



**SAHLGRENKA AKADEMIN**  
**INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA**

# **SAMTAL MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE KRING EXISTENTIELLA FRÅGOR**

– med fokus på mening

**Linda Lilić**

**Kristin Sott**

---

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2017
Handledare:	Anneli Ozanne
Examinator:	Susann Strang
	Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

# Förord

Vi vill tacka vår handledare Anneli Ozanne för förtroendet, vägledningen och stödet genom detta arbete.

Titel (svensk)	Samtal med patienter och närstående kring existentiella frågor – med fokus på mening
Titel (engelsk)	Conversations with patients and relatives about existential issues-focused on meaning
Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Sjuksköterskeprogrammet/Examensarbete i omvårdnad
Nivå:	Grundnivå
Termin/år:	Ht/2017
Författare	Linda Lilić och Kristin Sott
Handledare:	Anneli Ozanne
Examinator:	Susann Strang

---

## Sammanfattning:

**Bakgrund:** En kronisk neurologisk diagnos kan innebära en dramatisk förändring av livsvillkoren, och patienten och dess närstående kan komma att hamna i en existentiell kris. Sjukvårdspersonal som arbetar nära patienten och närstående blir ofta de som hamnar i samtal om existentiella frågor och tankar då sådana dyker upp. **Syfte:** Att beskriva hur sjuksköterskor och undersköterskor inom neurologisk sjukvård samtalar med patienter, närstående och kollegor kring existentiella frågor, med fokus på mening. **Metod:** Arbetet är del av en större studie i en utbildningsintervention för sjukvårdspersonal (n=18), där samtalen spelats in, transkriberats och analyserats med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Materialet delades upp i tre teman; Samtal kring patientens transition från kris till insikt, Att stödja i det svåra och Sjukvårdspersonalens uttryck om pendlingen mellan förbättring och ofullständighet i yrkesrollen. Från dessa teman kunde det lyftas fram att sjukvårdspersonalen tycker att de existentiella frågorna är viktiga. Vidare sågs att det finns ett behov att stödja patienter och närstående genom den process som startar med sjukdomsbeskedet, för att en ny mening och balans i tillvaron ska kunna hittas. Det kräver dock att sjukvårdspersonalen har verktyg för detta, i synnerhet kommunikation, stöttning och tid, för att situationen ska bli så bra som möjligt för alla parter. **Slutsats:** Det uppmärksammas att både patient och närstående behöver stöd för att ta sig från den kris som en sjukdomsdiagnos kan innebära, och att sjukvårdspersonalen här är viktig för att samtala, stötta och ge trygghet. För att kunna det krävs även att sjukvårdspersonalen får stöttning och har kunskap om hur svåra samtal kan hållas.

**Nyckelord:** Existentiella samtal, neurologiska sjukdomar, sjukvårdspersonal, patienter, närstående

# Innehållsförteckning

Inledning.....	1
Bakgrund.....	1
Neurologiska sjukdomar.....	1
Existentiella frågor.....	2
Patienter och existentiella frågor.....	3
Närstående och existentiella frågor.....	3
Mening.....	3
Mening i relation till neurologiska sjukdomar.....	4
Sjuksköterskans kompetens och kommunikation.....	4
Problemformulering.....	5
Syfte.....	6
Metod.....	6
Fokusgrupper.....	6
Utbildningsintervention.....	6
Deltagare och urvalsprocess.....	7
Datainsamling.....	7
Analys av data.....	7
Forskningsetiska överväganden.....	8
Resultat.....	9
Från kris till insikt.....	9
Att söka orsak.....	10
Att känna tröstlöshet.....	10
Att söka tro.....	10
Att processa sin sjukdom.....	11
Att finna balans.....	12
Att stödja i det svåra.....	12
Att finna stöd i relationer.....	13
Att våga stanna kvar i samtalet.....	14
Sjukvårdspersonalens uttryck om pendlingen mellan förbättring och ofullständighet i yrkesrollen.....	15
Att utvecklas i sin yrkesroll.....	15
Att känna frustration och otillräcklighet.....	16
Diskussion.....	16

Metoddiskussion .....	17
Resultatdiskussion .....	18
Samtal kring patientens transition från kris till insikt .....	18
Att stödja i det svåra .....	21
Pendling mellan att förbättras och att känna sig ofullständig i sin yrkesroll .....	23
Implikationer för klinisk praxis .....	24
Fortsatt forskning .....	25
Slutsats .....	25
Referenslista .....	26

# Inledning

Omvårdnad innebär att se människan som en helhet, där såväl människans fysiska, psykiska och sociala välmående ska tas i beaktning (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vid kronisk neurologisk diagnos ställs livsvillkoren ofta på sin spets, där patienten och dess närstående kan komma att hamna i en bearbetningsprocess där de existentiella frågorna om liv, död, mening, frihet, relationer och ensamhet ofta blir centrala. Då sjukvårdspersonal, i synnerhet sjuksköterskor och undersköterskor, på grund av sina arbetsuppgifter arbetar nära patienten och närstående blir det ofta hos dem som de existentiella samtalen hamnar. Att fånga upp frågor och tankar, informera och bemöta patienter och närstående för att hjälpa och stötta, blir en viktig uppgift för sjukvårdspersonalen. För att kunna hantera dessa samtal behöver sjukvårdspersonalen kunskap och verktyg. Med detta arbete önskar vi belysa hur sjukvårdspersonalen ska kunna förhålla sig till dessa samtal med patienter, närstående och varandra.

## Bakgrund

### Neurologiska sjukdomar

Neurologiska sjukdomar innefattar många åkommor, där symtom och orsak härrör från det centrala nervsystemet (CNS), det perifera nervsystemet (PNS) eller det autonoma nervsystemet (ANS). Dessa inkluderar exempelvis ALS, Multipel skleros (MS), Parkinsons sjukdom, epilepsi och hjärntumörer. Det gemensamma för dessa åkommor är att de är allvarliga och att de behandlas inom neurologisk sjukvård. Däremot kan de skilja sig stort i symtom, progression, prevalens och behandling. Eftersom CNS och PNS är involverade i alla olika sorters kroppsliga funktioner, skiljer sig symtomen beroende på vilken del som är påverkad. Ofta är symtomen komplexa, och kräver insatser från sjukvården i form av team, där vård från många olika yrkeskategorier samarbetar såsom läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, undersköterskor, logopedier och dietister (Jönsson & Eriksson, 2016). Symtomen kan delas upp i bortfalls- och retningsymtom. Bortfallssymtom innefattar pares, känselnedsättningar, domningar, afasi, koordinationsproblem och frikopplingsfenomen (när ett normalt hämmande system försvinner och frigör reflexer och rörelsemönster). Retningsymtom innefattar epilepsi, ryckningar och kramper, stickningar, parestesier och synfenomen. Kognition, språk och minne störs i synnerhet då stora hjärnbarken är påverkad. Problematiken kan delas in i permanent avancerad kognitiv störning som demens, medan reversibel avancerad kognitiv störning benämns som konfusion (Fagius, Nyholm, & Aquilonius, 2013). Att få en neurologisk sjukdomsdiagnos kan vara mycket dramatiskt, då flera åkommor är obotliga om än möjliga att symtomlindra, många är dödliga, och det rör kroppsliga funktioner som påverkar centrala delar av personen såsom tal, gång och sensorik. Det är därför viktigt att informera patienten och dennes närstående om vad sjukdomen innebär, och att tänka på att möta upp patienten med de frågor som kommer, och ge stöd utifrån varje patients behov. Detta kan vara en lång process, då ett diagnosbesked ofta behöver landa innan information kan tas in. Sjuksköterskan är den som oftast har mest patientkontakt och har därför en central roll att möta och kommunicera med patienten under processen (Jönsson & Eriksson, 2016).

