

Att möta det svåra och oväntade

Ett vårdteams tankar och erfarenheter av strategier i
vårdarbetet vid det palliativa skedet av cancersjukdom.

FÖRFATTARE	Sandra Eek
PROGRAM/KURS	Sjuksköterskeprogrammet/ 180 högskolepoäng/ OM5250/ Examensarbete i Omvårdnad
	VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Joakim Öhlén
EXAMINATOR	Stefan Thorpenberg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Att möta det svåra och oväntade
Titel (engelsk):	To face the difficult and unexpected
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 Högskolepoäng/ Examensarbete i Omvårdnad/ OM2550
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Sandra Eek
Handledare:	Joakim Öhlén
Examinator:	Stefan Thorpenberg

SAMMANFATTNING (svenska)

Bakgrund - Det palliativa skedet av cancer är förenat med en stor komplexitet. Enligt tidigare fallstudier kan patienten uppleva brister i kommunikationen vid det palliativa skedet och även uppleva en frustration över att inte förstå meningen i vårdpersonalens handlingar och agerande. För att på bästa sätt kunna förbättra och förebygga denna frustration och bristande kommunikation behövs en större förståelse för hur vårdpersonalen arbetar i det palliativa skedet av cancersjukdom. Trots påvisad problematik och betydande utmaningar för vårdpersonalen i det palliativa skedet fanns det väldigt lite skrivet om strategier och arbetsätt vid palliativ cancervård.

Syfte- Föreliggande studie syftar till att belysa strategier och arbetsätt som vårdteamet talar om att de använde sig av i vårdarbetet för att stödja och hjälpa patienten att hantera sin vardag med livshotande sjukdom. Studien är utformad som en sekundär analys där fokusgruppsintervjuer med ett vårdteam analyserades utifrån innehållsanalys.

Resultat – Resultatet kan sammanfattas i fem övergripande strategier som beskriver vårdteamets strategier och arbetsätt: Att skapa en beredskap för att möta det svåra och oväntade Att skapa förutsättningar för en god kommunikation Att se och förstå personen Att stödja och bekräfta individen och Att reflektera över mötet med patienten.

Slutsatser - Vårdteamets strategier anses ligga i linje med regionala vårdprogram och nationella indikationer, där av ifrågasätts huruvida strategierna var särskilt utformade eller anpassade för kontexten palliativ cancervård. Resultatet kan bekräfta palliativ vård som en praktisk utövning av personcentrering vilket kan peka på palliativ vård som ett forskningsfält för inhämtning av kunskap kring personcentrering.

Nyckelord: Cancer, Kliniskt beslutsfattande, Palliativ vård, Personcentrerad vård

INNEHÅLL

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND.....	1
PALLIATIV VÅRD OCH KOLOREKTAL CANCER.....	1
PATIENTENS BEHOV VID LIVETS SLUT.....	3
KOMMUNIKATION INOM CANCERVÅRD	4
PATIENTENS FÖRSTÅELSE	4
STRATEGIER, ARBETSSÄTT OCH PALLIATIV CANCERVÅRD.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE	6
FRÅGESTÄLLNING.....	6
METOD	6
STUDEIDESIGN	6
URVAL	6
DATAINSAMLING.....	7
ANALYS.....	7
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	9
RESULTAT	9
SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN GOD KOMMUNIKATION.....	9
STÖDJA OCH BEKRÄFTA INDIVIDEN	11
REFLEKTERA ÖVER MÖTET MED PATIENTEN	12
SKAPA BEREDSKAP FÖR ATT MÖTA DET SVÅRA OCH OVÄNTADE.....	12
ATT SE OCH FÖRSTÅ PERSONEN	13
RESULTAT SAMMANFATTNING	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16
SLUTSATSER.....	20
FORTSATT FORSKNING	20
REFERENSER	21

INTRODUKTION

INLEDNING

Hur hjälper vi patienten att få kunskap, veta och förstå i det palliativa skedet av cancersjukdom? Varför upplevs kommunikationen i det palliativa skedet inte tillräcklig och varför är meningen i vårdpersonalens handlingar och ageranden svår att förstå? Handlar det om kunskap, förståelse och bristande pedagogik? eller handlar det om personalens förhållningssätt och om bristfälliga strategier och arbetssätt? Vi kan besvara dessa frågor genom att börja ställa en annan, Vad är det vi faktiskt gör som vårdpersonal i det palliativa skedet av cancersjukdom? Vad har vi för strategier och tankar om vårt arbete och vilka problem kan vi se på vägen?

Det palliativa skedet av cancersjukdom är förenat med en stor komplexitet. Att hjälpa patienten att bättre förstå sin situation och det som händer runt omkring är viktigt, att hjälpa patienten att finna sin egen väg, att lättare hantera sin vardag, sin sjukdom och sin behandling, att helt enkelt hantera livet. I en tidigare fallstudie följdes cancerpatienten John under sin sista tid i livet. John uttryckte brister i kommunikationen och en känsla av att inte bli sedd i det palliativa skedet av sin cancersjukdom. John talade om att han kände en frustration över att inte förstå meningen i vårdpersonalens handlingar och agerande (Friberg & Öhlén, 2007). Relaterat till påvisade brister vad gäller kommunikation och svårigheter för patienten att förstå meningen i vårdpersonalens handlingar och ageranden i det palliativa skedet undersöks nu vårdteamets strategier och arbetssätt vid det palliativa skedet av kolorektal cancersjukdom. En tydligare bild av vårdteamets strategier och arbetssätt vid det palliativa skedet kan vara av betydelse för framtida förbättringsarbeten inom området palliativ vård.

I föreliggande studie inkluderas all vård som inte är kurativt syftande i det palliativa begreppet, där av kommer begreppen palliativ vård och vård i livets slutskede att användas synonymt. Begreppet cancer används synonymt med kolorektal cancer då studien uteslutande behandlar förhållanden vid kolorektal poliklinisk cancervård. Team definieras i denna studie som en sammansatt grupp av vårdpersonal med ett gemensamt palliativt förhållningssätt, det palliativa teamet.

För att ytterligare belysa områdets problematik behandlar bakgrunden bland annat begreppen palliativ vård och kolorektal cancer. Patientens behov i livets slut och upplevelse av cancersjukdom. Erfarenheter och utmaningar inom palliativ cancervård och patientens förståelse. Strategier vid palliativ cancervård och betydelsen av sammanhang.

BAKGRUND

PALLIATIV VÅRD OCH KOLOREKTAL CANCER

Palliativ vård eller vård i livets slutskede är ett ämne som fått allt mer erkännande under de senaste åren (Buckley, 2008). Vårdfilosofin palliativ vård har som mål att skapa förutsättningar för livskvalitet i en situation där botande behandling inte längre är möjlig (Beck-Friis & Strang, 2005). Palliativ vård berör mycket mer än bara den döende kroppen och den fysiska problematik som det palliativa skedet kan medföra. Ofta

innebär den sista tiden i livet en komplex och problematisk situation av både psykiska, sociala och andliga besvär samt ett stort lidande, ett lidande som på olika sätt behöver bemötas och bekräftas (Saunders & Bains, 1983). WHO:s definition av palliativ vård beskriver begreppet bland annat som en ansats med syfte att öka livskvaliteten för patient och närstående då de står inför problem associerade med livshotande sjukdom, livskvaliteten kan förbättras genom att förebygga och lindra lidande (WHO, 2002). Ett palliativt synsätt främjar lindring av lidande, lidandet kan dels vara fysiskt men också psykiskt, socialt och existentiellt. En strävan och ett mål handlar om att hjälpa patienten att kunna aktivt leva ända fram till döden. Palliativ vård involverar ofta både patient och närstående, och utformas utifrån personen (Jakobsson et al. 2009).

Kolorektal cancer, även kallad tjock- och ändtarmscancer är tillsammans med prostata, hud, lung och bröstcancer en av de vanligaste förekommande tumörformerna. För att bota en kolorektal cancer krävs kirurgi, ofta ges behandling i form av en kombination av kirurgi och strålbehandling, ibland ges även cytostatika för att förebygga ett eventuellt återfall så kallad adjuvant behandling (Edqvist, 2010). I vissa fall går sjukdomen inte att bota och patienten blir så småningom döende i sin cancersjukdom, vid ett visst skede blir det ofta aktuellt med palliativ vård.

Inom den palliativa cancervården talar man om en tidig palliativ fas och en sen palliativ fas. Den tidiga palliativa fasen kan vara i allt från månader till år och är en period där, cancersjukdomen är obotlig men fortfarande behandlingsbar. Målet i den tidiga palliativa fasen och med eventuell behandlingen är att förlänga livet men också att skapa möjligheter för så hög livskvalitet som möjligt trots svår sjukdom. I den sena palliativa fasen har eventuell behandling avslutats, att förlänga livet är inte längre aktuellt och fokus ligger istället på högsta möjliga livskvalitet. Längden på den sena palliativa fasen kan variera men sträcker sig vanligtvis mellan några veckor och månader (Beck-Friis & Strang, 2005). Den palliativa vården vid cancersjukdom kan benämnas som palliativ onkologi eller palliativ cancervård. Hit räknas endast vård med inriktningen palliation, vilket kan syfta till att förlänga livet, lindra lidande och höja livskvaliteten (Glimelius, 2005).

