lindseth & Norberg, 2004).

## Etiska överväganden

Då studien berör personal som ger sitt samtycke är det enligt etikprövningsnämnden ([www.epn.se](http://www.epn.se)) inte nödvändigt med prövning i forskningsetisk kommitté. Alla deltagande intervjupersoner fick i anslutning till intervjun skriftlig och muntlig information om studiens syfte, att medverkan var frivillig och att datamaterialet behandlades konfidentiellt. Information om hur datamaterialet hanteras och vad som gäller för intervjupersonerna står beskrivet i informationsbrevet och det skriftliga samtycket (bilaga 1 och bilaga 2). Det är dock viktigt för intervjuaren att vara medveten om konsekvenser som kan uppkomma under intervjun. Den personliga närheten som uppstår mellan intervjuare och intervjuperson i intervjusituationen ställer höga krav på intervjuarens känslighet (Kvale, 1997). Efter intervjun satt vi kvar en stund och jag

frågade hur det kändes och om det var något speciellt de funderade på. Jag informerad om att de gärna fick kontakta mig efteråt om så skulle behövas.

## RESULTAT

### Naiv förståelse

Den naiva förståelsen, det vill säga den första förståelsen av texten som helhet, handlar om en *känsla av storhet* i att som sjuksköterska vårda patienter i detta kontext. En storhet för sjuksköterskan i att få möta människor, både patienter och närstående i den utsatta situation som de befinner sig i när döden är nära och livet är på väg att ta slut. Innebörden i sjuksköterskornas upplevelser visar sig även som en *strävan efter att uppfylla en idealbild* i vårdandet av patienter och närstående inom den palliativa vården, vilket visar sig genom ett pendlande mellan tillfredsställelse och att inte nå ända fram. Sjuksköterskorna beskriver en stark vilja att göra det bästa för patienter och närstående men de talar om att det inte alltid är så lätt. Det handlar även om att sjuksköterskorna kan *gå in och ut mellan olika världar* och ställa om sig utifrån de behov som uppstår under ett arbetspass.

### Strukturell analys

För att förklara den "gissning" som gjorts i den naiva förståelsen har utgångspunkten varit de antaganden som formulerats ovan; *känsla av storhet*, *strävan efter att uppfylla en ideal bild och att gå in och ut mellan olika världar*. Utifrån den naiva förståelsen har jag sedan använt mig av en tematisk analys under den strukturella analysen. Texten har under den strukturella analysen delats in i meningsenheter utifrån hela texten. En meningsenhet kunde vara ett ord, ett stycke eller en hel mening som uttryckte liknande innehåll och innebörd i att vårda patienter i palliativt skede inom den slutna vården. Därefter kondenserades meningsenheterna. Texten abstraherades och formulerades sedan till subteman och slutligen till teman (tabell 1). I resultatet presenteras innebörden i åtta teman. Temat tacksamhet att ta del av en annan människas liv och avslut presenteras i form av en separat tabell (tabell 2) för att åskådliggöra analysprocessen.

**Tabell 1.** Beskrivning av teman och subteman.

<b>Tema</b>	<b>Subtema</b>
<b>Tacksamhet över att få ta del av en annan människas liv och avslut.</b>	Strävan att uppnå fullständighet. En förmån och en gåva att få delta och bidra i något stort.
<b>Att bli berörd av det kroppsliga och existentiella.</b>	Att veta med sig och känna sig berörd när kroppen förändras hos patienten i livets slutskede. Att hitta sig själva. Existentiella tankar både om sin egen död och sin roll som sjuksköterska.
<b>Att leva platsen och rummet.</b>	Omgivningens betydelse i vårdandet. Att vara i en ständig växling. Att önska en särskild och fredad plats.
<b>Att ge och ta emot kraft/energi.</b>	Att tömmas på energi och känslor. Att finna vila i det akuta vårdandet.
<b>Öppenhet inför patienter och kollegor.</b>	Att sträva efter kontinuitet är ingen självklarhet på akutvårdsavdelning. Att känna av och ta del av varandras känslor och erfarenheter.
<b>Att införliva kunskapen i sig själv.</b>	Att kunna sin sak. Att ha god kunskap både om sig själv och andra.
<b>Förmåga att göra om sig själv.</b>	Känslan och möjligheten i att förändra sig själv inför varje möte.
<b>Tiden som inte finns.</b>	Att känna stress och otillfredsställelse. Att vara otillräcklig.

### **Tacksamhet över att få ta del av en annan människas liv och avslut**

Att få ta del av en annan människas liv och avslut innebär att ständigt arbeta mot ett mål och en strävan i att uppnå fullständighet i den unika situation som råder. För att uppnå fullständighet engagerar sig sjuksköterskorna djupt i sitt arbete. Det visar sig i en stark vilja och önskan att göra det allra bästa för patient och närstående, att vilja vara *fullständig*.

*”på nåt sätt att det blir bra...och det är viktigt för det är liksom det kanske bara handlar om några dagar till...som dom har tillsammans och då skall det få bli så bra som det kan bli i den situationen...”(6).*

Möjligheten i att få vara med och komma fram till ett bra avslut i livet bidrar till en känsla av mening och storhet. Det berikar sjuksköterskornas sätt att vara och visar sig i utövandet av sitt arbete, *det är en förmån och en gåva att få delta och bidra i något stort*. Men texten talar även om att det kan finnas risk med att vara för engagerad - att få

för nära relation till patienten. För att klara av och orka med sitt dagliga arbete måste sjuksköterskorna skydda sig själva genom att arbeta professionellt.