Några progredierande neurologiska sjukdomar som påverkar det dagliga livet är ALS, MS, Parkinsons sjukdom och hjärntumör. Amyotrofisk lateralskleros (ALS) är en neurologisk

sjukdom där de motoriska nervbanorna degenererar och musklerna atrofieras. Uppkomsten till sjukdomen är okänd och botemedel saknas. ALS innebär muskelsvaghet med ökande pares och där slutligen även muskulaturen till andningsorganen förlamas. Multipel skleros (MS) är en autoimmun, inflammatorisk sjukdom som drabbar det centrala nervsystemet. Sjukdomen är kronisk, kommer ofta i skov och kan i vissa fall ge bestående funktionsnedsättningar (Ericson & Ericson, 2012). Symtom på MS är motorisk svaghet, känselbortfall, försämrad koordination och balans. På sikt kan sjukdomen ge kognitiv påverkan med försämrat minne, inlärningsförmåga och koncentration. Svår trötthet och depression är andra vanliga symtom (Jönsson & Eriksson, 2016). Parkinsons sjukdom är en progressiv, neurologisk sjukdom som kännetecknas av tremor (skakningar), hypokinesi (minskad rörelseförmåga) och rigiditet (stelhet). Sjukdomen som är kronisk och progredierande, orsakas av en nedbrytning av de nervceller som producerar transmittorsubstansen dopamin. Bristen på dopamin ökar gradvis för att slutligen upphöra helt. Parkinsons sjukdom drabbar i första hand personer från 50-60 år och innebär livslång symtomatisk medicinering (Ericson & Ericson, 2012). Förutom de typiska symtomen som skakningar, rörelsehämning och muskelstelhet orsakar sjukdomen ofta psykiska symtom som initiativlöshet och/eller depression och ibland även kognitiva besvär (Jönsson & Eriksson, 2016). Hjärntumörer är oftast maligna och växer vanligtvis i hjärnvävnaden. Vanliga symtom vid hjärntumör är epileptiska anfall, lokala bortfallssymtom såsom fokala pareser, synfältsbortfall, känselstörning eller dysfasi. Andra vanliga symtom är svår huvudvärk, kräkningar, psykiska förändringar och sänkt medvetande (Ericson & Ericson, 2012).

## Existentiella frågor

Begreppet ”existentiell” handlar om människans existens. Det kan beskrivas som människans fundament till att vara och finnas till liv. Det är nära förknippat med andlighet och handlar ofta om frågorna mening, betydelse och avsikten med livet och döden (Lundmark, 2014). Existentialism enligt Yalom (1980) beskrivs med fyra grundprinciper som alltid utmanar en människas existens. Det är död, meningslöshet, isolering och frihet. Döden är den mest påtagliga, som det inte går att fly ifrån, och dess existens ger dödsångest vilket grundar sig i separationsångest och att en dag försvinna. Ju närmare döden kommer desto mer verkligt och intensivt blir livet (Strang, Strang, & Ternestedt, 2002). Närvaro av död som inte går att undkomma, kan ge en känsla av meningslöshet, och frågor som ”varför lever jag” eller ”vad är meningen med livet” kan komma att ställas, och detta tvingar människan att söka mening i det meningslösa. Existentiell isolering är en ofrivillig ensamhet som grundar sig i att var och en av oss kommer till, och lämnar, denna existens själva. Hur nära två personer än är varandra så står man ensam. Denna vetenskap driver människan att söka relationer, för att få skydd och för att vara delaktig i en helhet. Friheten kan ses som enbart positivt, men genom frihet och att behöva välja följer ansvar över sitt liv och därmed även ångest över detta. Frihet är motsatsen till struktur och grund, vilket gör att frihet kan ge en känsla av tomhet (Yalom, 1980). Andlighet, är ett centralt begrepp som ligger nära existentialismen. Enligt Strang et al. (2002) definieras andlighet som ett bredare begrepp än religion och används särskilt i sekulariserade länder som Sverige för att beskriva en djup mänsklig dimension, oavsett religion eller tro. Andlighet är beskrivet som en dimension som går bortom den fysiska, sociala och psykologiska människan, och inbegriper även syftet och meningen med livet (Strang et al. 2002). En svårt sjuk eller döende människa kan ställa frågor av existentiell art, och kan känna ett existentiellt lidande. Existentiellt lidande kan beskrivas som meningslöshet, skuld, ångest över att livet är kort, dödsångest med mera, och är inte en fysisk smärta, men kan förstärkas av fysisk smärta (Strang & Strang, 2012b). Detta lidande måste ses som ett verkligt lidande.

Enligt den holistiska principen ska hela människan tas i beaktning inom omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017), vilket betyder att hänsyn även måste tas gällande det själsliga måendet och hanteras av sjuksköterskan i omvårdnaden.

Nära förknippat med de existentiella frågorna ligger begreppet KASAM; Känsla av sammanhang, som myntades av sociologen Aaron Antonovsky. De begrepp som ingår i KASAM är begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet. Begriplighet betyder att människan kan förstå de stimuli som visar sig i framtiden, även om de kommer som överraskningar, så kan de förklaras och ordnas. De kan vara högst oönskade (som död och sjukdom), men genom att förstå dem och göra dem begripliga, erhålls en hög begriplighet. Hanterbarhet definieras enligt Antonovsky (2005) hur möjligheten är att möta de krav som ställs på en och att ha rätt verktyg för att hantera situationen. Meningsfullhet är ett mått på att ha något i livet som betyder mycket. Med hög meningsfullhet ägs en förmåga att söka en mening för nya oförutsedda, och kanske oönskade, händelser. Till följd av hög KASAM kommer en förmåga att förstå sammanhanget mellan sig själv och omgivningen, och med det använda sig av sina resurser på ett bra sätt vid en svår situation. Komponenten meningsfullhet är den viktigaste i begreppet KASAM enligt Antonovsky (2005).

### **Patienter och existentiella frågor**

När en person blir svårt sjuk eller får en livshotande skada hamnar personen i en existentiell kris. Det blir en påminnelse om kroppens och livets sårbarhet och det framkallar ett behov av att få prata om existentiella frågor. Frågorna har ofta inga självklara svar utan det är upp till var och en att söka svar som känns rätt (Benkel, Molander & Wijk, 2016). Som sjuksköterska i en akut situation eller med en svårt sjuk patient är det lätt att endast fokusera på det praktiska omhändertagandet och nedprioritera patientens känslomässiga behov. För de flesta patienter i det läget är det viktigt att känna sig bekräftade, sedda och delaktiga. Detta kan sjuksköterskan åstadkomma genom att beröra, tala lugnande, nämna patienten vid namn samt ge utrymme för de existentiella frågorna (Almerud Österberg, 2014).

### **Närstående och existentiella frågor**

När en person blir svårt sjuk och livets slut närmar sig blir det en påtaglig påverkan hos de närstående och situationen väcker existentiella tankar och frågor även hos dem. Det spelar stor roll var i livet som den närstående befinner sig när det gäller att reagera och hantera existentiella frågor. Det är stor skillnad om den närstående är mitt i livet med små barn eller om det är en gammal människa (Milberg, 2012). Inom den palliativa vården är det viktigt att ge stöd till de närstående, lyssna på dem och prata med dem. Många gånger kan det vara svårt för patienten och närstående att prata om existentiella frågor med varandra och då behöver sjuksköterskan finnas för stöd och samtal (Socialstyrelsen, 2006). Många närstående finner det meningsfullt att få vara nära och kunna lindra lidandet för den som är sjuk (Milberg, 2012).