Utifrån ett teoretiskt perspektiv, så är den palliativa vårdfilosofin en central utgångspunkt för föreliggande studie. Omvårdnadsperspektivet personcentrerad vård är nära förbundet med den palliativa vårdfilosofin och man kan se stora likheter emellan de båda. Personcentrerad omvårdnad utgår från en humanistisk grund och kan beskrivas som en etisk riktigt och god omvårdnad. Några viktiga aspekter utifrån den personcentrerade vården handlar bland annat om att patienten blir förstörd som en unik individ och person, att patienten blir sedd och bekräftad i sin upplevelse av sjukdom och att personen är delaktig i omvårdandens alla plan.

Den största länken mellan ovan nämnda perspektiv handlar om att den palliativa vården kan ses som en praktisk utövning av personcentrering (Edvardsson, 2010). Den palliativa vården kan ses som en klinisk form av den personcentrerade vården (Meidell, 2010), där lidande lindras och förbyggs utifrån personen. En gemensam och central utgångspunkt för både den personcentrerade och den palliativa vården är strävan efter att sätta personen som helhet, både kroppsligt och själsligt i centrum för omvårdnaden (Meidell, 2010).

Den palliativa onkologin spelar en viktig roll inom sjukvården då antalet patienter som dör i cancersjukdom fortfarande är stort. För att kunna lindra det lidande och den smärta som uppstår i det palliativa skedet krävs både yrkesmässig men också personlig

kompetens (Sætern, 2003), inom den palliativa vården används ofta så kallade palliativa team. Man kan se stora variationer bland annat vad gäller sammansättningen av det palliativa teamet, oavsett sammansättning så strävar teamet efter ett gemensamt palliativt förhållningssätt. Ett framgångsrikt team brukar utmärkas av att patient och närstående upplever en helhet i vården, att rätt profession automatiskt tar vid vid eventuell förändring. Kommunikation kan ses som nyckeln till framgång inom det palliativa teamet, och teamet kan ses som ett kommunikationsnätverk bestående av patient, närstående, vårdpersonal, och ibland ytterligare vårdgivare (Todoulos Thorén, 2005).

PATIENTENS BEHOV VID LIVETS SLUT

Att få ett cancerbesked är i regel väldigt svårt, oro och nedstämdhet är vanliga reaktioner, likaså känslan av att ”detta är överkligt” eller ”detta händer inte mig” (Edqvist, 2010). Mike Burys begrepp ”biografiskt avbrott” beskriver vad som sker hos en person som drabbats utav sjukdom. Begreppet beskriver hur personen som drabbats kan uppleva sitt tidigare sätt att leva och se på sig själv som numera obrukbart. Detta kan leda till att personens självbild förlorar sin relevans (Bury, 1991). Hos vissa individer skapar detta en känsla av förlorad identitet, att man inte längre är samma människa, detta kan dels bero på fysisk men också känslomässig påverkan. Känslan av förlorad identitet gäller dock inte alla, vissa personer upplever inte att cancersjukdomen påverkar deras identitet men dock upplevs cancersjukdomen som ett fysiskt och känslomässigt övergrepp som i hög grad påverkar deras liv och vardag (Hubbard et al, 2010).

Studier visar hur patienter med kolorektal cancersjukdom använder sig av olika typer av egenvårdsstrategier, bland annat för att hantera behandling och biverkningar men också för att bevara sin identitet och sitt vardagliga liv. Strategier för att bevara sin identitet och sin vardag kunde till exempel handla om att försöka hitta vägar att upprätthålla vardagliga aktiviteter och i den mån det går försöka att inte tillåta behandlingen att störa livet. Sjuksköterskan spelar här en viktig roll i att uppmuntra patienten till att engagera sig i sin egenvård, sina strategier och även till att försöka förstå dem (Kidd et al, 2008)

Vad varje enskild människa behöver och önskar i en specifik situation är givetvis högst individuellt och variationen kan dessutom vara stor relaterat till sjukdomsförloppet (Jakobsson et al, 2009). Att leva med en cancersjukdom som leder till en situation där döden snart står inför dörren skapar konsekvenser för människan som helhet, både fysiskt, andligt och själsligt (Sætern, 2003). Den sista tiden i livet är ofta förknippad med ett mycket stort lidande (Strang, 2005), lidande kan variera i intensitet, varaktighet och djup (Trevelbee, 2002).

Ett centralt mål vid palliativ vård bör vara att lindra lidande så att varje patient får en fridfull död, att varje patient får leva, leva som sig själv, leva ända tills man dör (Saunders, 1979).

Alla människor har i livets slut ett behov av att på olika sätt sammanfatta sitt liv, vilket kan resultera i mycket tankar och känslor, känslor som på olika sätt behöver bekräftas och bemötas (Strang, 2005). Studier pekar på att patienten behöver samtala kring dessa existentiella frågor och tankar i det palliativa skedet, att patienten har ett behov av att bli sedd och bekräftad i den osäkerheten som det kan innebära att leva i livets slut (Friberg & Öhlén, 2007).

Livets slutskede kan dels handla om en inre process hos människan men det kan också vara ett skede som identifierats utifrån utav av andra människor (Jakobsson et al, 2009). Oavsett om slutskedet existerar inombords eller utifrån så ses ofta olika typer av förluster, till exempel av kroppsliga förmågor men också av drömmar, relationer och mening (Strang, 2005). Att hjälpa patienten att åter känna mening är en av de viktigaste uppgifterna som sjuksköterska enligt omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee (Kirkevold, 2000). Enligt (Trevelbee, 2002) är det även sjuksköterskans uppgift att hjälpa patienten att bevara hoppet och meningen, att inte hamna i en situation av hopplöshet.

KOMMUNIKATION INOM CANCERVÅRD

En central problematik för studien som redan nämnts är den bristande kommunikationen, inom cancervård är kommunikation ett väl beforskat ämne. Den tidigare forskningen tyder på en informations och kommunikations problematik relaterat till en mängd faktorer och tyder även på att de följer en mängd utmaningar med dessa komplexa kommunikationsfält. Det krävs större kunskaper kring denna komplexitet för att kunna tillgodo-se patientens informations och kommunikations behov (Street & Horey, 2010).

Forskningen pekar bland annat på ett behov av förbättrad kommunikation mellan patient och vårdare, då patienter ofta upplever sig missnöjda eller missuppfattar syftet och riskerna med behandling. Det går inte att generellt säga att patienten alltid önskar vara delaktig i beslut kring sin vård och behandling, det går inte heller att säga att patienten alltid önskar förbli passiv. Många gånger är identifieringen av patientens önskemål kring delaktighet bristfällig, det är dock oklart huruvida det rör sig om bristande kunskaper hos personalen, oförmåga att uttrycka sig hos patienten eller negativa tankar och värderingar till delaktighet hos personalen (Brundage et al, 2010).

Ett ytterligare exempel på problematiken är att patienten inte får all den information som han eller hon önskar, att patienten inte får den typ av information som just han eller hon behöver och att informationen ges vid fel tillfälle. En bidragande faktor till problematiken är kunskapsutvecklingen och hur patienten idag oftare har högre utbildning. Patienten lär sig mer, vill lära sig mer och vill i större utsträckning ha kontroll över sin situation (Street & Horey, 2010).

PATIENTENS FÖRSTÅELSE

I mötet mellan patient och vårdare kan man tala om ett kunskapsutbyte, patienten har mycket värdefull kunskap om sig själv och sin sjukdom och agerar ofta efter sin egen uppfattning (Scherman Hansson & Friberg, 2009). Att vara i behov av palliativ vård i samband med en cancersjukdom innebär att ställas inför en mycket komplex situation. Det är mycket viktigt att hjälpa patienten att förstå sin situation och händelseförloppet (Friberg & Öhlen, 2008).

Hur hjälper vi då patient att få kunskap, veta och förstå för att kunna hantera sitt liv och sin vardag med sjukdom och behandling?

Med hjälp av pedagogiska förhållningssätt kan samtalet och undervisningen formas utifrån patienten och hans eller hennes behov, på så sätt kan patienten uppnå en bättre förståelse för sin situation. Hur vi förhåller oss till vårt sätt att samtala och undervisa påverkar vilken grad av förståelse som patienten uppnår (Scherman Hansson & Friberg,

2009). Tidigare fallstudier talar om ett grundläggande behov hos patienten av att veta och förstå och att detta behov kvarstår även under den sista tiden i livet. Att jakten på ny kunskap hos människan fortsätter och att denna jakt kan ses som en sammanhållande länk i livet. Att sökandet efter ny kunskap på något sätt gör livet och livets helhet mer begriplig (Friberg & Öhlen, 2008).