*”Sen får man ju begränsa sig också personligen då..... så att man inte går in i ett för djupt engagemang, för då blir det ingen bra vårdrelation .....känner jag ...Så man inte går in och blir för nära och personlig för det, det blir inget bra känner jag.....där måste ju vi, eller jag då, begränsa mig i relationen ...så att jag kan ge dom ett professionellt stöd känner jag.....”(4).*

**Tabell 2.** Beskrivning av temat tacksamhet att ta del av en annan människas liv och avslut utifrån meningsenheter, kondensation och subtema.

Meningsenheter	Kondensation	Subtema	Tema
<p>Man måste ju ändå vara nära men ändå inte för nära. Så man inte går in för nära och personlig, det blir inget bra.</p> <p>Är patienten nöjd då är jag ju nöjd, det är på nåt vis hela tiden det man strävar efter varje dag på jobbet. Det är så viktigt för att det ska bli ett så bra avslut som möjligt. Man är ju beroende av tillfredsställelse och bekräftelse i det på nåt sätt att det blir bra.</p> <p>Man blir väldigt engagerad just i dom palliativa patienterna. Det kräver ju större engagemang med dom palliativa patienterna. Djupare samtal som kräver engagemang.</p>	<p>Att vara nära, distanserad och professionell.</p> <p>En stark vilja att göra ett bra arbete.</p> <p>Att vara djupt engagerad.</p>	<p>Strävan att uppnå fullständighet.</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> <p><b>Tacksamhet att ta del av en annan människas liv och avslut</b></p> </div>
<p>Det är en väldigt stor och fin sak att vara tillsammans med patienter och deras närstående under den här sista tiden. Det är fantastiskt att få sitta och vara med. Det känns stort, man får ta del av en annan människas liv mer på djupet.</p> <p>Man får ju en kick av att jobba med dom här patienterna. Självpuppfyllande, blir bekräftad. Det är stimulerande och roligt att man lär känna patienterna och deras familjer mer.</p>	<p>Upplevelse av storhet, vördnad och respekt.</p> <p>En känsla av tillfredsställelse</p>	<p>En förmån och en gåva att få delta och bidra i något stort.</p>	

## Att bli berörd av det kroppsliga och existentiella

Kroppen förändras i takt med att sjukdomen fortskrider och därmed förändras patientens livsvärld. Att konfronteras med patientens kroppsliga förändring i det dagliga mötet mellan sjuksköterska och patient innebär att sjuksköterskan berörs av varje unik situation, vilket handlar om *att veta med sig och känna sig berörd när kroppen förändras hos patienten i livets slutskede*. Det spelar ingen roll om de är ”vana” att se förändringarna, de blir lika berörda varje gång. Texten talar om en upplevelse och känsla av obehag inför den snabba förändring som sker med patientens kropp i det sena palliativa skedet. Känslan som väcks hos sjuksköterskan i mötet med patient och närstående innebär stort medlidande och empati för både patient och närstående. En sjuksköterska berättar så här:

*”Det känns obehaglig att det ska behöva vara så, att man ska bli skelett, det kan kännas jobbigt men inte någonting som ändå påverkar vad man gör trots att man gör det så mycket och att man kan så mycket så kan man ändå bli lite ställd, då när kroppen förändrar sig så mycket”(5).*

I vårdandet av patienter i palliativt skede väcks existentiella tankar, tankar och känslor som rör livet och döden och påverkar hur de möter patientens behov. Sjuksköterskans egna tankar om döden och rollen som sjuksköterska aktualiseras i mötet med svårt sjuka och döende patienter. Det visar sig genom en medvetenhet om vad livet kan innebära och hur sårbar människan är när sjukdomen tar över. Innebörden handlar om *existentiella tankar både om sin egen död och sin roll som sjuksköterska*. I det existentiella mötet framträder dessa frågor tydligare när sjuksköterskan ser sig själv i samma situation och kan identifiera sig med patienten.

*”Man blir väl mer berörd och funderar mer när man har patienter i ens egen ålder och samma situation som man själv”(6).*

Patientens kroppsliga och existentiella behov väcker en osäkerhet i sjuksköterskans yrkesroll och även i sin egen identitet genom att inte veta hur de skall hantera situationen, framförallt då de möts av existentiella frågor. De är lättare att möta patienter och närstående i dessa frågor om man har bearbetat sina egna existentiella frågor, det vill säga, funnit sig själva som personer, *hittat sig själva*. Några sjuksköterskor berättar så här:

*”Kommer in på existentiella frågor, andliga frågor, där är jag väldigt försiktig, där vågar inte jag riktigt” (3).*

*”Nånstans så hittar man ändå en grund där man själv står annars kan man inte själv möta någon som har existentiell ångest.....och innan man kommer dit så är man inte bekväm, då vill man, då mår man inte bra i dom situationerna...”(5).*

## Att leva platsen och rummet

*Omgivningens betydelse i vårdandet* visar sig genom en mer tillåtande atmosfär för alla som är involverade i vårdandet. Det innebär en ökad trygghet i vårdandet och visar sig genom att en känsla av lugn och harmoni inträder på de speciellt inredda rummen även då det kan vara mycket att göra på avdelningen. Det blir en plats för vila för både patienter, närstående och personal. Texten talar även om hur miljön förbättrar vårdkvaliteten.

*”Det är ju mycket trevligare och dom är ju större rummen och lite mer...ja, trevligt inredda och mjuka färger då som påverkar också.....och TV och soffa så att anhöriga kan.....Och det har ju blivit mycket mycket bättre ju.....hm.....och det upplevs ju av alla då som ligger på dom här rummen”*(4).

Att arbeta på en akutvårdsavdelning med platser för patienter som vårdas i palliativt skede föder både positiva och negativa känslor. Det som är positivt handlar om att det ger balans i tillvaron och döden blir därmed en mer naturlig del i sjuksköterskans livsvärld. En negativ aspekt är känslan av att känna sig splittrad i sitt arbete vilket arbetet med patienter i palliativt skede bidrar till, då samtidigt övriga patienter också behöver sina behov tillgodosedda. Det handlar för sjuksköterskorna om *att vara i en ständig växling* i sitt dagliga arbete.