### **Mening**

Att söka efter mening är en grundläggande kraft i en människas liv, enligt läkaren Viktor Frankl. Meningen med livet måste hittas och uppfyllas av individen själv, och det är då den tillfredsställer individens vilja till mening (Frankl, 1986). Mening eller meningsfullhet är den mest betydelsefulla delen i det centrala begreppet KASAM. Meningsfullheten en människa känner beror på vilken motivation och engagemang hon känner till händelser i livet (Antonovsky, 2005). Mening kan även definieras som hur patienten använder meningen och syftet med livet; där hopp och autonomi är viktiga aspekter för att behålla den egna identiteten



(Hench, Strang, Browall, Danielson & Melin-Johansson, 2015). Mening kan vidare delas upp i underkategorierna acceptans, reevaluering, hopp och tro. Att acceptera sin situation kan betyda att hantera sin nya situation, men det kan även innefatta en viss resignation och ibland längtan efter döden. Reevaluering innefattar en summering av livet och kan innebära att hitta nya värden som ger livet mening. Hopp finns ofta hos människor genom olika sjukdomsfaser, hur svåra de än är, och hopp kan upplevas ända till slutet; en ny behandling kan dyka upp eller ett mirakel kan ske. Tro på en högre makt kan ge människor i livets slutskede mening och trygghet. Denna högre makt kan vara Gud, men det kan vara något mindre definierat, som en högre mening (Browall, 2010). För döende patienter har meningsfullhet ett starkt samband med livskvalitet. Innebörden av meningsfullhet varierar från person till person, eller med sjukdomens faser, men det som ger meningsfullhet är ofta relationer, religiös tro, att kunna fortsätta arbeta, eller att få bo kvar hemma (Milberg, 2012). I en studie om palliativ vård av patienter framkommer en strävan efter det normala i tillvaron, att kunna fortsätta med hobbies eller vardagssysslor som man brukar göra. Att vara involverad i sin egen behandling kan även det ge mening för patienten, liksom att känna att ens intellektuella kapacitet fortfarande uppskattas. Enligt samma studie är aktiv kommunikation med andra om upplevelser och känslor något som ger mening. Att förbereda sig för döden, att planera och hjälpa de kvarlevande är viktigt och att göra gott för någon annan ger mening (Olsson, Ostlund, Strang, Jeppsson Grassman, & Friedrichsen, 2010).

### **Mening i relation till neurologiska sjukdomar**

Patienter med ALS påverkas fysiskt och psykiskt av den fysiska funktionsnedsättningen. Hela existensen ifrågasätts och det medför en rädsla. Framtiden är oviss och det finns en stark oro över hur och när dödsprocessen ska inträffa. Detta minskar patientens välbefinnande och gör det svårare att känna mening (Ozanne, Graneheim, & Strang 2013). Att leva med MS innebär en stor osäkerhet då sjukdomen oftast kommer i skov. Osäkerheten, den svåra tröttheten och depression sänker livskvaliteten (Jönsson & Eriksson, 2016). För en patient med Parkinsons sjukdom påverkar de motoriska symtomen livet i stort, men ofta påverkar de icke-motoriska symtomen livskvaliteten mer. Patienterna kan uppleva att sjukdomen påverkar tankens hastighet och uppmärksamhetsförmågan negativt samt att det ger en ökad trötthet, oro och ångest (Sunvisson, 2015). Patienter med hjärntumör upplever ofta ett försämrat välbefinnande på grund av psykiska problem såsom ångest, depression, existentiella spänningar och svår trötthet i kombination med försämrad fysisk funktion (Pelletier, Verhoef, Khatri, & Hagen 2002). Gemensamt för patienter med dessa neurologiska sjukdomar är att uppleva mening genom att vara nära familjen, framför allt barn och barnbarn, och med vänner (Caap-Ahlgren, Lannerheim & Dehlin, 2002; Murdock, Cousins & Kernohan, 2015; Ozanne et al. 2013; Silverman, Verrall, Alschuler, Smith & Ehde, 2017; Strang & Strang, 2001). Mening upplevs också genom att vara aktiv med dagliga aktiviteter, egna intressen för att känna delaktighet och engagemang (Ozanne et al. 2013; Silverman et al. 2017; Strang et al. 2001). Andra faktorer som kan skapa mening är att få känna sig behövd, få hjälpa andra människor och att acceptera den faktiska situationen (Ozanne et al. 2013). Arbete och musik kan också ge en känsla av mening (Strang et al. 2001). För en del patienter kan även tro och kyrkan skapa mening (Murdock et al. 2015; Strang et al. 2001).

### **Sjuksköterskans kompetens och kommunikation**

Kompetensbeskrivningen för legitimerade sjuksköterskor ska stärka, tydliggöra samt vara ett stöd i utförandet av professionen. Dokumentet omfattar sex kärnkompetenser och dessa är

personcentrerad vård, teamarbete, evidensbaserad vård, arbeta fortlöpande för förbättring och kvalitetsutveckling, säker vård och information samt leda och ansvara för omvårdnadsarbetet gentemot patienten. Grunden för sjuksköterskans kompetensbeskrivning är att ha en holistisk människosyn och tillgodose patientens omvårdnadsbehov på ett fysiskt, psykiskt, andligt och kulturellt plan. Sjuksköterskan ska kunna uppskatta patientens hälsotillstånd och med hänsyn till det kunna planera för patientens välbefinnande, lindring och trygghet. Sjuksköterskan ska värna om en respektfull, empatisk och lyhörd kommunikation med kollegor, patienter och närstående samt kunna ge information på ett upplysnings- och begripligt sätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

För att sjuksköterskan ska kunna ge god omvårdnad är det av största vikt att kunna kommunicera. Det krävs kommunikation för att kunna ta del av patientens historia och situation, stötta patienten och informera om egenvård, utbyta information med andra professioner och förbereda patienten inför olika vårdmoment. God omvårdnad bygger på en god relation mellan sjuksköterska och patient, där respekt och medkänsla kan förmedlas. För att nå detta behövs en fungerande kommunikation där sjuksköterska och patient kan känna samhörighet. En god kommunikation ger patienten ett ökat välbefinnande och förbättrad hälsa. Att kommunicera handlar inte enbart om att prata utan lika stor del handlar om att lyssna. För att vara närvarande och lyssna aktivt fordras ett genuint intresse av den person man pratar med. I ett samtal förmedlar kroppsspråket på ett icke verbalt sätt det visade intresset och bekräftar personen man lyssnar på. I ett samtal mellan två personer pågår ständigt en ström av outtalade signaler. Kroppsspråket har stor betydelse i kommunikationen och det kan ibland vara bra att fundera på vad som ska kommuniceras och hur kroppsspråket ska förmedla samma sak (Magnusson, 2014).

Svårt sjuka patienter kan ha ett stort behov av att prata om existentiella och andliga frågor. Enligt Strang, Henoch, Danielson, Browall, & Melin-Johansson (2014) bör sjuksköterskan vara öppen, ärlig och närvarande med en genuin vilja att prata om sjukdom och död med patienten. Det bör dock finnas en balans genom att erbjuda samtalsmöjlighet, men inte alltid gå in för djupt i diskussion. Patientens vilja att dela med sig måste styra. Sjuksköterskor uttrycker ofta att de är medvetna om att existentiella behov bör tillfredsställas hos patienter, men att få verktyg för detta finns ofta på grund av brist på tid, kunskap, fel prioriteringar och värderingar (Strang et al. 2012b). För att sjuksköterskan ska kunna kommunicera dessa frågor på ett naturligt och positivt sätt krävs god förberedelse. Ett sätt att förbereda sig, kan enligt Henoch et al. (2015), vara att sjuksköterskor genomgår ett utbildningsprogram där de lär sig att identifiera uppenbara situationer där existentiella frågor kan uppkomma, hur de öppnar en konversation, är närvarande och bekräftande i samtalet samt hur de kan använda sig av både ord och tystnad i kommunikationen. Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar på patientens berättelse och ställer öppna frågor. Kommunikation kring existentiella frågor mellan vårdare och patienter/närstående belystes, och efter utbildningen ansåg sig sjuksköterskorna ha en större kunskap kring dessa frågor och de upplevde sig vara bättre förberedda.