En grupp människor med gemensam kultur kan antas förstå verkligheten på ett liknande sätt, i detta sammanhang skulle man kunna tala om vårdteamet som en grupp människor med en tills viss del gemensam kultur och uppfattning om sitt arbete (Allwood & Johnsson, 2009). En individs kulturella bakgrund och förförståelse påverkar många uppfattningar av betydelse för hälsa, till exempel påverkas kroppsuppfattning, uppfattning av tid och rum, attityder mot sjukdom, smärta osv. (Helman, 2007). Tillit och förväntan påverkar hjärnan och i sin tur kroppen, det kan till exempel gälla den upplevda effekten av ett läkemedel eller upplevelsen av symtom. Vad vi förväntar oss av behandling och sjukdom kan på flera sätt påverka upplevelsen. I detta sammanhang kan det antas gälla den upplevda effekten av antiemetika eller det förväntade illamåendet av cytostatika behandling (Sachs, 2004).

STRATEGIER, ARBETSSÄTT OCH PALLIATIV CANVERVÅRD

Trots att palliativ vård innebär betydande utmaningar för vårdaren både vad gäller omvårdnad, kommunikation och känslor (Fallowfield, 2010) så finns det väldigt lite dokumenterat om konkreta strategier och arbetssätt. Socialstyrelsen arbetar just nu med att ta fram ett kunskapsstöd för god palliativ vård och nationella riktlinjer för den palliativa vården. Detta beräknas vara färdigt under nästa år 2012 (Socialstyrelsen, 2010).

Strategier och arbetssätt i vården kan givetvis innebära olika saker för olika personer och även i olika sammanhang. I denna studie definieras begreppet strategi som ett övergripande och långsiktigt tillvägagångssätt (Nationalencyklopedin, Strategi). För att definiera begreppet arbetssätt i denna studie har definitionen av "att arbeta" använts. Å ena sidan kan "att arbeta" definieras som det praktiska utförandet av uppgifter och tjänster mot betalning, men det kan även definieras som ett fortlöpande utförande av rörelser och handlingar vilka tillsammans leder till ett konkret eller abstrakt resultat (Nationalencyklopedin, Arbeta). I denna studie används den senare definitionen av "att arbeta" för att definiera arbetssätt, vilket då definieras som olika sätt att fortlöpande utföra rörelse och handlingar som tillsammans leder till ett konkret eller abstrakt resultat.

PROBLEMFÖRMULERING

Patienten kan uppleva en frustration över svårigheten att förstå vårdpersonalens handlingar och agerande i det palliativa skedet av cancersjukdom, likaså kan brister i kommunikationen uppstå och en känsla av att inte bli sedd i det palliativa skedet. Att leva med svår cancersjukdom och vetskapen om att livet snart är slut är förenat med en stor komplexitet. I denna svåra situation är det av största vikt att hjälpa patienten att lättare hantera sin situation, sin sjukdom och sitt liv och att ge bästa möjliga vård och stöd i slutet av livet. För att bättre kunna arbeta med, förbättra och förebygga den eventuellt upplevda frustrationen och bristande kommunikationen i livets slut krävs en större förståelse kring hur vårdteam arbetar i det palliativa skedet av cancersjukdom och vilka strategier och arbetssätt de använder sig av i sitt arbete.

SYFTE

Studien syftar till att belysa strategier och arbetssätt som vårdteam använder sig av i vårdarbetet.

FRÅGESTÄLLNING

Vilka strategier och arbetssätt talar vårdteam om att de använder i sitt arbete för att stödja och hjälpa patienten att hantera sin vardag med livshotande sjukdom?

METOD

Föreliggande studie utgör en del inom ett större projekt. Projektet syftar övergripande till att utveckla en modell för personcentrerad kommunikation och information inom palliativ vård. Projektets arbete delas upp i två steg, I det första steget undersöktes patienters erfarenheter av kommunikation och samtal inom poliklinisk palliativ cancervård samt samtal mellan patient och personal. I projektets andra steg utfördes fokusgruppsintervjuer med ett palliativt team med syfte att utveckla en praktisk modell för kommunikation och samtal med patienter inom poliklinisk palliativ cancervård. I fokusgruppsintervjuerna sammanfördes patienters erfarenheter från projektets första steg med det palliativa teamets erfarenhetsbaserade kunskaper. Till en början genomfördes fokusgruppsintervjuer med ett och samma vårdteam, från dessa intervjuer har materialet till föreliggande studie hämtats. Föreliggande studie görs som en sekundär analys med syfte att belysa det palliativa vårdteamets strategier och arbetssätt i vårdarbetet.

STUDEIDESIGN

Studien är en kvalitativ deskriptiv studie, utformad som en sekundär analys. Sekundär analys eller secondary analysis kan enklast beskrivas som en ”reanalysis” där redan befintligt datamaterial bearbetas (DePoy & Gitlin, 1999). Sekundär analys syftar till att besvara en forskningsfråga som skiljer sig från den forskningsfråga som ställdes i samband med datainsamlingen. Den ansats inom sekundär analys som används i studien inriktar sig på att välja ut delar ur befintlig data och utföra en mer avgränsad och djupgående analys för att besvara en nyuppkommen frågeställning (Hinds, 1997).

URVAL

Forskargruppen valde att starta fokusgruppsintervjuer med ett palliativt team som de redan hade ett fungerande samarbete med, dels för att de båda parterna hade utvecklat ett ömsesidigt förtroende och dels för att de hade ett gemensamt intresse för samarbete. Det palliativa teamet hade en önskan om att utvecklas och förbättra sitt arbetssätt, och forskargruppen ansåg att teamet bedrev en välfungerande palliativ vård. Teamet har en låg personalomsättning vilket ansågs positivt utifrån syftet att utveckla en praktisk modell. Teamet tillhör en onkologisk klinik som bedriver poliklinisk palliativ vård vid ett universitetssjukhus. Teamet består i sin helhet utav av sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor, specialistläkare och undersköterskor. Teamet samverkar även med kurator, dietist och sjukgymnast. I föreliggande studie valdes sju av projektets genomförda fokusgruppsintervjuer ut för analys, varav en exkluderades på grund av att dialogen inte berörde strategier och arbetssätt i samma utsträckning som de övriga intervjuerna. Detta resulterade i totalt sex stycken intervjuer som inkluderas i studien.

DATAINSAMLING

Fokusgruppsintervjuerna är utförda under ett och ett halvt år, under perioden 2009-2010. Fokusgrupperna bestod av ett vårdteam med från gång till gång varierande sammansättning av sjuksköterskor och läkare. Intervjuerna gjordes i samband med studien "Personcentrerad information och kommunikation – utveckling av en modell."

Intervjudeltagarna bestod av två läkare, tre specialistsjuksköterskor och fyra sjuksköterskor, alla deltagarna har minst 10 år erfarenhet av palliativ vård och cancervård. Deltagarna var mellan X och 65 år, läkarna var män, sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor var kvinnor. I intervjuerna deltog mellan fyra och sju personer per gång, intervjuerna ljud-inspelades och varade i mellan 75 och 90 minuter per gång. Intervjuerna har utformats som samtal. I samtalen har bland annat diskuterats hur patienten kan stödjas i sitt kunskapssökande, hur patientens informations- och kunskapsbehov kan urskiljas, samt samtal med patienter i behov av palliativ vård och vilka utmaningar som detta medför. I efterhand har forskargruppen sett att samtalen även har berört teamets strategier och arbetssätt för att hjälpa och stödja patienten att kunna hantera sin vardag med livshotande sjukdom. Detta väckte tankar kring möjligheter att genomföra föreliggande studie.

ANALYS

I ett första steg analyserades en av intervjuerna, Vilka strategier i omvårdnadsarbetet talar vårdteamet om att det använder sig av? ställdes som analytisk fråga.

Endast det manifesta innehållet i intervjun inkluderades i analysen i detta första skede. Efter analysen och granskning av resultatet ansågs frågeställningen bristande då flera enheter av mer latent karaktär inte inkluderades, dessa ansågs värdefulla för studiens syfte. Dessutom fanns flera utlåtanden från deltagare i intervjun som inte skulle kunna omfattas av begreppet strategi. Där av valdes en ny frågeställning där begreppet arbetssätt inkluderades, likaså inkluderades det latent innehåll i analysen (Eek, 2011).

Slutligen analyserades sex stycken intervjuer, analysen gjordes i form av innehållsanalys (Krippendorff, 2004) som utformats utifrån (Graneheim & Lundman, 2004) och deras tolkning av metoden.

Tabell 1. Visningsexempel för framtagning av meningsbärandeenheter, kondenseringar och koder i samband med analysen.

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Koder
Ja, ja, ja jag försöker säga det på samma sätt som läkarna säger det.	Säga det på samma sätt som läkarna.	Samstämmighet.
Men sedan vill man ju läsa av dem också, har de förstått, och liksom har de frågor som de vill komma fram med.	Läsa av patienten om de har förstått eller om de har frågor.	Läser av patienten.

Tabell. 2. Visningsexempel för uppbyggnaden av teman, kategorier och subkategorier i samband med analysen.