*”det känns lite mer som som livet är.....det finns liksom, döden finns mitt ibland oss.....”*(8).

*”Ja, det är väl återigen att jag ser det som lite synd att det skall vara så blandat.....att man inte får ha en speciell enhet för det.....det är ju kluvet.....”*(7).

För många innebär det en stark önskan att få en separat palliativ avdelning, det handlar om *att önska en särskild och fredad plats* med tillräckliga resurser för att kunna tillgodose behoven hos patienter och närstående i den palliativa vården.

*”Men det allra bästa vore ju en avdelning där alla såna här.....såna här palliativa patienter ligger”* (3).

## Att ge och ta emot kraft/energi.

Det tar mycket kraft och energi från sjuksköterskorna att arbeta med patienter som befinner sig i palliativt skede. Det handlar om att ge mycket av sig själva i mötet med patienterna både som medmänniska och vårdare vilket innebär *att tömmas på energi och känslor*. Lyhördhet och känslighet behövs för allt som sker i mötet med både patienter och närstående. Dock uttrycker texten att sjuksköterskorna får mycket tillbaka av patienter och närstående som gör att de upplever bekräftelse och stimulans i sitt arbete. Detta bidrar till att de orkar och finner en mening i det som de gör. En sjuksköterska berättar:

*”Upplevelsen om man säger så att det kan vara väldigt jobbigt,... det kan vara väldigt jobbigt, det kan vara både en positiv och en jobbig upplevelse. Den palliativa vården är väldigt krävande för att du måste gå från lycka till att det är mycket sorg, väldigt mycket tragik.... Att vårda palliativa patienter om man säger så det är upp och ner hela tiden men det ger väldigt mycket samtidigt som det tar väldigt mycket av en.....”(1).*

Att vårda patienter med akuta sjukdomar och ohälsa framstår som vila - en paus - och därmed ett positivt inslag i vårdandet. Dessa patienter kräver inte lika djupt känslomässigt engagemang och tar inte kraft på samma sätt som att vårda patienter i palliativt skede. Därmed upplevs vårdandet som ett andningshål och möjlighet att hämta ny kraft och att ny energi infinner sig, det handlar om *att finna vila i det akuta vårdandet*. En sjuksköterska säger så här:

*”Jag vill ha kirurgpatienter i två veckor, jag vill ha gallor, där jag inte behöver bry mig... Man kan behöva den avlastningen ibland”(5).*

## **Öppenhet inför patienter och kollegor**

Arbetet på avdelningen där patienter vårdas för olika sjukdomar och ohälsa samtidigt som palliativ vård bedrivs upplevs många gånger svårt. Det innebär för sjuksköterskorna att de inte alltid kan vara tillgängliga och därmed komma tillräckligt nära de patienter som är i palliativt skede. Tillgänglighet och närhet är en förutsättning för att kunna se och lära känna patienterna och de närstående och sedan utifrån det kunna möta och tillgodose deras behov. Men *att sträva efter kontinuitet är ingen självklarhet på akutvårdsavdelning*.

*”Det gäller att man får den här speciella relationen och har du eller är du inte där kontinuerligt så får du inte den relationen. Och det tycker jag kan vara känslomässigt jobbigt.....”(1).*

Under vissa arbetspass, framförallt kvällar och helger har sjuksköterskorna ansvar för olika patienter med varierande sjukdomar både svårt sjuka och döende samt akuta fall. Detta blir ett hinder för att uppnå en djupare relation med patient och närstående och väcker en känsla av olust. Men viljan är stark och engagemanget är stort när det gäller att få det att fungera på bästa sätt utifrån hur verksamheten är organiserad.

*”Sen vill jag ju att man skall ha rätt så långa pass med palliativa.....det vill jag för att man skall kunna ge ändå så god vård som möjligt.....”(8).*

*”.....men...vi gör det bästa av situationen här på akutvårdsavdelningen för dom palliativa patienterna ...”(1).*

Sjuksköterskorna har behov av att reflektera över olika situationer och handlingar som sker i arbetet. De har behov av att kommunicera och ventilera med sina kollegor, *att känna av och ta del av varandras känslor och erfarenheter* blir därför ett värdefullt stöd. En förutsättning för att kunna dela med sig av sina innersta tankar och känslor är att kunna ge och ta emot känslor som väcks i vårdandet.

*”Det finns mer behov av att prata med sina kollegor i stället.....än vad det kanske gör på, om man jobbar med brutna ben hela tiden.....”(5).*

## **Att införliva kunskapen i sig själv**

Att vårda patienter i slutskedet av livet bör innebära att ha god kunskap om palliativ vård och vad som är viktigt för att kunna möta och tillgodose patienternas och de närståendes behov. Men det är inte alltid ny kunskap som är viktigt utan det handlar även om hur de är som personer och hur de använder sig av sin levda kunskap i sitt arbete, det är viktigt *att kunna sin sak*. Det handlar om den intuitiva och tysta kunskapen som de bär med sig utan att reflektera över det. Sjuksköterskorna behöver fördjupad kunskap dels för att lära sig mer inom området och för att kunna möta patienter och närstående på bästa sätt. Det är viktigt att få fördjupad kunskap om både hur de själva reagerar i vårdandet och vad patienter och närstående behöver samt att få bekräftelse i hur de utför sitt arbete i dag. Det innebär *att ha god kunskap både om sig själv och andra*.