## Problemformulering

Att få en kronisk neurologisk diagnos är för många tungt och kan vara svårbearbetat för patienten, men även för närstående. Att ta till sig, förstå, acceptera och hantera sin diagnos är en process där patienten behöver stöd vilket åligger sjuksköterskan att ge (Svensk

sjuksköterskeförening, 2017). Det finns ett behov att tala om existentiella frågor, där mening är en viktig faktor (Antonovsky, 2005), för både patienter, närstående och sjukvårdspersonal. Sjukvårdspersonal behöver kunskap för att kunna hantera och stötta patienter och närstående i dessa frågor. Det har visat sig att många sjuksköterskor har ambition att göra det, men känner sig obekväma i den rollen (Henoch et al. 2015).

## **Syfte**

Syftet med denna kandidatuppsats är att beskriva hur sjuksköterskor och undersköterskor inom neurologisk sjukvård samtalar med patienter, närstående och kollegor kring existentiella frågor, med fokus på mening.

## **Metod**

Arbetet grundar sig på en studie, som genomfördes med kvalitativ innehållsanalys vilket lämpar sig som analysmetod då innehållet i en text ska sammanfattas och beskrivas. Analysen följer en induktiv analysprocess, vilket innebär en förutsättningslös analys utan styrning från en teori. Analysen utgår från analysenheter, som i detta fall är transkriberade fokusgruppssamtal. Det manifesta och det latent innehåll tas fram i analysprocessen genom att författarna går mellan delar och helhet i texten tills konsensus är nådd. På så sätt kan de underliggande meningarna i samtalet frambringas (Graneheim & Lundman, 2004).

## **Fokusgrupper**

Studien använde sig av fokusgrupper, där sjuksköterskor och undersköterskor samtalande kring existentiella samtal med patienter med neurologisk sjukdom och deras närstående. Att använda sig av fokusgrupper har blivit populär på senare år, och är en metod som är lämplig för att studera människors värderingar, motiv, argument och erfarenheter och den drar nytta av interaktionen mellan individerna i fokusgruppen. Att använda sig av fokusgrupper lämpar sig främst till att studera nya och inte så utforskade ämnen, eller ämnen som är komplexa och svåra att undersöka. Gruppdynamiken utnyttjas, och det lämnar stor frihet till gruppdeltagarna att prata om det de tycker är viktigt. Deltagarna uppmuntrar varandra att berätta saker som kan vara känsliga, och hjälper på så sätt till att få en analys av människors förståelse. Det finns en dock risk att känsliga uppgifter sprids vidare utanför gruppen, alla deltagare måste vara medvetna om detta och respektera varandras integritet (Wibeck, 2012). I denna studie intervjuades sjukvårdspersonalen med hjälp av en intervjuguide vid två tillfällen före och efter utbildningsinterventionen. Samtalen från utbildningsinterventionen, som ingår i kandidatuppsatsen, utgick från ett utbildningsmaterial men var mindre styrande och där ingen intervjuguide användes.

## **Utbildningsintervention**

Studien som denna kandidatuppsats utgår från härrör från en utbildningsintervention baserat på ett utbildningsprogram kring samtal om existentiella frågor för sjukvårdspersonal som arbetar med palliativt sjuka patienter. Denna utbildningsmodell modifierades för att passa till sjukvårdspersonal som vårdar patienter med neurologisk sjukdom och deras närstående. Utbildningsmaterial med information och frågor om existentiella områden såsom frihet, relationer och ensamhet, livet och döden samt mening, delades ut till deltagarna innan första

utbildningstillfället. Eftersom studien inte är publicerad läggs inte utbildningsmaterialet ut som bilaga. Under tio veckor träffades deltagarna för samtal, varannan vecka, vid fem tillfällen. Varje utbildningstillfälle pågick i cirka 1 ½ timme och innebar teoretisk utbildning, grupparbete samt individuella uppgifter. Målet med utbildningen var att sjukvårdspersonalen skulle få ökad kunskap om vad existentiella frågor kan innebära, strategier för att samtala med patienter och närstående kring dessa frågor och hur dessa frågor kan uppmärksammas hos patienter och närstående. Före första utbildningstillfället och sex månader efter avslutad utbildning intervjuades deltagarna i fokusgrupper gällande hur de upplevde samtal om existentiella frågor med patienter och närstående. Vid uppföljningen fick de även svara på hur de upplevde utbildningen. Dessa intervjuer fördes av en forskare och en observatör. Deltagarna fyllde i frågeformulär före och efter utbildningen för att mäta dess effekt. Deltagarna från Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg ingick i interventionsgruppen och deltagare från Akademiska sjukhuset i Uppsala ingick i en kontrollgrupp, vilket innebar att de sistnämnda endast fyllde i frågeformulär. Kursledaren var en sjuksköterska med lång erfarenhet av palliativ vård och handledning av sjukvårdspersonal. Hon hade även tidigare hållit i utbildningsinterventioner, men med fokus på palliativ vård.

## **Deltagare och urvalsprocess**

Sjuksköterskor och undersköterskor vid en neurologisk mottagning och en neurologisk avdelning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset erbjöds delta i utbildningsinterventionen. Av de 18 personer som anmälde sitt intresse att delta var 15 sjuksköterskor och tre var undersköterskor. Deltagarna delades in i tre grupper där två bestod av sjukvårdspersonal från neurologmottagningen och en från neurologavdelningen. Vid samtalen var det två personer som inte kunde närvara på grund av sjukdom eller andra åtaganden. Medelåldern på deltagarna var 45,4 år (24-62 år), och de hade arbetat i medel 20 år inom sjukvården (1-44 år) och på den nuvarande arbetsplatsen 14,8 år (0-37 år), och alla var kvinnor.

## **Datainsamling**

Utbildningsinterventionen genomfördes på en fokusgrupp i taget, varav den första startade i januari 2016 och den tredje fokusgruppen avslutades i november 2016. En vecka före uppstart av utbildningen hölls en fokusgruppsintervju. Därefter hölls fem utbildningstillfällen under de följande tio veckor. Sex månader efter sista utbildningstillfället hölls ytterligare en fokusgruppsintervju. Samtliga samtal spelades in. Uppföljning skedde med frågeformulär. Varje utbildningstillfälle hade ett existentiellt område som tema. Samtalen som denna kandidatuppsats baseras på behandlade ämnet "mening".