Tema	Tolkning ”Tolka och förstå patientens signaler”			
Kategori	Tolkar patienten			
Subkategori	Läser av patienten	Att se patienten	Att se närstående	Att lyssna in
Koder	Läser av patienten Pejlar Ser Tolkar patienten	Att se patienten	Känna av närstående	Lyssna in patienten

Intervjuerna lästes först igenom grundligt för att skapa en god bild av innehållet och bättre se och förstå helheten. Vilka strategier och arbetssätt talar vårdteamet om att de använder sig av? ställdes som analytisk fråga.

Delar av texten som ansågs vara av betydelse utifrån studiens syfte och frågeställning markerades och benämndes i analysen som meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna kortades sedan ner, kondenserades med avsikten att förkorta men samtidigt bevara kärnan och det centrala innehållet. De kondenserade enheterna fick sedan koder, koderna agerade som en gemensam nämnare för en grupp meningsbärande enheter. De olika koderna jämfördes sedan vad gäller likheter och skillnader och delades upp i grupper, subkategorier, vilka senare kunde sedan slås samman till större grupper, kategorier. De framtagna kategorierna har för avsikt att agera som ett uttryck för det manifesta innehållet i intervjuerna. Utifrån framtagna enheter, koder, kategorier och subkategorier gjordes en tolkning av det latent innehåll i intervjuerna vilket resulterade i sju olika teman, dessa avser att agera som ett uttryck för det latent innehåll i intervjuerna. Analysen sammanställdes i form av tabeller, (se tabell 2 ovan).

Framtagna kategorier och subkategorier svarade för det manifesta innehållet i intervjuerna och representerar teamets manifesta strategier och arbetssätt. Framtagna teman svarade för det latent innehåll i intervjuerna och representerar teamets underliggande och övergripande strategier och arbetssätt. Varje tema är uppbyggt av kategorier och subkategorier vilket även gestaltas i tabell två ovan.

De strategier och arbetssätt som kunde identifieras i framtagna kategorier, subkategorier och teman grupperades och kan sammanfattande beskrivas utifrån fem stycken övergripande strategier. En övergripande strategi beskriver en gemensam nämnare för en grupp strategier och arbetssätt.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Eftersom insamlingen av data har inneburit ett flertal intervjuer/träffar vid olika tillfällen har ett informerat samtycke inhämtats från deltagarna vid varje enskild intervju. Detta för att undvika att någon deltagare upplever att deltagandets omfång blev större än förväntat eller att det är svårt att avbryta sitt deltagande.

I fallstudier av detta slag kan det vara svårt att bevara anonymiteten då patientgruppen är väldigt koncentrerade till ett fåtal specialiserade enheter och antalet vårdteam av slaget är få. För att på bästa sätt bevara anonymiteten har deltagarna i vårdteamet beskrivits på ett övergripande sätt och vissa detaljer som skulle kunna kopplas till en specifik enhet eller person har utelämnats. Lika så har citat och liknande som eventuellt kan kopplas till en specifik person utelämnats och egennamn har strukits.

Studien är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden i Göteborg, Dnr: 440-09

RESULTAT

Fem stycken övergripande strategier beskriver vårdteamets strategier och arbetssätt. Respektive övergripande strategi bygger på ett antal understrategier och arbetssätt med ett gemensamt syfte. Understrategier och arbetssätt är i resultatets tabeller grupperade och benämns utifrån analysens teman.

- SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN GOD KOMMUNIKATION
- STÖDJA OCH BEKRÄFTA INDIVIDEN
- REFLEKTERA ÖVER MÖTET MED PATIENTEN
- SKAPA EN BEREDSKAP FÖR ATT MÖTA DET SVÅRA OCH OVÄNTADE
- SE OCH FÖRSTÅ PERSONEN

Vårdteamets strategier och arbetssätt berör områden som kommunikation, tid och rum, bekräftelse, utgångspunkter, tolkningar, beredskap, reflektion och handledning. I strategierna kan ett underliggande mål identifieras, ett mål om att på olika sätt förebygga lidande. Detta kan ses som ett indirekt syfte, att förebygga uppkomsten av det existentiella lidandet.

SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN GOD KOMMUNIKATION

Tabell .3. Övergripande strategi, Skapa förutsättningar för en god kommunikation samt teman till grund för den övergripande strategin.

Övergripande strategi	SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN GOD KOMMUNIKATION
Teman till grund för den övergripande strategin	Skapa tid och rum efter behov och tillfälle Kommunicera på rätt sätt, på rätt plats, vid rätt tid och tillfälle Jag ser dig, jag vill och jag kan hjälpa dig

En grupp strategier och arbetssätt som vårdteamet diskuterade handlade på olika sätt om förutsättningar för en god kommunikation. En känsla av att inte ha tid för patienten var vanligt i vårdteamet, man känner sig stressad och har många patienter att ta hand om. Vårdteamet talade om vikten av att avsätta tid för patienten och att verkligen ta sig tiden när det behövs. Teamet talade om rum för samtal, rum som inte alla gånger behövde vara rumsliga. Genom att skapa en känsla av trygghet hos patienten ville vårdteamet skapa ett rum för samtal. Att skapa denna trygghetskänsla handlade inte bara om en verbal kommunikation utan även om tyst kommunikation, att bara vara och att bara finnas. I citatet nedan beskriver en sjuksköterska sin tysta kommunikation med en patient som hon uppfattade må väldigt dåligt.

”Så då satte jag mig där och så höll jag väl hennes hand lite grann. Jag sa ingenting och hon sa ingenting, vi höll ihop i alla fall...”

Relaterat till ovanstående diskuterades också valet av rum och hur ett rum för samtal ska vara. Teamet beskriver hur de gärna väljer tomma rum för samtal, till exempel väljer de inte att ta ett samtal på en sal med andra patienter. De beskriver också hur enhetens utrymmen kan utnyttjas, att ett rum för samtal till exempel kan vara ett för tillfället tomt dagrum.

En strategi som diskuterades mycket var att skapa en samstämmighet i vårdteamet, att patienten får samma svar och samma infallsvinkel på sina frågor om sin sjukdom och sin behandling, oavsett vem i teamet de frågar. Att inte skapa oro och osäkerhet genom att ge olika svar.

Teamet beskrev att det ibland kunde vara svårt att ge svåra besked till närstående. Man ansåg dock att besked och information till närstående skall vara tydliga, uppriktiga och komma från rätt profession. Formuleringen av frågor i allmänhet ansågs viktigt, stor vikt lades vid att frågorna var helhetsinriktade, innefattade både kroppsliga och själsliga aspekter, att frågorna var öppna och att rätt fråga ställdes i rätt stund, timing.

Timing gestaltades dels som en strategi men också som ett problem. Ett exempel på timing handlade om att ställa rätt fråga vid rätt tillfälle, eller att hjälp, stöd och åtgärder erbjuds i rätt stund.

”Sen är det också det med timingen, när är patienten mottaglig [javisst] Som ett exempel jag hade nu idag ett samtal som jag trodde skulle ta fem minuter, det tog 50 minuter. Det var en patient som inte går på behandling men det var så att nu, år efter operationen och behandling, verkade det som att då kommer saker upp, att nu hade polletten ramlat ner, kommer med helt andra resonemang och förklarar massa saker. Jag trodde inte det samtalet skulle inrikta sig på det idag överhuvudtaget. Men alltså timing, när är patienten mottaglig för saker”

Sjuksköterskorna talade om en strategi där de valde att inte gå runt och veta om vilket besked som patienten skulle få vid läkarbesöket. Det kunde till exempel gälla svaret från en undersökning eller ett provsvar. Detta för att de upplevde att patienten kan se på sjuksköterskan om svaret är positivt eller negativt. Detta hänger ihop med strategierna ovan om att besked ska ges från rätt profession, att skapa förutsättningar för att kunna hjälpa och stödja på bästa sätt och att inte skapa en osäkerhet.

”Där har vi en skyddsgrej att vi ofta inte läser när patienten varit på röntgen att vi inte tittar på provsvaret. Utan att de är förbihållet för doktorn inför läkarbesöket. Så då kan de inte fråga och se på oss då.”

Inför att patienten ska träffa läkaren så talade sjuksköterskorna om att de brukar förbereda patienten inför samtalet. Dels för att patienten ska vara förberedd inför den kommande processen men också för att patienten ska få ut så mycket som möjligt av sitt möte med läkaren. Vag gäller läkarbesök så diskuterade vårdteamet även hur de brukar föreslå att anhöriga följer med på läkarbesöket som ett extra stöd för patienten.

STÖDJA OCH BEKRÄFTA INDIVIDEN

Tabell. 4. Övergripande strategi, Stödja och bekräfta individen samt teman till grund för den övergripande strategin.