*”det känns som om att ju mer palliativt inriktad man blir, ju mer kurser och ju mer utbildningar och ju mer vill man höra och få och samtidigt som man hör och får det så känner man många gånger att .....det här var inget nytt, det här, det här kan jag redan, det här gör vi redan.....”(5).*

## **Förmåga att göra om sig själv**

Att vara sjuksköterska och vårda patienter i palliativt skede inom den slutna vården kan beskrivas som en förmåga att göra om sig själv inför varje möte med patient och närstående. Det innebär att ställa om sig i olika situationer, att kunna gå in och ut mellan olika världar. En sjuksköterska säger:

*”särskilt på kvällar när vi är själva, då har vi fortfarande den här blandningen av att vi har en blindtarm i ena rummet och en svårt cancersjuk i andra rummet, det är det där att ställa om sig.....”(1).*

Genom att passera dörröppningen till ett rum, går de också in i en annan roll och värld för att kunna möta just den unika patienten och de personer som eventuellt befinner sig i

rummet. Denna känsla av förvandling införlivas i sjuksköterskornas person och sätt att vara.

*”Och man kan stanna upp utanför dörren på rummet man ska gå in på och och liksom .....ta ett andetag och nu går jag in här.....eh.....och att man anpassar sig då, man på nåt vis förvandlas när man när man går igenom dörren.....”(5).*

Det fungerar som en form av instrument vilket de använder sig av för att gå in i olika roller, det är som ett skifte mellan olika världar. Rollen som de ikläder sig kan vara både medveten och omedveten och det handlar om en känsla och möjlighet i att förändra sig själv inför varje möte.

*”det handlar ju, ja.....jag säger alltid det att sjuksköterskeyrket är lite utav, man är lite skådespelerska. Jag tycker liksom att man, man kan nästan sätta sig in i..... ja, ja, man kommer in i en annan roll på nåt sätt tycker jag.....som sjuksköterska när du vårdar dom här palliativa patienterna”(2).*

## **Tiden som inte finns**

Texten uttrycker en strävan efter att tiden måste räcka till i vårdandet av patienter som befinner sig i palliativt skede för att kunna uppnå det optimala vårdandet. Det behövs mer tid för dessa patienter och närstående i förhållande till patienter som vårdas för akuta åkommor. Sjuksköterskorna talar om en känsla av att vara stressade över att inte hinna med sitt arbete som de egentligen skulle vilja. Det innebär ett dilemma där ideal och verklighet inte stämmer överens.

*”Tiden finns inte...hade man vart som kanske lite fler eller man kunde ta sig, jag vet inte, mer tid för ja....det är ju det..... det bästa man kan ha är ju tid, eh...värme, omtanke, kan jag tycka...”(1).*

Att inte hinna med patienter och närstående i den palliativa vården samtidigt som patienter med andra sjukdomar och ohälsa och är i behov av hjälp innebär upplevelse av otillfredsställelse och rädsla över att tidsbristen speglar av sig i vårdandet. Detta leder till en känsla av *stress och otillfredsställelse*. Tiden finns inte alltid och patienter och närstående i palliativt skede behöver mycket tid i form av stöd och samtal.

*”.....sen är det ju perioder när det är bara är in och ut också.....och man bara hoppas att inte stressen skall lysa ur ögonen på en när man är där inne”(7).*

Att arbeta med patienter och närstående i palliativt skede innebär för sjuksköterskorna en upplevelse och känsla av både tillfredsställelse och otillfredsställelse. Att inte kunna

ge patient och närstående det som behövs i vårdandet är otillfredsställande, och en känsla av *otillräcklighet* infinner sig. Men när patienter och närstående är nöjda och sjuksköterskorna får bekräftelse på vad de gjort känner de tillfredsställelse och därmed en fullständighet i vårdandet.

*”sen är det ju det är ju en utmaning varje dag, för det är ju stora problem med dom här patienterna.....som man ställs inför.....och att.....eh.... tillsammans lyckas hitta då någon form av linje som man kan hålla sig till och.....en väg att gå så att allting blir bra är ju.....tillfredsställande, om igen.....”(5).*

## Tolkad helhet och diskussion

Under det tredje och sista steget i tolkningsprocessen, den tolkade helheten, samlas studiens olika delar ihop och reflekteras över till en ny helhet. Forskaren intar en subjektiv öppenhet, denna nya helhet tillsammans med förförståelse ger uttryck för den innebörd/mening som varit dold i texten (Lindseth & Norberg, 2004). En ny mening och djupare förståelse för innebörden i fenomenet framträder.

Sjuksköterskornas berättelser om upplevelser av att vårda patienter vilka är i ett palliativt skede och vårdas inom den slutna vården kan förstås som att sjuksköterskorna förflyttar sig i ett vara som utmärks av *kontraster* och *det motsägelsefulla* i det dagliga arbetet. *Kontraster* i betydelse att upplevelserna kan framstå som starkt framträdande olikheter och *det motsägelsefulla* i betydelse av att dessa upplevelser innehåller motstridiga tankegångar. Innebörden i att vårda i detta sammanhang handlar om att sjuksköterskan förflyttar sig mellan olika situationer under dagens arbete där skiftningarna i upplevelserna är stora. van Manen (1990) talar om livsvärldsbegreppet som strukturer i form av olika livsvärldsexistentialer. En av dessa existentialer är ”the lived space”, det levda rummet/platsen. van Manen hävdar att rummet och platsen ofta uppfattas helt oreflekterat. Dock påverkar rummet och platsen oss hur vi mår. Vi blir också en del av det levda rummet som vi befinner oss i, det vill säga det blir en levd tillvaro. För att förtydliga min tolkning kopplar jag samman van Manens teori med min tolkade helhet. Sjuksköterskorna går från ett rum till ett annat och går därmed mellan liv och död, och ställer i denna stund om sig till lugna och harmoniska vårdare. Därmed ikläder de sig en roll där de intalar sig om att det finns tid för det som krävs av henne. I samma stund som de förflyttar sig mellan rummen så förflyttar de också sig inom sig själva, denna rörelse kan vara både medveten och omedveten. Att som sjuksköterska se hela människan och i det, den kroppsliga förändringen som är så påtaglig i detta skede, handlar om att kunna mötas i *kontrasternas* tillvaro och att vara äkta. Det förstås som en balansgång i förflyttningen mellan att känna sig otillräcklig/otillfredsställd och tillräcklig/tillfredsställd i sitt arbete. Förmågan att kunna balansera påverkas av många olika saker, bland annat av hur beläggningen är på avdelningen, vilka behov patienterna har och vilken personalbemanning som råder.