## **Analys av data**

Data analyserades med induktiv, kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim et al. (2004) beskrivning av tillvägagångssätt. Två av samtalen transkriberades och dubbelkontrollerades med ljudfiler. Ett tredje samtal med mening i fokus var sedan tidigare transkriberat och dubbelkontrollerat mot ljudfiler. Författarna till denna kandidatuppsats analyserade texten. Från analysenheten, det vill säga texten från dessa samtal lyftes meningsbärande enheter fram. En meningsbärande enhet innefattar ord, meningar eller stycken relaterade till varandra utifrån deras innehåll och kontext. De meningsbärande enheterna kondenserades utan att essensen av dess innehåll förlorades. Varje meningsbärande enhet gavs en kod som beskrev vad den handlade om. Genom att se på likheter och skillnader kategoriserades koderna in i grupper och utifrån dem skapades subteman och slutligen kunde teman frambringas. Ett tema

kan beskrivas som en tråd av underliggande mening genom kondenserade meningsenheter, koder och subteman på en tolkande nivå. Till en början tolkades textens manifesta innehåll då de meningsbärande enheterna extraherades och kondenserades. För att skapa subteman och teman analyserades även det latent innehåll, då en mer tolkande bild togs fram. Analysen utfördes delvis individuellt (extraherande av meningsbärande enheter och kodning) medan skapande av subteman och teman gjordes i samarbete. Det individuella arbetet kontrollerades av båda studenterna, och av handledaren, vilket höjer trovärdigheten på arbetet. Om meningsskiljaktigheter uppstod diskuterades det tills konsensus uppstod. Förförståelsen angående både analysförfarande och ämnesområdet var för författarna relativt låg innan analysen startades. Under arbetets gång ökade kunskapen då analysen skedde genom att gå fram och tillbaka i materialet och litteratur studerades under analysprocessen.

Tabell 1. Exempel på analysprocess med meningsbärande enheter, kondenserade meningsbärande enheter, koder, subteman och teman. Samtliga deltagare aidentifierades och deras initialer byttes ut mot siffror, vilka kan ses framför meningarna nedan.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subtema	Tema
5: Men att då min kollega som har träffat den här patienten fler gånger och har kanske fått en mer relation. Och då, att det var mot henne då, som hon öppnade sig.	Genom att träffa en patient flera gånger uppstår en relation och patienten får lättare att öppna sig.	Relation	Att finna stöd i relationer	Att stödja i det svåra
7: alla ska vara friska pensionärer, vi ska ut och resa och vi ska göra det och det... och så blev det så här. Det är ju en sorg, att det inte blev som det.	En sorg att livet inte blev som uttänkt.	Sorg	Att känna tröstlöshet	Samtal kring patientens transition från kris till insikt
6: Men, men samtidigt så känner jag att varför ska jag starta någonting som jag kanske inte kan avsluta då (om jag ringer). För då kanske det inte är så bra.	Om jag ringer kanske jag sätter igång något som jag inte kan avsluta	Otillräcklighet (som sjukvårdspersonal)	Att känna frustration och otillräcklighet.	Sjukvårdspersonalens uttryck om pendlingen mellan förbättring och ofullständighet i yrkesrollen.

## Forskningsetiska överväganden

Samtliga deltagare informerades muntligt och skriftligt om studien, att studien var frivillig och att de kunde avbryta sitt deltagande när de önskade utan att de behövde uppge orsak. Deltagarna informerades om att samtliga samtal skulle spelas in, analyseras och att de skulle

behandlas konfidentiellt. Deltagarna fick skriva på att de tagit del av samt gett sitt samtycke till ovanstående information. Vid analys av samtalsmaterial framkom inte deltagarnas identitet. Denna analys är en del av ett större forskningsprojekt där det finns ett godkännande (Diarienummer 426-08) från Regionala etikprövningsnämnden, Göteborg.

## Resultat

Ur de tre fokusgruppssamtalen extraherades nio subteman, och ur dem frambringades tre teman, se tabell 2.

Tabell 2. Översikt av tema och subtema.

Tema	Subtema
Samtal kring patientens transition från kris till insikt.	Att söka orsak Att känna tröstlöshet Att söka tro Att processa sin sjukdom Att finna balans
Att stödja i det svåra	Att finna stöd i relationer Att våga stanna kvar i samtalet
Sjukvårdspersonalens uttryck om pendlingen mellan förbättring och ofullständighet i yrkesrollen.	Att utvecklas i sin yrkesroll Att känna frustration och otillräcklighet

### Från kris till insikt

Temat "Samtal kring patientens transition från kris till insikt" innefattar beskrivningen av en process som träder fram i samtalen med sjukvårdspersonalen, där patienter tar in information och förhåller sig till den för att sedan kunna gå vidare i livet. Sjukvårdspersonalen beskrev att de uppfattar olika sätt för patienten att hantera sin sjukdom och sjukdomsdiagnos. Då de olika sätten diskuterades framkom både positiva och negativa förhållningssätt, men även direkta krisreaktioner som ofta var sammankopplade med sjukdomsbeskedet. Att känna sorg, trötthet och hopplöshet var ett genomgående inslag som sjukvårdspersonalen ofta stötte på. Det samtalades även om att söka en orsak, om straff och orättvisa, men även att finna kraft i religionen. Att gå från en krisreaktion, via olika bearbetningssteg, där söka orsak eller tro är några förhållningssätt, för att sedan landa i en sjukdomsinsikt fanns som en övergripande uppfattning när sjukvårdspersonalen diskuterade patienters bearbetning av sjukdomen. Bakslag uppfattades komma under hela denna process, men att landa eller komma till insikt framkom som ett mål, där både patient, närstående och sjukvårdspersonal lättare kunde hantera verkligheten.

### **Att söka orsak**

Att försöka förstå orsaken till varför man blir drabbad av en sjukdom är något patienterna ofta uttrycker enligt sjukvårdspersonalen. Frågor som "Varför jag", "Varför drabbas jag" är vanliga;

13: *"För den kommer nog alltså även om man kanske själv har ett svar i huvudet så tänker jag att man kanske, man säger alltid, "åh, varför just jag", fastän man kanske ändå kan, ibland kan förstå eller, om man nu har varit storrökare i alla år så kanske man kan förstå varför man får lungcancer, man måste nog ändå ställa den."*

Huruvida det är orättvist eller ödet att drabbas av en sjukdom diskuterades. Det framkom att sjukvårdspersonalen till viss del kunde förstå en känsla av skuld om patienten själv hade påverkat sin sjukdom, genom att till exempel röka eller dricka, men det fanns ingen konsensus i att de faktiskt fick skylla sig själv. Sjukvårdspersonalen diskuterade dock om patienten lättare kanske kunde förlika sig med sitt öde om de haft en del i det. Det framkom att sjukvårdspersonalen kunde finna det orättvist att gamla sjuka människor lever länge, ibland mot sin egen vilja, medan unga friska människor mitt i livet drabbas av allvarliga sjukdomar. Detta tolkas som att även sjukvårdspersonalen behöver söka orsak till sjukdom hos de patienter som de vårdar.

### **Att känna tröstlöshet**

Att känna tröstlöshet är en övergripande benämning på de negativa känslor såsom oro, sorg, ångest, hopplöshet, rädsla och besvikelse som återkommer i samtalen. Det framkom att sjukvårdspersonalen såg att oron och ångesten ofta var kopplad till en osäkerhet på vad som ska hända närmast, när nästa skov eller epilepsianfall ska komma, men också på att inget hjälper;

1: *"Att här får jag den bästa medicinen och så funkar det inte. Och då är det ju jättemycket ångest över det."*

Hopplöshet uttrycks av patienter i samband med att mediciner inte fungerar och att de förlorat hopp på behandlingar. En besvikelse och sorg uttrycks enligt sjukvårdspersonalen över att livet inte blev som det var tänkt och att ha planer som inte går att fullfölja.