Övergripande strategi	STÖDJA OCH BEKRÄFTA INDIVIDEN
Tema till grund för den övergripande strategin	Jag ser dig, jag vill och jag kan hjälpa dig

En aspekt av att stödja och bekräfta individen handlar om bekräftelse. Bekräftelsen sågs som ett redskap, att bekräftelse av patientens tankar och känslor skapar bättre förutsättningar för att stödja och hjälpa patienten på bästa sätt. Vårdteamet talade om att bekräfta patienten i samband med ett samtal och på så sätt öppna upp och skapa förutsättningar för nya samtal. Bekräftelsen kunde här handla om att förmedla en känsla av att vi finns här, att vi vill vara här och att vården kan inrikta sig på fler områden än bara det medicinska och fysiska, att vi har tiden att prata. Bekräftelsen kunde också innebära att visa för patienten att det är okej att tala om ”de här sakerna”. En central del och en utmaning handlar om att kunna bekräfta patienten i plötsliga och oväntade situationer eller kring frågor där man som vårdpersonal inte alltid har ett bra svar.

”Ja, det pratade vi väl också om att man liksom har öppnat den dörren, visat att det här är något man kan prata om här. Att man i början kommunicerar på ngt vis om hur man känner sig i den här situationen eller någonting sådant. Så vet de att det här kan jag prata om...”

Ett annat sätt att stödja individen kunde vara att hjälpa patienten att ”leva livet”. Att uppmuntra patienten att ”leva” och göra roliga saker när han eller hon mådde som bäst. Hjälpa att leva livet, kunde ibland innebära att patienten behövde hjälp som inte kunde erbjudas på avdelningen. I dessa fall tog vårdteamet hjälp utifrån, och förmedlade patienten till rätt instans. Detta kunde till exempel röra sig om gruppaktiviteter eller psykolog kontakter.

”... det är det jag kan känna ibland att man behöver hjälp av andra till patienterna, mer än vad vi har, för att de ska kunna ta vara på det livet de kan leva.”

REFLEKTERA ÖVER MÖTET MED PATIENTEN

Tabell.5. Strategi, Reflektera över mötet med patienten samt teman till grund för den övergripande strategin.

Övergripande strategi	REFLEKTERA ÖVER MÖTET MED PATIENTEN
Teman till grund för den övergripande strategin	Reflektera och handleda för att lära mera

Vårdteamet talade om vikten av att reflektera efter ett patientmöte. Vad var bra? och vad kan bli bättre? Detta för att ständigt utvecklas och förbättra varje patientmöte. Detta var en strategi som främst uttrycktes utav läkarna.

”Jag brukar göra så varje gång jag träffar patienter, reflektionen efteråt, vad det ett bra eller ett dåligt möte? Försöka analysera... det här var väldigt bra eller det kändes som att det var ett bra möte. Ett möte är, ett bra möte är när båda de som möts blir berörda, då är det ett bra möte på ett sätt”

Vårdteamet uttryckte i detta fall en avsaknad av handledning i sitt arbete, och att handledning var något som väldigt viktigt för dem. Dels för att få en ökad förståelse men också för att kunna stötta varandra som kollegor och dela erfarenheter kring möten med patienter.

SKAPA BEREDSKAP FÖR ATT MÖTA DET SVÅRA OCH OVÄNTADE

Tabell. 6. Övergripande strategi, Skapa Beredskap för att möta det svåra och oväntade sam teman till grund för den övergripande strategin.

Övergripande strategi	SKAPA BEREDSKAP FÖR ATT MÖTA DET SVÅRA OCH OVÄNTADE
Teman till grund för den övergripande strategin	Använda Redskap och inneha Beredskap

Några av de strategier som vårdteamet tog upp under intervjuerna handlade indirekt om hur patienten kan hjälpas, men var formulerade i form av strategier för hur vårdaren själv kan underlätta sitt arbete och lättare hantera sin arbetssituation vid det palliativa skedet av cancersjukdom.

Vårdteamet talade om hur de ofta kunde få oväntade och plötsliga frågor eller samtalsämnen av patienterna, att man som personal kunde bli lite ställd och att det kunde vara svårt att ge ett bra svar i stunden. En strategi för att lösa detta var att som personal ha en ständig beredskap inför plötsliga och oväntade frågor. Ett sätt att skapa denna beredskap kunde vara att tänka ut standard svar för att kunna bekräfta patienten i stunden, och föra ett djupare samtal vid ett bättre tillfälle. Att ha denna beredskap ansågs nödvändigt för att kunna bemöta, besvara och hantera patientens tankar och funderingar på bästa sätt.

”Och sen måste man ha en liten beredskap också så att man inte... Det är lite, nu ska jag ge den här sprutan och sen ska jag dit och dit, man måste ha en beredskap... ibland kommer kanske de här lite överrumplande frågorna precis när jag ska resa mig så kommer det nästan lite i förbigående, och något sådant där som tar andan ur en lite så man måste fundera på hur man ska svara och allt det här.”

”Jag ibland sitter det ju lite dumt om det inte riktigt är inbjudande ”ja, nu får man väl se när man dör” eller... det kan vara lite så. Så att då skulle det kanske vara bra att ha tänkt igenom, att man har ngn liten typ av standard svar eller sådär. Men jag tror att vi ska prata om det, men inte just, just nu hinner jag inte, så att man verkligen, ngt sådant så att man verkligen... noterar för både patienten och mig att ”det där ska vi prata mer om”...”

ATT SE OCH FÖRSTÅ PERSONEN

Tabell. 7. Övergripande strategi, Att se och förstå personen samt teman till grund för den övergripande strategin.

Övergripande strategi	ATT SE OCH FÖRSTÅ PERSONEN
Teman till grund för den övergripande strategin	Tolka och förstå patientens signaler Individens uppfattningar, önskemål och processer som en grund för utformningen av omvårdnadsarbetet Kommunicera på rätt sätt, på rätt plats, vid rätt tid och tillfälle

Att se och förstå personen handlar mycket om hur vårdteamet tolkar patientens signaler men också om hur bemötande och åtgärder kan individualiseras. Hur tolkningen av patientens signaler går till rent praktiskt har varit svårt att beskriva. Vårdteamet beskriver tolkning med begrepp som ”läser av”, ”lyssna in”, ”känner av”, ”ser” och ”förstår”. Vårdteamet sa att de alla gånger inte vet vad det faktiskt är de läser av. Ett

tydligt exempel är dock hur vårdteamet läser av och tolkar blickar och kroppsspråk hos patienten. Tolkningen ansågs bra som ett komplement vid bedömningar och kunde till exempel peka på att patienten hade ett behov av att prata, eller att patienten inte alls vill prata.

”Ja vi ska gå ner till rummet längst ner säger jag då. Och då är det precis som de stannar upp lite grann. Och då förstår man ju att de vill prata om någonting. Som de inte vill att någon annan ska höra. Så det tycker jag märks rätt så tydligt, på vissa...”

”... och så när jag kom in så låg hon i sängen där borta, den platsen var tom, och då så såg jag liksom att ”jaha, det här var ingen bra dag” så jag sa inget utan jag gick bara fram och satte mig där”

Vilken typ av hjälpinsatser som kan vara lämpliga för en patient kunde lättare avgöras genom att ”känna av” vad om kan passa. Ett annat exempel på hur teamet tolkar patientens signaler är hur sjuksköterskan ”ser” att patienten mår dåligt när hon kommer in på morgonen, att hon ”förstår” att patienten har något på hjärtat som han eller hon vill tala om, eller ”bara känner” att något kommer att hända.

”Men det är just de patienterna när man inte har den tiden där man bara ser att det galopperar och man bara känner att det kan hända nått till nästa gång man ses.”

Att förstå patienten som person handlar om att ta in all information som patienten ger för att på bästa sätt förstå patienten, förståelsen för patienten blev sedan vägledande för bedömningar och för vilka insatser och åtgärder som vårdteamet väljer att göra.

En annan aspekt av att se och förstå patienten rör individualiseringen av bemötande och åtgärder. Här talade vårdteamet om de har individen som utgångspunkt i sitt arbete och justerar och utformar vården utifrån individen.

De talar om hur denna utgångspunkt bör grunda sig i individens egna uppfattningar och tankar kring sin sjukdom och behandling och att de är viktigt att informera sig om och förstå dessa uppfattningar. På ett liknande sätt berördes individens individuella process, att visa respekt för patienten, och att ge den tid och det rum som behövs för att individen ska komma framåt i sin egen takt.

RESULTAT SAMMANFATTNING

Nedanstående övergripande strategier beskriver på en övergripande nivå vårdteamets strategier och arbetsätt. De övergripande strategierna bygger på ett antal understrategier och arbetsätt med ett gemensamt syfte.

- SKAPA EN BEREDSKAP FÖR ATT MÖTA DET SVÅRA OCH OVÄNTADE
- SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR EN GOD KOMMUNIKATION
- SE OCH FÖRSTÅ INDIVIDEN
- REFLEKTERA ÖVER MÖTET MED PATIENTEN
- STÖDJA OCH BEKRÄFTA PERSONEN

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Studien är en kvalitativ deskriptiv studie där sex stycken fokusgruppsintervjuer från ett tidigare forskningsprojekt valts ut för en sekundär analys, intervjuerna har analyserats utifrån innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004).