Under hela arbetspasset strävar sjuksköterskan efter att uppnå ett ideal där vårdandet skall bli så optimalt som möjligt för alla som är i behov av vård och stöd. Det är som att lägga ett pussel där alla bitarna skall sättas på plats innan dagen är slut. Det handlar återigen om att sjuksköterskan förflyttar sig mellan olika situationer och försöker lösa dem på bästa sätt, lägger ”bitarna” på plats, att se *kontraster och det motsägelsefulla* och att kunna förflytta sig mellan dem. Allt för att nå fram till en fullständighet, ett resultat där både patienten och sjuksköterskan är nöjd. Men många gånger upplever sjuksköterskorna en otillfredsställelse i att inte räkna till, vilket visar sig i en känsla av stress och frustration över att inte hinna med det som de borde göra.

Wallerstedt och Andersheds (2007) har i sin forskning visat att det många gånger är svårt för sjuksköterskorna att vårda patienter i palliativt skede samtidigt som de på samma avdelning vårdar patienter med botbara sjukdomar. Blomberg och Sahlberg-Blom (2007) menar att det kan vara svårare att arbeta med närhet inom denna kontext. En kollision mellan den kurativa och palliativa kulturen fanns både i arbetslaget och inom varje enskild personal. Resultatet i min studie svarar även an på det som Berterö (2003), Appelin, Brobäck och Berterö (2005) har studerat, distriktssköterskors upplevelser av palliativ vård i hemmet. Där framkom att distriktssköterskorna upplevde en känsla av frustration över att inte kunna ge den omvårdnad som de skulle vilja ge. De kände även en frustration över att det inte fanns tillräckligt med tid för att kunna ge enskilda patienter allt som behövdes, de upplevde en känsla av otillräcklighet i sin profession. Resultatet i den aktuella studien överensstämmer också med Wallerstedts och Andersheds (2007) och Bergdahls, Wikströms och Andersheds (2007) forskning som visat att sjuksköterskor vilka arbetar inom palliativ vård som kräver djupt engagemang kan uppleva sitt arbete både positivt och negativt. Målet med vårdandet var också där att få patienten att känna välbefinnande och att han/hon skall få den bästa möjliga vård.

Intervjupersonerna i föreliggande studie talade om att de trivdes med sitt arbete och upplevde det mest positivt att arbeta inom denna kontext där det är stora variationer både omvårdnadsmässigt och känslomässigt. De tyckte det kunde vara bra med blandningen av patienter med olika sjukdomar och ohälsa, och att detta kunde upplevas som stimulerande. Det fanns dock en stark önskan hos många av intervjupersonerna att få en separat palliativ avdelning. De skulle då kunna erbjuda mer lugn och ro och förhoppningsvis också hinna med patient och närstående på ett bättre sätt. Men att ändå arbeta kvar inom denna kontext förstås som en utmaning och personlig växt hos sjuksköterskan i att klara av sitt dagliga arbete på bästa sätt. Arbetet med patienter i palliativt skede är givande men samtidigt tröttande, det både ger och tar kraft. Wallerstedt och Andersheds (2007) menar att sjuksköterskorna i mötet med patient och närstående upplevde meningsfullhet och att de utvecklades som människor. Efter en intensiv period med många dödsfall kunde sjuksköterskorna dock uppleva stress och trötthet. Ternstedt (2007) talar om moralisk stress vilken skapas då personal inom palliativ vård upplever press och stress. Hon anser att detta visar sig mer inom vårdformer där personal inte har specialkompetens och förankring i en tydlig vårdfilosofi, vilket däremot hospice och den palliativa vårdens filosofi har.

Det visar sig i studien att sjuksköterskorna har behov av att reflektera över det som händer i sitt dagliga arbete. Bégat och Severinsson (2006) hävdar att handledning har

betydelse för hur sjuksköterskor hanterar sin arbetssituation.Handledning ger sjuksköterskan kraft och genom reflektion möjliggörs lärande och förståelse. Begreppet moralisk stress definieras av Severinsson (2003) som stress vilken orsakas av arbetssituationen och kan ha negativ inverkan på våra etiska uppfattningar. Det goda man vill förverkliga hindras av olika faktorer och därmed ökar känslan av att inte räckta till. Hon hävdar att upplevelsen av moralisk stress kan leda till hälsoproblem såsom utbrändhet.

Sjuksköterskorna i studien beskriver vikten av att vara medveten om och kunna möta patienten när kroppen förändras på grund av sjukdomen. Lawton (1998) beskriver i sin studie om de kroppsliga förändringar som drabbar svårt sjuka cancerpatienter, att det handlar om "läckande kroppar". Patienten kan inte längre kontrollera sin kropp och det som händer med den. Det kan handla om utseende, sår och illaluktande kroppsvätskor. Detta kränker patientens värdighet och visar sig i form av att de drar sig undan och vill vara för sig själva, de blir bundna till sina kroppar. I föreliggande studie upplevde sjuksköterskorna ibland en osäkerhet inför den kroppsliga förändringen men kände medkänsla och empati i mötet med patienten.