### **Att söka tro**

Att söka sig till religion framkom som en vanlig strategi när det gällde att förhålla sig till sin sjukdom, för både patienter och närstående. Att tro på ett liv efter detta gav tröst, mening och en trygghet att det inte bara tar slut efter döden. Att söka tro ansågs vara en strategi till att förståelse för sin nya livssituation, både för patienter och närstående. I första hand uppfattade sjukvårdspersonalen som att det främst är redan religiösa människor som använder sig av detta verktyg, och att de ibland kunde ha en närmare väg till att hitta mening i sin nya situation. Sjukvårdspersonalen uppfattade att de troende har en gemensamhet i samfundet som ger dem en trygghet:

7: *“För jag kan tänka mig att de som har en tro att det underlättar på något sätt att , dels att man kanske tillhör en gemenskap och veta då att någon ber för dig...”*

Det framkom också att samarbetet med sjukhuskyrkan och diakoner är uppskattat. Sjukvårdspersonalen beskrev att de svarar på medicinska frågor, men gärna vidarebefordrar trosfrågorna till “proffsen”. Samtal med representanter från sjukhuskyrkan kan också ersätta kuratorsamtal, då det kan vara svårt att få en sådan tid. Även om en del patienter är skeptiska till kontakt med sjukhuskyrkan, uttryckte sjukvårdspersonalen att patienterna ofta är nöjda med den kontakten efteråt. Det framkom att det händer att närstående tar med sig heliga skrifter som Bibeln eller Koranen till avdelningarna för att läsa tillsammans med patienterna. Enligt sjukvårdspersonalen påträffas patienter som uttrycker att de eller deras närstående har fått sjukdomen som ett straff från Gud, för någon synd som begåtts tidigare i livet. Detta bedömdes av sjukvårdspersonalen som ett osunt sätt att tolka religion eller en ren okunskap, och något som information kan ändra på.

### **Att processa sin sjukdom**

I kandidatuppsatsen framkom det att sjukvårdspersonalen uppfattar att sjukdomsbesked ofta är dramatiskt att få, om det gäller en allvarlig sjukdom som ofta neurologiska sjukdomar är. De beskrev att människor reagerar olika på besked, och en första krisreaktion kan vara allvarlig; personen som får beskedet kan reagera med att vilja göra slut på lidandet direkt och får självmordstankar. Sjukvårdspersonalen oroade sig för hur det skall hanteras då sådana tankar inte alltid uttalas, och det känns fel att skicka hem patienter ensamma efter allvarliga sjukdomsbesked. Efter ett sjukdomsbesked upplever sjukvårdspersonalen även att informationen inte tas in till en början. Patienterna uppfattas som blockerade vilket kan leda till bristande sjukdomsinsikt, som i sin tur leder till att patienten inte kommer vidare i sin bearbetning:

9: *“Man kunde dra samma information tio gånger och varje gång var det som om det var första gången de hörde det. Så att det är... Man ville inte se att det faktiskt gick utför.”*

Att hjälpa individer att prata och komma vidare kan här vara sjukvårdspersonalens uppgift, men det framkom i samtalen att det ofta räcker med att ge patienterna tid att landa. Dock ses att vissa patienter accepterar sin situation efter ett tag, vissa aldrig, och sjukvårdspersonalen måste försöka stödja patienterna där patienten är. Att dölja eller förneka sin sjukdom är även det något som sjukvårdspersonalen träffar på hos patienter. En bristande sjukdomsinsikt hos patienter beskrevs som svår att hantera. Det kan gälla hur svårbehandlad sjukdomen är, alternativa metoder som patienter eller närstående hittar på nätet, som kanske lät bättre än vad de var. Detta är svårt att bemöta enligt sjukvårdspersonalen. Det kan finnas en vilja att dölja sitt tillstånd för att glädja läkare eller andra, eller för det inte finns ork att ta emot andras reaktioner på sitt tillstånd. Dessa olika förhållningssätt och reaktioner som förekommer är något som sjukvårdspersonalen får anpassa sig till enligt samtalen, och patienten måste tillåtas få tid på sig att bearbeta den första informationen.



## Att finna balans

Sjukvårdspersonalen uppmärksammade att många patienter försöker att hitta balans i tillvaron på olika sätt. Att hitta balans tolkas här som att acceptera, att landa, gå vidare, och hitta en mening med sin nya livssituation. Att acceptera för att gå vidare är inte helt självklart enligt samtalen. Den som är drabbad kan välja att inte acceptera, i betydelsen att inte ge upp, utan kämpa och vilja bli fri från sjukdomen. Patienten kan acceptera sjukdomen för att kunna gå vidare, utan att för den skull inte se sjukdomen som något positivt;

14: *“man behöver inte vara vän med sin sjukdom det behöver man ju inte va, det var inte så jag menade ... men man måste ju ändå acceptera läget som det är nu, för att kunna gå vidare”*

Vad “acceptera” betyder råder ingen riktigt konsensus kring i samtalen. “Att landa” var ett uttryck som användes och tolkades ha betydelsen att förstå och kunna bearbeta sina känslor inför sjukdomen för att gå vidare och leva med sjukdomen. Det framkom även att sjukvårdspersonalen uppfattar att en människa som drabbas av en allvarlig sjukdom kan komma att växa som människa, få nya insikter och omvärdera livet, vilket tolkas som ett sätt att finna balans. Detta kan då te sig som en positiv förändring för den drabbade. Ofta är det dock en process att komma fram till de positiva tankarna, en process som underlättas av tid och samtal. Tiden behövs för att acceptera, att landa och smälta informationen. Frågor kommer löpande, och information tas ofta in gradvis, enligt sjukvårdspersonalen.

Att bara vara kvar i sitt sammanhang med vardag och jobb och upprätthålla normalitet, kan vara det som patienterna vill, enligt sjukvårdspersonalen. Att slippa bara vara sjukdomen, och få tänka på vardagliga saker är ett sätt att finna balans. Dock kan strävan efter normalitet vara ansträngande, och en sjukskrivning kan ge lättnad och balans i tillvaron, vilket framkom i samtalen. Att ha kvar ett hopp framkom även det som väldigt viktigt för att hitta mening i sitt liv. Ett hopp om mirakelmediciner, eller nästa behandling kan i sin tur hjälpa patienterna att hitta en mening. Genom att försöka hitta en ny mening i livet och kunna se fram emot det är det lättare att finna acceptans i den nya livssituationen, vilket i sin tur kan tolkas som att ha funnit en balans i tillvaron. I samtalen framkom det att sjukvårdspersonalen ser att många patienter försöker hitta en ny mening i sitt liv, att ha något att se fram emot. Att träffa andra i samma situation kunde uppfattas att vara ett steg i att förhålla sig till sin sjukdom. Att ha sjukdomsinsikt underlättar situationen, både för patienten och för sjukvårdspersonalen, enligt vad som framkom i samtalen. Många patienter har känt att något är fel, kanske i många år, och då kan en sjukdomsdiagnos hjälpa dem att ha något att utgå ifrån, och ge en lättnad. Kanske är inte sjukdomen så allvarlig som patienten trott. Kunskapen ger ökad möjlighet att hantera sjukdomen här och nu, och lär sig leva mer i nuet, vilket tolkas som att det ger balans till patientens liv.

## Att stödja i det svåra

Att stödja i den svåra situation som patienten och de närstående går igenom efter en sjukdomsdiagnos kan, enligt sjukvårdspersonalen handla om att lyssna och samtala när frågor och funderingar kring sjukdomen eller existentiella tankar dyker upp. Det kan även handla om att stötta gällande praktiska spørsmål eller i de beslut och behov som patienten och de

närstående uttrycker. Patienten kan även få stöttning från närstående och av andra personer med samma sjukdom. För närstående kan stöttningen många gånger handla om att få hjälp med avlastning, enligt sjukvårdspersonalen.