Under de senaste åren har det blivit mer och mer tydligt att både kvantitativa och kvalitativa forskningsansatser behövs för att driva omvårdnadsforskningen framåt (Downe-Wamboldt, 1992). Innehållsanalys är en metod som har användts i stor utsträckning och i många olika forskningssammanhang. Särskilt den kvalitativa innehållsanalysen har vuxit sig stark inom omvårdnadsforskningen (Graneheim & Lundman, 2004). Innehållsanalys är en metod som ofta används för att analysera data framtagna via intervjuer och fokusgrupper (Krippendorff, 2004), därav ansågs metoden lämplig för föreliggande studie.

Att arbeta med innehållsanalys innebär alltid en viss tolkning av det analyserade materialet eftersom en text alltid för med sig flera olika meningar och betydelser (Graneheim & Lundman, 2004). Relaterat till detta blir resultatet ofta påverkat av forskarens subjektiva tolkning. Detta medför svårigheter i att benämna resultatet som objektivt. Innehållsanalys ansågs dock passande för studien, relaterat till arbetets syfte, omfattning och frågeställning.

Utifrån studiens syfte är det vad gäller urval endast relevant att vårdteamet bedriver en välfungerande palliativ cancervård. Detta då studiens kvalitativa och deskriptiva utformning endast strävar efter att belysa strategier och arbetssätt vid palliativ cancervård utifrån det unika vårdteamet.

Resultatet belyser enbart ett vårdteams erfarenheter men gestaltar vanligt förekommande utmaningar inom palliativ vård. Det berörda vårdteamets tankar och erfarenheter är i hög grad beroende av deras unika sammanhang och kultur (Helman, 2007) detta gestaltar ett vanligt förekommande problem inom den kvalitativa forskningen.

Jag tror att min subjektiva tolkning av intervjuerna och därmed resultatet, har påverkats av min förståelse kring palliativ cancervård. Jag tror även att min begränsade erfarenhet av palliativ cancervård kan ha påverkat resultatet då jag saknar erfarenheter och känslor kring de olika situationer som vårdteamet beskriver i intervjuerna. Olika begrepp som till exempel "Avsluta en patient" var för mig helt nya och jag kan ha missat dolda antagnaden i sammanhanget. Jag kan dock se att det kan vara positivt att komma utifrån i detta sammanhanget och att inte vara påverkad av vanligt förekommande rutiner, arbetssätt och eventuella resursbrister.

Sekundär analys innebär att analyserade data är insamlade för ett syfte som skiljer sig från den aktuella studiens syfte. Att intervjuerna är insamlade och utformade med ett annat syfte påverkar självklart resultatet. I mitt fall är en ytterligare påverkande faktor att de strategier som diskuterades i intervjuerna till stor del berör betydelsen av modellen för personcentrerad information och kommunikation och inte vårdteamets strategier i allmänhet. Om intervjuerna hade varit mer utformade utifrån studiens frågeställning och mer direkta frågor och samtalsämnen kring strategier och arbetssätt i allmänhet hade berörts tror jag att resultatet hade fått ett annat djup, och även att fler

strategier skulle ha kunnat identifieras. Sett ifrån omvårdnad och sjuksköterskans fyra huvudsakliga kunskapsområden Perosn, Miljö, Omvårdnad och Hälsa/Välbefinnande (Fawcett, 1995) så går resultatets strategier djupare in på vissa områden och lite mindre på andra. Till exempel berörs inte alla aspekter kring omvårdnad så som läkemedel och behandling av smärta, vårdmiljön berörs inte heller i jätte stor utsträckning. Vid en mer direkt och konkret diskussion kring strategier och arbetsätt för att hjälpa och stödja patienten så tror jag att dessa olika områden skulle kunna bli mer representerade och mer ingående diskuterade.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med föreliggande studie var att belysa de strategier och arbetsätt som vårdteamet använder sig av i vårdarbetet. Syftet har besvarats utifrån frågeställningen, Vilka strategier och arbetsätt talar vårdteamet om att de använder i sitt arbete för att hjälpa och stödja patienten att hantera sin vardag med livshotande sjukdom?

Analysen visade att vårdteamet har ett flertal strategier och arbetsätt som de talar om att de använder sig av i sitt arbete. Vissa strategier och arbetsätt användes mer som ett komplement i arbetet och en variation kunde ses i hur uttalade strategierna och arbetsätten var. Strategierna och arbetsätten går många gånger in i varandra och under analysen kunde flera kategorier platsa i mer än ett tema. Vissa av strategierna och arbetsätten var svåra att beskriva i ord på ett konkret sätt, de är istället mer beskrivande och baserade på känsla och erfarenhet.

I intervjuerna kunde se att vissa strategier och arbetsätt användes mer av sjuksköterskor och andra mer av läkare. Detta gör det svårt att i alla fall tala om vårdteamets gemensamma strategier och arbetsätt. Därav beskrivs ibland hur vissa strategier mest eller helt används av en specifik yrkesprofession. Dock kan anses att de olika professionernas unika strategier och arbetsätt tillsammans bidrar till vårdteamets strategier och arbetsätt som helhet.

Resultatet presenterar fem stycken övergripande strategier och arbetsätt som vårdteamet talar om att det använder sig av i sitt vårdarbete. Resultatets strategier och arbetsätt syftar till att hjälpa och stödja patienten i att hantera sin vardag med livshotande sjukdom. De praktiska strategierna och arbetsätten för lindring av det fysiska lidandet är däremot inte lika framträdande. Utifrån resultatets strategier och arbetsätt är det mer lindrandet och förebyggandet av det existentiella lidandet som ligger i fokus. Detta skulle kunna bero på den unika kontexten, då det är min uppfattning att smärtlindring och lindring av fysisk problematik i mötet med patienten inte tar upp lika stor del av omvårdnadsarbetet inom den polikliniska cancervården som i inom den slutna cancervården.

Trots att palliativ vård innebär betydande utmaningar för vårdaren både vad gäller omvårdnad, kommunikation och känslor (Fallowfield, 2010) så finns det mycket lite dokumenterat om strategier och arbetsätt i vårdarbetet vid det palliativ skedet av cancer. Detta gör det svårt att yttra sig i hurvida strategierna och arbetsätten är vanliga, ovanliga, lämpliga eller olämpliga i sammanhanget. Relaterat till detta är det även svårt att avgöra hurvida strategierna och arbetsätten faktiskt är unika för sammanhanget palliativ poliklinisk cancervård eller om strategierna är giltiga även inom andra vårdformer.

För att ändå skapa en något tydligare bild kring detta kan vi börja med att fråga oss vad som faktiskt kännetecknar palliativ vård? Enligt WHO:s definition ska palliativ vård avse att förbättra livskvaliteten för patient och närstående genom att förebygga och lindra lidande. Lidandet lindras genom en tidig upptäckt, behandling av smärta, fysiska och psykosociala problem, och existentiell problematik (WHO, 2002).

Om vi väljer att fokusera på begreppet lidande och lindring av lidande i WHO:s definition så behandlar inte resultatets strategier och arbetssätt som ovan nämnt det fysiska lidandet utan det är mer lindrandet av det existentiella lidandet som lyfts fram. Resultatets strategier och arbetssätt kan dock på flera sätt ses som strategier för ett indirekt förebyggande av lidande. Till exempel berör övergripande strategierna, Att skapa beredskap för att möta det svåra och oväntade och Att stödja och bekräfta individen enligt min tolkning tankar om att kunna bemöta patienten på ett så bra sätt som möjligt i det oväntade samtalet. Detta för att inte skapa ett onödigt lidande relaterat till bristande bekräftelse. Lidandet förebyggs också genom att skapa en känsla av trygghet och att bekräfta patientens tankar och känslor.

Att lindra lidande är enligt (Saunders, 1979) ett grundläggande mål inom palliativ vård. Resultatet beskriver hur vårdteamet skapar en beredskap för att möta det svåra och det oväntade, detta ligger i linje med sammanfattningen av palliativ vård av (Henoch, 2007) som bland annat beskriver hur den palliativa vården skapar förutsättningar för lindring, lindring av ”den totala smärtan”.

Jag anser att resultatets strategier är förenliga med den palliativa vårdfilosofin. Jag kan inte identifiera något i strategierna som skulle gå emot definitionen av palliativ vård. Utifrån intervjuerna så uttrycks inte att någon strategi eller något arbetssätt skulle vara unikt eller speciellt utformat med tanke på den palliativa kontexten, och inte heller utifrån den onkologiska kontexten. Samtalen i intervjuerna visar dock på flera områden som kan vara mer förekommande inom den palliativa kontexten. Vårdteamet diskuterar bland annat hur hjälp från andra instanser kan tas till patienten för att han eller hon på bästa sätt ska kunna ta vara på det livet som de kan leva. Att ta hjälp utifrån är som sagt kanske inte en unik strategi för området i sig, men jag tycker ändå att den på något sätt belyser arbetet med att hjälpa och stödja patienten i att ta vara på livet som han eller hon kan leva. Detta tror jag är en vanligare företeelse inom palliativ vård än inom andra vårdformer. Att förmedla och hänvisa patienten till rätt instans är något som även tas upp utifrån det regionala vårdprogrammet för kolorektal cancer (Smith et al, 2009). Därmed kan den övergripande strategin, Att stödja och bekräfta patienten till viss del bekräftas som en giltig strategi inom cancervården.