I en litteraturöversikt över aktuell forskning som speglar vården i livets slutskede belyses all forskning inom området som gjorts i Sverige där både patient -, närstående - och personalperspektivet har studerats (Ternestedt, 2007). Resultaten som framträder i nämnd litteraturöversikt när det gäller personalperspektivet överensstämmer med min studie oberoende om forskningen är utförd i hemmet, på hospice eller på sjukhus. Sandgren et al. (2006) påtalar att den palliativa vårdens intentioner behöver införas även inom den traditionella vården och att det behöver avsättas tillräckliga resurser för detta. I prioriteringsutredningen SOU (2001:6) har det beslutats att palliativ vård som vårdform skall prioriteras. För att kunna tillgodose detta är det av största vikt att studera hur vårdpersonalen upplever sin situation. Om vårdarna mår bra och får stimulans i sitt arbete överförs denna känsla till patient och närstående i form av en god vårdrelation och ett gott arbetsklimat.

## Metoddiskussion

Då syftet med studien varit att beskriva och tolka innebörden i sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter och närstående i palliativt skede inom den slutna vården och jag arbetar som sjuksköterska inom området föll det sig naturligt att välja fenomenologisk hermeneutisk metod. I denna metod är det tillåtet att i vissa delar av forskningsprocessen använda sig av sin förförståelse samt tolkning utifrån teorier. Min förförståelse har varit en tillgång för att kunna förstå, förklara, beskriva och tolka det fenomen jag undersökt men det kan också ha inneburit en risk. Jag kan ha tagit saker för självklara och inte lyssnat in intervjupersonerna eller inte varit tillräckligt lyhörd och öppen. Dock har jag reflekterat mycket över min förförståelse under arbetets gång. I val av metod hade alternativet varit en rent fenomenologisk ansats men då man skall sätta sin förförståelse inom parentes var det uteslutet att renodlat använda mig av den metoden. Att enbart använda en hermeneutisk metod var inte heller aktuellt då jag var

intresserad av att studera fenomenet utifrån en livsvärldsansats. Valet att använda mig av en fenomenologisk hermeneutisk metod har gjort att det framkommit en bredare och djupare tolkning för att belysa fenomenet.

Studiens resultat presenterar en av flera möjliga tolkningar. Ricour (1998) menar att texten inbjuder till olika läsningar och olika tolkningar. Validitet inom kvalitativa studier innebär att forskaren måste vara medveten om att validitet skall pågå enligt vissa strategier under hela forskningsprocessen (Kvale, 1997; Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002). Jag har i studien arbetat utifrån den hermeneutiska cirkeln, jag har pendlat mellan helhet och delar och återigen till helhet. Under strukturanalysen har jag strävat efter att förhålla mig så objektivt som möjligt, att försöka att vara öppen och ifrågasätta vad som egentligen sagts under analysens gång. För att validera mitt arbete har jag noggrant beskrivit min professionella erfarenhet, kontext där intervjuerna genomförts, hur datamaterialet har bearbetats både i transkription och i analys. I studien har citat använts för att styrka tolkningarna och för att validera de innebörder som beskrivits i resultatet (Sandelowski, 1994). Ett sätt att ytterligare validera resultatet hade varit att diskutera och kritisera studien i seminarium med lärare och studenter, men detta har ej varit möjligt då det för tillfället är få studenter som arbetar med sin magisteruppsats vid institutionen. Jag har använt mig av vetenskaplig litteratur som är relevant för ämnet och under handledningsprocessen diskuterat uppläggning, genomförande och analys tillsammans med min handledare som har erfarenhet av den valda forskningsmetoden.

I studien har ett litet datamaterial använts men ett större hade ej varit möjligt med tanke på tidsperspektiv. Studiens mål strävar inte efter att vara generaliserbart utan att beskriva innebörder i fenomenet sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i ett palliativt skede och som vårdas inom den slutna vården. Alla de tillfrågade sjuksköterskorna var villiga att delta i studien. Sjuksköterskorna berättade med inlevelse och engagemang och ansträngde sig för att kunna berätta om situationer de upplevt som sjuksköterska. Dock visade de ibland en viss svårighet i att berätta om sina upplevelser och återkom ibland med uttalanden som: ”det är så svårt att beskriva det”. Sjuksköterskorna ansåg att det var ett stort och brett område och att de inte var förberedda på en ”öppen fråga”. En möjlighet hade därför varit att bifoga inledningsfrågan i samband med förfrågan om deltagande i studien.

## **Slutsatser**

Att vårda patienter i palliativt skede inom den slutna vården handlar om kontraster och det motsägelsefulla. Det visar sig i resultatet att sjuksköterskorna upplever att det är något stort som sker i vårdandet och att de har stark vilja och engagemang i att kunna vara delaktiga i att sluta livets cirkel på allra bästa sätt, trots att situationen kan vara pressad många gånger. På grund av att tiden inte räcker till blir gapet mellan ideal och verklighet för stort vilket riskerar att skapa moralisk stress hos sjuksköterskorna. Det har även visat sig att miljön påverkar oss hur vi mår och därmed hur vi handlar i olika situationer. Mina personliga reflektioner utifrån studiens resultat är att en separat palliativ avdelning skulle vara till fördel för alla parter, både patient, närstående och personal. Men kanske kommer känslan av att inte räkna till som sjuksköterska för den

enskilda unika människan, som är i stort behov av stöd och tröst i denna speciella stund av livet, att finnas där ändå. En förhoppning är att studiens resultat väcker tankar hos läsaren och kan bidra till bättre vårdkvalitet för patienterna men även en bekräftelse i det som sjuksköterskor gör. Jag har i denna studie enbart riktat mig mot sjuksköterskors upplevelser men vidare forskning behövs som beskriver andra personalkategorier som är involverade i vårdandet av patienter och närstående inom palliativ vård inom den slutna vården.