### **Att finna stöd i relationer**

I samtalen framkom att det många gånger krävs en relation med tät kontakt, mellan patient/närstående och sjukvårdspersonal, och ett uppbyggt förtroende för att patient och närstående ska känna sig trygga, kunna öppna sig och prata om det som är svårt. Det nämndes under samtalen att det som sjukvårdspersonal gäller att vara lyhörd och vaken ifall inte personkemin fungerar eller om patienten hellre pratar med en kollega. När det finns en relation mellan sjukvårdspersonal och patient är det lättare att se och upptäcka när något är fel, även om inte patienten säger något. Det framkom att i en relation, där patienten känner sig trygg, kan sjukvårdspersonalen hjälpa patienten att åstadkomma mening;

2: *”Och ja, då kan jag skapa någon sorts mening åt henne. Och hon tycker att det är OK att ringa och prata med mig, ibland”*

Sjukvårdspersonalen berättade att en del som drabbas av en svår sjukdom känner ett utanförskap, en ofrivillig ensamhet. Det kan tolkas vara ett utanförskap som bottnar i känslan av att ingen annan kan förstå vad sjukdomen innebär fysiskt och psykiskt. Utanförskapet kan också bero på att sjukdomen tvingar patienten att sluta arbeta och att patienten kan känna sig exkluderad i samhället. Under samtalen nämndes att en del patienter söker sig till ensamhet självmant. Många patienter vill dra sig tillbaka efter ett diagnosbesked. De vill åka hem, där de känner sig trygga och de kan söka sig till ensamhet för att kunna bearbeta beskedet som de just har fått;

13: *”Så jag kan gå hem och skrika och gråta så mycket jag vill, så som jag vill, slicka mina sår.”*

Sjukvårdspersonalen upplevde att patienterna kunde finna tröst i att omge sig med sina närstående. De närstående kan ge stöd och ibland även föra patientens talan. Vid svåra besked är det alltid till fördel, enligt sjukvårdspersonalen, om patienten har någon närstående med sig för att känna stöd men också för att bättre kunna ta till sig informationen som ges. För sjukvårdspersonalen känns det skönt att veta att patienten inte är ensam utan har närstående som kan hjälpa till och stötta. Under samtalen framkom att en del patienter ibland tycker det känns skönt att få komma ifrån sin familj och vänner. Patienterna kan uppleva att vissa relationer tar mer energi än vad det ger och kan då må bättre utan den kontakten. Det kan vara svårt att ta avstånd, helst om det är en relation inom familjen. Sjukvårdspersonalen kan behöva stötta patienten i att hantera detta val av avståndstagande. För en del patienter blir det inget frivilligt avståndstagande utan ibland kan vänner och familj försvinna i samband med sjukdomsdiagnosen;

1: *“Men så kanske man kan se tillbaka och att; den där relationen var ju faktiskt inte bra för mig, även om den tog slut då. Men nu har jag ett mycket bättre liv. Men det ser man ju inte när man är i det.”*

Längre fram i hanteringen av sjukdomsprocessen brukar det enligt samtalen bli viktigt att få känna gemenskap, känna sig del av ett sammanhang och träffa andra personer med samma sjukdomsdiagnos och som befinner sig i en liknande situation. Under samtalen nämndes att ”fikargrupper”, epilepsi-skola för nyinsjuknade och andra organiserade träffar upplevs som något positivt för patienterna. Vid dessa träffar kan patienterna känna meningsfullhet, relatera till andra med samma diagnos och inte behöva ta hänsyn till närstående, som inte alltid kan förstå känslor som dyker upp;

8: *“För just den här sociala gemenskapen är så otroligt viktig.”*

Under samtalets gång framkom att en del patienter inte vågar gå med i samtalsgrupper och där träffa andra med samma sjukdom. Sjukvårdspersonalen uttryckte en förhoppning om att patienten ska våga gå dit trots allt, deras erfarenhet säger att patienterna många gånger mår bättre efteråt. Det framkom även under samtalet att en del patienter inte vill träffa andra personer med samma diagnos. De mår inte bra av att träffa andra personer som är i samma situation och av att se någon som är svårt sjuk;

7: *“och vissa känner att de absolut inte kan träffa patienter som är så sjuka (instämmande mummel). Då mår de dåligt (ja, precis), liksom.”*

### **Att våga stanna kvar i samtalet**

Sjukvårdspersonalen upplevde att det var viktigt att våga stanna kvar i samtal med patienter och närstående och finnas till hands och stötta när de har fått ett negativt besked, kommer till insikt eller blir medvetna om att det inte finns någon mer behandling att få. Mycket handlar om att lyssna, samtala, stötta, hjälpa till med praktikaliteter och hur patienterna och närstående själva ska hantera situationen. Många gånger handlar hjälpen om att få vardagen att fungera;

4: *“Det är ju jättesvårt, men att bara lyssna, försöka att höra vad det är dom vill prata om, vill säga. Och försöka hjälpa till med det som går att hjälpa till med.”*

Enligt sjukvårdspersonalen var erfarenheten att det är svårare att möta patienter som förnekar sin sjukdom och som har ångest än att möta dem som har accepterat situationen. Det nämndes av sjukvårdspersonalen att patienten kan behöva strategier och verktyg för att hantera känslor som ångest och rädsla. För att få hjälp med det kan sjukvårdspersonal hänvisa till kuratorn eller diakonen. När det finns ett team med olika professioner runt patienten blir det fler tillfällen till besök och fler som kan “fånga upp” patienten. Förutom att få god omvårdnad och medicinsk behandling kan patienten även få hjälp och stöttning med psykosociala frågor eller trosfrågor.

De närstående är många gånger ledsna, rädda, arga och frustrerade vilket kan gå ut över sjukvårdspersonalen. Det kan vara svårt att hantera dessa möten med närstående. Sjukvårdspersonalen känner att de blir ifrågasatta, misstrodda och måste stå till svars för hela sjukvården. Det upplevs som jobbigt och kan göra dem ledsna. De uppgav dock även här att det bästa bemötandet var att möta dessa närstående genom att lyssna, försöka förstå vad de går igenom och bekräfta det som de just har sagt. I mötet med patienter och närstående tyckte sjukvårdspersonalen att det kan vara bra att använda sig av frågor som verktyg eller hjälpmedel för att kunna ge stöd. Genom att ställa rätt frågor kan sjukvårdspersonalen få patienten att tänka till och komma till insikt. Frågor kan hjälpa patienten att själv komma fram till vad som ger kraft, energi och även mening åt livet;

7: *“Men sen tänker jag lite om man har den här frågan ”Vad är det viktigaste i ditt liv just nu?” att kanske bara genom att ställa den (instämmande mummel) gör ju att man tänker till. Vad är det viktigaste just nu?”*

Under samtalen framkom att vissa frågor inte är lämpade att ställa i början av en diagnos utan det kan få gå en tid innan patienten är redo för att få frågorna. Patienter och närstående har själva många frågor. Många frågor gäller vad nästa steg blir gällande diagnosen, behandling och så vidare. Ofta återkommer samma fråga. Patienten är inte mottaglig för svaret utan ställer samma fråga vid upprepade tillfällen.

## **Sjukvårdspersonalens uttryck om pendlingen mellan förbättring och ofullständighet i yrkesrollen.**

Att förbättras i sin yrkesroll kan, enligt sjukvårdspersonalen handla om att ta lärdom av relationer med patienter eller närstående, utbyta erfarenhet med kollegor och där även stötta varandra. Det framkom under samtalen att sjukvårdspersonalen många gånger har en vilja och ambition att utföra ett bra jobb men att ambitionen kan brista av att mötas av misstro från patienter och närstående och när det inte finns tid, personal eller andra resurser att kunna utöva sitt yrke på ett tillfredsställande vis.