Vårdteamet talar en del om beredskap inför svåra samtal om till exempel döden och döendet. Att skapa en beredskap inför svåra samtal är nog i sig inte heller unikt för den palliativa vården, men det är rimligt att tror att samtal kring döden är något vanligare förekommande inom denna kontext. Uppkomsten av olika existentiella behov vid cancersjukdom uppstår ofta i samband med livets slutskede och många patienter har ett behov utav samtal i denna situation (Socialstyrelsen, 2006) detta bekräftar vikten av en beredskap inför svåra samtal.

Om man ska se på resultatet utifrån ett allmänt hälso- och sjukvårdsperspektiv så kan man bland annat jämföra med socialstyrelsens indikationer för God vård. I socialstyrelsens rapport för indikationer om God vård benämns bland annat följande indikationer: Patienten blir respektfullt bemött som individ, Patientens egna kunskaper

och erfarenheter tas tillvara, Patienten får tillräcklig information och stöd för att kunna hantera sin hälsa och Behandlingsmål sätts i samråd med patienten (Lawrence & Lindelius, 2009). Indikationen att ta vara på patientens kunskaper och erfarenheter tycker jag kan liknas vid resultatets övergripande strategi, Att se och förstå individen. Här diskuteras hur den unika individens uppfattningar, önskemål och resurser ska användas som en grund för utformningen av omvårdnadsarbetet. Socialstyrelsens indikationer för god vård grundar sig bland annat i en Patientfokuserad hälso- och sjukvård, detta innebär bland annat att vården som ges ska visa respekt för behov, förväntningar och värderingar hos den unika individen (Lawrence & Lindelius, 2009).

Den övergripande strategin att skapa förutsättningar för en god kommunikation kan liknas vid ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Enligt koden är det sjuksköterskans ansvar att se till att patienten får den information han eller hon behöver för att kunna ge sitt samtycke för vård och behandling (ICN, 2006). Att skapa förutsättningar för en god kommunikation uttrycker inte konkret något syfte om att inhämta ett samtycke från patienten kring vård och behandling men detta kan enligt min tolkning i intervjuerna ses om en underförstådd självklarhet.

I det regionala vårdprogrammet för kolorektal cancer i västra sjukvårdsregionen, Omhändertagande vid kolorektal cancer beskrivs hur patienten ska få hjälp och stöd för att ta tillvara på sina resurser för att så gott det går upprätthålla sitt vardagliga, samhällsmässiga och arbetsmässiga liv (Smith et al, 2009). I stort så ligger detta i linje med resultatets strategier som syftar till att stödja och hjälpa patienten i att hantera sin vardag med livshotande sjukdom. En skillnad kan dock ses då vårdprogrammets strategi syftar till att ”upprätthålla” vardagen, och resultatets strategier syftar till att ”hantera” vardagen. En annan skillnad är att vårdprogrammet ser patientens tillvaratagande av sina resurser som en mycket mer central del i bevarandet av vardagen än vad resultatets strategier gör. Vårdteamet talade om att de ofta brukade föreslå att patienten tar med sig en anhörig i samband med läkarbesöket. Detta kan anses ligga i linje med det regionala vårdprogrammet som också betonar vikten av att uppmuntra patienten att ta med sig närstående. Vårdprogrammet betonar dock även vikten av att respektera eventuell önskan från patienten om att få vara ensam vid besöken.

Vårdteamet talade om att ha individen som utgångspunkt i omvårdnadsarbetet. Att justera och välja riktning beroende på patientens upplevelse och önskemål. Om man ser till den palliativa behandlingen så har studier pekat på att det kan vara bra att i det palliativa skedet till viss del frånga de behandlingsprotokoll och riktlinjer som finns. Ju mer palliativ en behandling blir desto mer bör behandling styras och utformas efter den unika individen (De Kort et al, 2010). Man kan även koppla detta till personcentrerad vård som betonar vikten av att patienten ska ses och bekräftas i sin upplevelse av sin sjukdom (Edvardsson, 2010). Vårdteamet talar om bekräftelse, att bekräfta patienten i hans eller hennes tankar och funderingar kring sin sjukdom, även detta kan liknas vid den centrala aspekt av personcentrerad vård som beskrivs ovan (Edvardsson, 2010).

Den övergripande strategin Att se och förstå personen handlar mycket om hur vårdpersonalen tolkar patientens signaler. Detta skulle kunna benämnas som intuition, klinisk blick, klinisk kompetens eller kliniskt beslutsfattande, och kan ses som en förmåga hos sjuksköterskan att tolka patienten. (Benner, 1984) benämner denna förmåga hos sjuksköterskan som den perceptuella förmågan och menar att

sjuksköterskan i takt med förvärvandet av nya erfarenheter hela tiden förbättrar sin perceptuella förmåga, sin förmåga att tolka patientens signaler, tecken och symtom. I detta sammanhang var det svårt att konkret beskriva vad vårdteamets strategier praktiskt innebar. Sjuksköterskorna i vårdteamet uttryckte att de använder sig av tolkandet i sitt arbete som ett komplement för att bestämma vilken typ av hjälp eller åtgärder som är mest lämplig. De talar om att de ”förstår” och ”ser” på patienten om han eller hon vill prata eller har något att prata om. De talar också om att de ibland kan avvakta lite och att de ”pejlar”.

Kan detta vara ett arbetssätt som påverkar patientens upplevelse? Kan detta tolkandet påverka hur patienten uppfattar vårdpersonalens handlingar? Vårdteamet har dock inte talat om tolkandet som en fristående strategi utan som en strategi för att komplettera och för att underlätta sin bedömning av patienten.

Då vårdare ur samma vårdteam delar en gemensam vårdkultur är chansen stor att deras tolkningar av patienten skulle kunna likna varandra, men eftersom varje tolkning är subjektiv och unik så går det inte att garantera att tolkningarna blir lika. Därmed är chansen stor att tolkningen av till exempel patientens vilja eller behov av samtal skulle kunna bli olika beroende på vem som gör tolkningen (Helman, 2007).

En mycket intressant aspekt i detta med tolkning är hur omedveten strategin verkar vara, hur vårdpersonalen inte vet vad det praktiskt är som utförs. Även om man antar att det handlar om tolkning av patienten så har personalen ändå svårt att redogöra för vad det är som tolkas. Vad är skillnaden mellan att använda sin erfarenhetsbaserade kunskap och att subjektivt tolka patienten? Eller är det precis det som tolkningen innebär, Att använda sina kliniska erfarenheter som grund för bedömning. I linje med (Benner, 1984) skulle det kunna antas att denna tolkning handlar om just förvärvade erfarenheter och att utvecklingen av den tolkande förmågan eller perceptuella förmåga är en process. Om varje tolkning är subjektiv (Helman, 2007) och tolkningen baseras på egenförvärvade erfarenheter kan den framtagna tolkningen anses vara högst unik. I vilken grad väljer vårdpersonalen då att följa sin perceptuella förmåga snarare än de givna riktlinjer som finns framtagna och vilket objektivet perspektiv har vårdare på sin tolkning?

En annan intressant aspekt är i vilken grad vårdpersonalen kommunicerar sin tolkning av signaler med patienten. Hade detta kanske kunnat vara en del i att komma åt svårigheten i att förstå meningen i personalens handlingar.

Resultatet ger en bild av hur ett vårdteams strategier inom palliativ cancervård kan se ut vilket kan bidra till ökad förståelse och medvetenhet kring strategier och arbetssätt i det praktiska yrkesutövandet inom den palliativa cancervården. Även om resultatet inte pekar på speciellt utformade strategier för området och kontexten palliativ vård så pekar resultatet ändå på speciella områden och utmaningar inom den palliativa polikliniska cancervården. Till exempel behovet av kompletterande hjälp ifrån andra instanser, utmaningen med svåra och oväntade samtal, samt vikten av tid och timing. Jag tror att dessa utmaningar och områden bör beaktas vid formulering och utformning av strategier för palliativ onkologi för att på bästa sätt bemöta dessa individer och bättre hantera den komplexitet som kan ses i det palliativa skedet av cancersjukdom.

Resultatet kan beskriva hur strategier och förhållningssätt från bland annat vårdprogram och omvårdnadsteorier praktiskt används i den kliniska verksamheten. Resultatets

strategier visar likheter med den personcentrerade vårdfilosofin vilket skulle kunna bekräfta den palliativa vården som en praktisk utövning utav personcentrering.