## **Praktiska implikationer**

Utifrån resultatet har jag några förslag på praktiska implikationer:

- Tid för reflektion genom regelbunden processhandledning är ett sätt att få möjlighet för vårdpersonalen att reflektera över och diskutera det som händer i arbetet och hur det påverkar dem som människor och vårdare.
- Kontinuerlig utbildning i palliativ vård för att få ny kunskap och stärka personalen i sin yrkesroll. Belysa vikten av evidensbaserad kunskap.
- En utökning av personalbemanning så att behoven hos patient och närstående kan tillgodoses, därmed minskar även den moraliska stressen hos vårdaren och de orkar med sitt arbete på ett bättre sätt.
- Förändra och förbättra den fysiska miljön genom fortsatt renovering av befintliga rum.

## REFERENSER

- Andershed, B. (1998). *Att vara nära anhörig i livets slut. Delaktighet i ljuset – delaktighet i mörkret* (akad. avh.). Uppsala universitet, medicinska fakulteten, Uppsala.
- Andershed, B. (2006). Relatives in end-of-life – part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. *Journal of Clinical Nursing*, 15(9), 1158-1169.
- Andershed, B., & Ternestedt, B-M. (2001). Development of a theoretical framework describing relatives' involvement in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 34(4), 554-562.
- Appelin, G., Brobäck, G., & Berterö, C. (2005). A comprehensive picture of palliative care at home from the people involved. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(4), 315-324.
- Barnard, A., Hollingum, C., & Hartfiel, B. (2006). Going on a journey: understanding palliative care nursing. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(1), 6-12.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (red) (2005). *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Bégat, I., & Severinsson, E. (2006). Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work environment. *Journal of Nursing Management*, 14(8), 610-616.
- Berterö, C. (2002). District nurses' perceptions of palliative care in the home. *American Journal of Hospice Care*, 19(6), 387-391.
- Bergdahl, E., Wikström, B-M., & Andershed, B. (2007). Esthetic abilities: a way to describe abilities of expert nurses in palliative home care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(4), 752-760.
- Bengtsson, J. (2001). *Sammanflätningar: Husserls och Merleau-Pontys fenomenologi*. Göteborg: Daidalos.
- Blomberg, K., & Sahlberg-Blom, E. (2007). Closeness and distance: a way of handling difficult situations in daily care. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 244-254.
- Brobäck, B., & Berterö, C. (2003). How next of kin experience palliative care of relatives at home. *European Journal of Cancer Care*, 12(4), 339-346.
- Clark, D., & Seymour, J. (1999). *Reflections on palliative care*. Philadelphia: USA.
- Dahlberg, K., Drew, N., & Nyström, M. (2001). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Dunne, K., Sullivan, K., & Kernohan, G. (2005). Palliative care for patients with cancer: district nurses' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 50(4), 372-380.
- Edvardsson, D., Sandman, P.O., & Rasmussen, B. (2006). Caring or uncaring – meanings of being in an oncology environment. *Journal of Advanced Nursing*, 55(2), 188-197.
- Etikprövningsnämnden (2004). *Etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2006-10-01 från <http://www.epn.se>
- Georges, J-J., Grypdonck, M., & Dierckx de Casterie, B. (2002). Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11(6), 785-793.
- Hedley, V. (1993). *I dödens närhet. Sjukvårdspersonalens upplevelser och reaktioner i vården av döende patienter* (akad. avh.). Karolinska institutet, institutionen för psykosocial miljömedicin, Stockholm.
- Jakobsson, E. (2006). *End-of-life care in a Swedish county - patterns of demographic and social conditions clinical problems and healthcare use* (akad.avh.). Göteborgs Universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.
- Kristensson Ugglå, B. (1994). *Kommunikation på bristningsgränsen*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lawton, J. (1998). Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded body and "dirty dying". *Sociologi of Health and Illness*, 20(2), 121-143.
- Lindahl, B., Sandman, P-O., & Rasmussen, B. (2003). Meanings of living at home on a ventilator. *Nursing Inquiry*, 10(1), 19-27.
- Lindahl, B., Sandman, P-O., & Rasmussen, B. (2005). On becoming depended on home mechanical ventilation. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 33-42.
- Lindahl, B. (2005). *Möten mellan människor och teknologi* (akad. avh.). Umeå universitet, institutionen för omvårdnad, Umeå.
- Lindseth, A., & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145-153.

- Mohan, S., Wilkes, L.M., Ogunsiyi, O., & Walker, A. (2005). Caring for patients with cancer in non-specialist wards: the nurse experience. *European Journal of Cancer Care*, 14(3), 256-263.
- Mok, E., & Chiu, P.C. (2004). Nurse-patient relationship in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 475-483.
- Morse, J.M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 1-19.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research, Principles and Methods*. USA: Lippincott.
- Rasmussen, B., Sandman, P.O., & Norberg, A. (1997). Stories of being a hospice nurse: A journey towards finding one's footing. *Cancer Nursing*, 20(5), 330-341.
- Rasmussen, B. (1999). *In pursuit of a meaningful living amidst dying: Nursing practice in a hospice* (akad. avh.). Umeå Medical Dissertations, New Series No. 592, Umeå universitet, Umeå.
- Rasmussen, B., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Striving for becoming at-home in the midst of dying. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 17(1), 31-43.
- Ricoeur, P. (1981). *Hermeneutics and human sciences*. Cambridge MA, Cambridge University Press.
- Ricoeur, P. (1993). *Från text till handling*. (Red. Kemp.P. & Kristensson, B.) Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.
- Ricoeur, P. (1998). *Paul Ricoeur. Hermeneutics and the human sciences. Essays on language, action and interpretation* (J.B. Thomson, övers.). Paris och Cambridge: Editions de la Maison des Sciences de l'Homme and Cambridge University Press.
- Sandelowski, M. (1994). The use of quotes in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 17(6), 479-482.
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B., & Petersson, K. (2006) Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qualitative Health Research*, 16(1), 79-96.
- Sandman, L. (2001). *A good death. On the value of death and dying* (akad.avh.). Göteborgs universitet, institutionen för filosofi, Göteborg.
- Sandman, L. (2001). Palliative care in Sweden. Ingår i H. ten Have & R. Janssens (Red.), *Palliative care in Europe* (s.69-84). Amsterdam: IOS Press.

- Sandman, L., & Woods, S. (2003). *God palliativ vård – etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Schuster, Marja. (2006). *Profession och existens* (akad. avh.). Stockholms lärarhögskola, institutionen för vårdpedagogik, Stockholm.
- Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing and Health Sciences*, 5(1), 59-66.
- Seymour, J., Ingelton, C., Payne, S., & Beddow, V. (2003). Specialist palliative care: patients' experiences. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 24-33.
- SOU 2001:6. *Döden angår oss alla - värdig vård i livets slut*. Slutbetänkande av Kommittén om vård i livets slutskede. Statens Offentliga Utredningar. Stockholm: Graphium/Nordstedts Tryckeri.
- Strang, S., Strang, P., & Ternestedt, B-M. (2001). Existential support in brain tumour patients and their spouses. *Support Care Cancer*, 9(8), 625-633.
- Ternestedt, B-M. (1998). *Livet pågår - Om vård av döende*. FoU – rapport 53. Stockholm: Vårdförbundet.
- Ternestedt, B-M. (2007). *Forskning som speglar vården i livets slutskede. Sammanställning av aktuell forskning*. Socialstyrelsen. Hämtad 071013 från <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/A955450F-8EOE-41E5-A1F3-275A952B2CAE/7505/200712313.pdf>
- Thompson, G., McClement, S., & Daeninck, P. (2006). Nurses' perceptions of quality end-of-life care on an acute medical ward. *Journal of Advanced Nursing*, 53(2), 169-177.
- Thomsson, H. (2002). *Reflexiva intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.
- Tishelman, C., Bernhardson, B-M., Blomberg, K., Börjesson, S., Franklin, L., Johansson, E., m.fl. (2004). Complexity in caring for patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Cancer*, 45(4), 420-429.
- Twycross, R. (1998). *Palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. London, Ontario: State University of New York Press.
- Wallerstedt, B., & Andershed, B. (2007). Caring for dying patients outside special palliative care settings: experiences from a nursing perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(1), 32-40.

- Ödling, G., Norberg, A., & Danielsson, E. (2002). Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurses' opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 77-86.
- Öhlén, J. (2001). *Att vara i en fristad. Berättelser om lindrat lidande inom palliativ vård* (akad. avh.). Göteborgs universitet, institutionen för vårdpedagogik, Göteborg.



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

## Bilaga 1

### Till Dig som är sjuksköterska inom palliativ vård i den slutna vården

Under hösten 2006 kommer jag att genomföra en intervjustudie. Syftet är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter och närstående i palliativ vård inom den slutna vården. Att vårda patienter i palliativt skede på samma avdelning där akutsjukvård bedrivs är annorlunda och behöver belysas. För att kunna utveckla och förbättra den palliativa vården är det därför stor vikt att ta reda på hur sjuksköterskor upplever sitt arbete.

Intervjun beräknas att ta cirka en timma och kommer att spelas in med hjälp av en bandspelare. Efter intervjun kommer jag att skriva ut intervjun i sin helhet till text. Resultatet av analysen kommer att ligga till grund för min magisteruppsats i ämnet vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad.

Intervjumaterialet behandlas konfidentiellt. Det innebär att endast jag och min handledare, Berit Lindahl, Universitetslektor och Medicine Doktor, vid Institutionen för Vårdvetenskap, Högskolan i Borås, har tillgång till materialet. Allt material kommer att förvaras i låst utrymme under den tid vi inte arbetar med dem. Hanteringen av dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Resultatet kommer att redovisas så att ingen enskild person kan identifieras.

Jag ha fått Ditt namn och telefonnummer av Din avdelningschef och kommer under den närmaste tiden kontakta Dig för att bestämma lämplig tid och plats för intervjun. Du är också välkommen att kontakta mig om Du har ytterligare frågor kring studien. Deltagandet är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Ditt deltagande utan närmare förklaring.

Tack på förhand för Din medverkan  
Med vänliga hälsningar

Kristina "Tina" Johansson  
Sjuksköterska  
Magisterstuderande vid Institutionen  
för Vårdvetenskap, Högskolan Borås  
Telefon arbete: 0322-226368  
Telefon hem: 0322-102 44  
Mobiltelefon: 076-8032913  
E-post: [tina-johansson@telia.com](mailto:tina-johansson@telia.com)

---



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

## Bilaga 2

### **Skriftligt samtycke till att delta i studien sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativ vård inom den slutna vården**

Jag har nu idag (datum.....) muntligen informerats av magisterstuderande (namn.....) och tagit del av den skriftliga informationen angående studien som skall undersöka sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter i palliativ vård inom den slutna vården.

Jag ger härmed mitt samtycke att delta i en intervju och dela med mig av mina upplevelser av att vårda dessa patienter och deras närstående, samt ger även mitt samtycke till att detta samtal spelas in på band.

Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är fullt frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande utan att det på något vis påverkar mitt fortsatta arbete som sjuksköterska.

Datum för intervjun.....Klockan.....

Informantens namn.....

Informantens underskrift.....

Kristina "Tina" Johansson  
Sjuksköterska  
Magisterstuderande vid Institutionen  
för Vårdvetenskap, Högskolan Borås  
Telefon arbete: 0322-226368  
Telefon hem: 0322-102 44  
Mobiltelefon: 076-8032913  
E-post: tina-johansson@telia.com