SLUTSATSER

Vårdteamets strategier och arbetssätt för att stödja och hjälpa patienten att hantera sin vardag med livshotande sjukdom kan beskrivas utifrån fem övergripande strategier:

- Skapa förutsättningar för en god kommunikation
- Stödja och bekräfta individen
- Reflektera över mötet med patienten
- Skapa en beredskap för att möta det svåra och oväntade
- Se och förstå personen

Några av de övergripande strategierna kan anses ligga i linje med det regionala vårdprogrammet för omhändertagande vid kolorektalcancer, och skulle därav kunna ses som lämpliga för sammanhanget cancervård. På samma sätt ligger strategierna i linje med riktlinjer och definitioner för palliativ vård. Jag ställer mig dock frågande till hur vida strategierna faktiskt är särskild anpassade för sammanhanget palliativ vård eller cancervård relaterat till likheten mellan strategierna och Socialstyrelsens riktlinjer för God vård. Strategierna ligger även i linje med personcentrerad vård vilket ytterligare ifrågasätter hurvida de är speciellt utformade för sin kontext.

Strategierna bekräftar dock den palliativa vården som en utövning av personcentrering, vilket pekar på att palliativ vård skulle kunna vara ett vårdfält för inhämtning av ytterligare kunskaper kring personcentrering.

FORTSATT FORSKNING

Då resultatet enbart belyser ett vårdteams erfarenheter och strategier så bör fortsatt forskning fokusera på att jämföra olika vårdteams strategier och erfarenheter. För att på sikt kunna arbeta med att förbättra den bristande kommunikationen och svårigheten i att förstå vårdpersonalens handlingar och agerande bör fortsatt forskning även fokusera på att identifiera strategiernas lämplighet och bidragande konsekvenser. En annan intressant aspekt skulle vara att mer grundligt undersöka hurvida strategier och arbetssätt vid palliativ cancervård är speciellt utformade för sin kontext eller inte och hurvida de borde vara speciellt utformade för sin kontext.

REFERENSER

- Allwood, C. M., & Johnsson, P. (2009). Invandring, kultur och välbefinnande. In C. M. Allwood, & P. Johnsson (Eds.), *Mänskliga möten över gränser* (pp. 14-27). Stockholm: Författarna och Liber AB.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (2005). Indledning. In B. Beck-Friis, & P. Strang (Eds.), *Palliativ medicin* (pp. 13-14). Nacka: Författarna och Liber.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practices*. Menlo Park, California: Addison Wesley publishing.
- Brundage, M. D., Feldman-Stewart, D., & Tishman, C. (2010). How do interventions designed to improve provider-patient communication work? Illustrative applications of a framework for communication. *Acta Oncologica*, 49, pp. 136-143.
- Buckley, J. (2008). *Palliative care an integrated approach*. United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: A review of research and prospects. *Sociology of Health & Illness*, 13 (4), pp. 451-468.
- DePoy, E., & Gitlin, L. N. (1999). *Forskning - en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Downe-Wamboldt, B. (1992). Content analysis: Method, applications, and issues. *Health Care for Women International*, 13 (3), 313-321.
- Edqvist, L. (2010). *Tjock- och ändtarmscancer*. Retrieved Maj 12, 2011, from Cancerfonden: <http://www.cancerfonden.se/sv/cancer/Cancersjukdomar/Tjock--och-andtarmscancer/>
- Edvardsson, D. (2010). Personcentrerad omvårdnad - definition, måtkalor och hälsoeffekter. In D. Edvardsson (Ed.), *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik* (pp. 29-38). Lund: Studentlitteratur.
- Eek, S. (2011). *Strategier vid palliativ cancervård - Ett vårdteams tankar och erfarenheter*. Examinationsuppgift, Omvårdnadsforskning i praktiken: Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa, Göteborg.
- Fallowfield, L. (2010). Communication with the patient and family in palliative medicine. In G. Hanks, N. I. Cherny, N. A. Christakis, M. Fallon, S. Kaasa, & R. K. Portenoy (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (Fjärde ed., pp. 333-341). New York: Oxford University Press.
- Fawcett, J. (1995). *Analysis and evaluation of conceptual models of nursing*. Philadelphia: F.A Davis, cop.
- Friberg, F., & Öhlen, J. (2008). Kan vi tala om lärande i livets slut? *Omsorg*, 2 (25), pp. 25-29.
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2007). Searching for knowledge and understanding while living with impending death - a phenomenological case study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2, pp. 217-226.
- Glimelius, B. (2005). Kuration eller palliation? In B. Beck-Friis, & P. Strang (Eds.), *Palliativ medicin* (pp. 15-22). Nacka: Författarna och Liber.
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concept, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, (24) 105-112.

- Helman, C. G. (2007). *Culture, Health and Illness FIFTH EDITION*. London: Hodder Arnold.
- Henoch, I. (2007). *Vardalinstitutet*. Retrieved 04 29, 2011, from www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.: <http://www.vardalinstitutet.net/art/begrepp.pdf>
- Hinds, P., Vogel, R., & Clarke-Steffen, L. (1997). The possibilities and Pitfalls of Doing Secondary Analysis of a Qualitative Data Set. . *Qualitative Health research* , pp. 408-424.
- Hubbard, G., Kidd, L., & Kearney, N. (2010). Disrupted lives and threats to identity: The experience of people with colorectal cancer within the first year following diagnosis. *Health* , 14 (2), pp. 131-146.
- ICN. (2006). *Code of Ethics for Nurses*. Retrieved 05 16, 2011, from International Council of Nurses: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- J. de Kort, S., Pols, J., J. Richel, D., Koedoot, N., L.Willems, & Dick. (2010). Understanding Palliative Cancer Chemotherapy: About Shared Decision and Shared trajectories. *Health Care Analysis* , 18 (2), pp. 164-174.
- Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlen, J. (2009). Livets slutskede- välbefinnande och död. In F. Friberg, & J. Öhlen, *Omvårdnadens grunder prsåektiv och förhållningssätt* (pp. 326-354). Lund: Studentlitteratur.
- Jakobsson, E., Andersson, M., & Öhlen, J. (2009). Livets slutskede- välbefinnande och död. In F. Friberg, & J. Öhlen (Eds.), *Omvårdnadens grunder perspektiv och förhållningssätt* (pp. 326-354). Lund: Studentlitteratur.
- Kidd, L., Kearney, N., O'Carroll, R., & Hubbard, G. (2008). Experiences of self-care in patients with colorectal cancer: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* , 64 (5), 469-477.
- Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier*. Lund: Studentlitteratur.
- Krippendorff, K. (2004). *Content Analysis An introduction to its Methodology*. London: Sage.
- Lawrence, M., & Lindelius, B. (2009). *Nationella riktlinjer för God vård*. Retrieved Maj 01, 2011, from Socialstyrelsen: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17797/2009-11-5.pdf>
- Meidell, L. (2010). Palliativ vård - en form av personcentrerad vård? In D. Edvardsson (Ed.), *Personcentrerad Omvårdnad i teori och praktik* (pp. 113-119). Lund: Studentlitteratur.
- Nationalencyklopedin. (n.d.). *Arbeta*. Retrieved 05 03, 2011, from Nationalencyklopedin: www.ne.se/sve/arbete
- Nationalencyklopedin. (n.d.). *Strategi*. Retrieved 05 03, 2011, from Nationalencyklopedin: www.ne.se/sve/strategi
- Sachs, L. (2004). *Tillit som bot*. Lund: Studentlitteratur.
- Sætern, B. (2003). Omvårdnad vid livets slut. In A. Reitan, & T. K. Schjölberg (Ed.), *Onkologisk omvårdnad* (pp. 172-191). Falköping: Liber AB.
- Saunders, C. M. (1979). Lämplig behandling och värdig död. In C. M. Saunders (Ed.), *Om vård av döende cancerpatienter* (S. Paléus, Trans., pp. 15-27). Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag AB (Orginalet publicerat 1978).

- Saunders, C., & Bains, M. (1983). *Leva intill döden*. Stockholm: Liber tryck.
- Scherman Hansson, M., & Friberg, F. (2009). Patienten gör inte som vi vill. In M. Scherman Hansson, & U. Rundesson (Eds.), *Den lärande patienten* (pp. 15-38). Lund: Studentlitteratur.
- Smith, F., Bjurén, A., Broberg, E., Isaksson, A.-S., & Samuelsson, M. (2009). Omhändertagandet vid kolorektal cancer. Göteborg: Onkologisk centrum, Västra sjukvårdsregionen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för palliativ vård*. Retrieved April 27, 2011, from Socialstyrelsen : <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/palliativvard>
- Socialstyrelsen. (2006). *Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner*. Retrieved 05 03, 2011, from Socialstyrelsen : http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf
- Strang, P. (2005). Lidande i palliativ vård. In B. Beck-Friis, & P. Strang (Eds.), *Palliativ medicin* (pp. 90-95). Stockholm: Författarna och Liber.
- Street, A. F., & Horey, D. (2010). The State of the Science: Informing choices across the cancer journey with public health mechanisms and decision processes. *Acta Oncologica*, 49, pp. 144-152.
- Todoulos Thorén, E. (2005). Läkarens roll. In B. Beck-Friis, & P. Strang (Eds.), *Palliativ medicin* (pp. 371-376). Stockholm: Författarna och Liber AB.
- Trevelbee, J. (2002). *Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje*. Köpenhamn: Munksgaard Danmark.
- WHO. (2002). *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved 04 18, 2011, from World Health Organization: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>