### **Att utvecklas i sin yrkesroll**

Under samtalen pratades det om att sjukvårdspersonalen dagligen möter patienter med olika sjukdomsdiagnoser och deras närstående. Alla dessa möten och samtal med olika, unika individer som befinner sig i olika skeden av livet är lärorika och av stor betydelse för den egna yrkesutvecklingen;

2: *“Men, någonstans är ju dom här relationerna värdefulla för oss också naturligtvis. För vi lär ju oss jättemycket på det. Och träffa alla dom här människorna och olika faser i livet.”*

Sjukvårdspersonalen nämnde vikten av att ingå en arbetsgrupp. Inom gruppen finns möjlighet till stöttning, utbyta erfarenheter och prata om situationer som har uppstått i kontakt med patienter eller närstående. Någon nämnde att vissa dagar finns det ingen ork till att hantera vissa patienter eller situationer och då kan kollegorna inom gruppen hjälpa till. Då kan en kollega avlasta genom att ta över den specifika patienten eller situationen. Det framkom att

det är positivt om det inom gruppen finns variation på ålder och erfarenhet för att kunna ge varandra så stor stöttning och utveckling som möjligt. Genom att få ta del av kollegors erfarenhet utvecklas den egna yrkesrollen;

*2: Och då, därför behöver man ju varandra. Och som du sa, att vissa dagar så är, så passar det bättre. Vissa dagar så har man sämre dagar och då, då, ofta är. Jobbar man tillsammans då, en grupp, så pratar man ju, om det händer något speciellt eller om det är någon speciell med någon patient. Och då pratar man ju om det och då kan man ju alltid. Då finns man ju där för varandra och kan backa upp. Och är man en blandad grupp med olika åldrar och olika erfarenheter så, då är det ju jätteviktigt. Att man kan backa upp varandra.*

### **Att känna frustration och otillräcklighet**

Det framkom under samtalen att sjukvårdspersonalen känner frustration och otillräcklighet över att kraven är höga och att de ibland undviker situationer för att slippa konfronteras med krav, frågor eller samtal för att det inte finns möjlighet att tillgodose dem. Ibland kräver patienter och närstående annan information eller svar än vad som är möjligt att ge;

*4: "Nää om det är någon patient som, liksom, som, kräver en massa som man inte kan ge. Eller dom vill ha andra svar än vad man kan ge (mm, mm) Eller dom vill ha, annan information eller annan hjälp eller dom vill ha, liksom. Dom vill ju att man ska säga att dom inte är sjuka."*

Sjukvårdspersonalen nämnde att de ibland tvivlar över sin egen kompetens, speciellt när patienter och närstående ifrågasätter hur de sköter sitt yrke. De känner sig då otillräckliga. Sjukvårdspersonalen upplever det svårt när de gör sitt bästa för patienten men det misstolkas och patienterna tror inte att sjukvårdspersonalen sköter sitt jobb tillförlitligt. Det framkom under samtalen att sjukvårdspersonalen har en ambition om att sitta och samtala med patienter och närstående men det finns brist på tid, plats och resurser för det. Det nämndes även att personalbrist gör det svårt att hinna med allt som behöver göras och då minskas möjligheten till samtal, vilket leder till stor frustration.

## **Diskussion**

Syftet med kandidatuppsatsen var att beskriva hur sjuksköterskor och undersköterskor, som arbetar med neurologiskt sjuka personer och deras närstående, samtalar kring existentiella frågor med fokus på mening. De existentiella frågorna är viktiga enligt sjukvårdspersonalen som deltagit i samtalen. Patienter och närstående har ett behov av stöd från sjukvårdspersonalen genom den process som startar med sjukdomsbeskedet och som i bästa fall resulterar i att patienten landar och finner en ny mening i sin nya livssituation. Att hjälpa patienten och närstående genom denna process, som ofta kantas av känslor som hopplöshet, förtvivlan och meningslöshet är något sjukvårdspersonalen måste ha rätt verktyg till. Det krävs ett uppbyggt förtroende mellan sjukvårdspersonal, patient och närstående för att inge trygghet och där patienten och närstående kan öppna sig och tala om det som är svårt. Många patienter känner meningsfullhet av gemenskap och av att känna sig delaktiga i ett sammanhang. Gemenskap är även viktigt för sjukvårdspersonalen för att kunna bearbeta, reflektera och utvecklas.

## Metoddiskussion

Kandidatuppsatsen innehåller en kvalitativ innehållsanalys som följer metoden beskriven av Graneheim et al. (2004). Författarna till denna kandidatuppsats lyssnade på två inspelade utbildningstillfällen där mening var fokus. Ett tredje samtal med mening i fokus var sedan tidigare transkriberat och författarna fick även det materialet att analysera. Förförståelsen var för författarna begränsad i början av analysen, men under arbetets gång fylldes kunskap på dels genom att läsa litteratur i ämnet och dels genom bearbetning av data. Analysen utfördes genom att gå fram och tillbaka mellan transkriberad text, meningsbärande enheter, koder, subteman och teman och på så sätt förfinades och skärptes analysen.

Tillförlitlighet har tre variabler; trovärdighet, överförbarhet och pålitlighet vilka beskriver hur väl man kan lita på resultatet från ett arbete (Graneheim et al., 2004). Val av meningsbärande enheter, kondensering och koder gjordes först enskilt av författarna, sedan processades dessa av båda författarna och av handledaren, vilket ger arbetet en större styrka. Författarna har följt Graneheim et al. (2004) och strävat efter att utföra analysen så korrekt som möjligt, för att på så sätt ge den en hög trovärdighet. Pålitligheten på analysen kan fås genom att se till vilken grad som data ändras över tiden den samlas in. Om gruppleddaren lär sig saker under processens gång, kan intervjuerna ändras, och detta bör uppmärksammas av forskarna. Detta är något som författarna till denna kandidatuppsats inte bidragit till då datainsamlingen inte är en del i detta arbete, men uppfattar att gruppleddaren behandlar de tre samtalen på likvärdigt sätt. Dock är de tre grupperna ganska olika i sina sätt att reflektera. Överförbarheten är vid vilken omfattning som resultaten kan överföras på andra grupper eller miljöer (Graneheim 2004). Tidigare liknande studier, med endera frågeformulär eller fokusgrupper, med fokus på sjukvårdspersonal och deras samtal med patienter, pekar på ungefär samma slutsatser som framkommer i denna kandidatuppsats (Strang et al. 2002; Browall et al. 2010; Strang et al. 2014). Detta tyder på att resultatet kan vara överförbart till andra miljöer med liknande frågeställningar som kandidatuppsatsen har; hur sjukvårdspersonalen samtalar med patienter och närstående om existentiella frågor vid allvarlig sjukdom.

I denna studie användes fokusgrupper, vilket lämpar sig bra då metoden ger möjlighet att få en djup analys av människors erfarenheter och förståelse (Wibeck, 2012). Fokusgruppsamtalen i studien var, som sig bör vara, fria i sin form (Wibeck, 2012). Detta lockar fram öppna och personliga berättelser från deltagarna, men även om gruppleddaren ställer öppna frågor om existentiella frågor med en liten del *mening* leder den dynamiska diskussionen delvis bort från detta fokus. Det hade varit en fördel med en tydligare stringens i samtalet så *mening* hade kommit fram tydligare. En svaghet blir således att resultatet inte fullt ut svarar på syftet genom att fokus på mening var något svag genom samtalen. Dock samtalas det om hopp, reevaluering, acceptans och tro, något som ingår i begreppet mening, enligt Browall et al. (2010). De existentiella frågorna är ett övergripande tema i samtalen, och uppdelningen mellan subteman är inte knivskarpa och skulle kunna göras på annat sätt. Å andra sidan ger subteman och teman en större frihet där innehållet i texten kan gå över gränserna, än vad subkategorier och kategorier gör (Graneheim et al. 2004). Uppdelningen som författarna här har gjort är ett förslag, troligtvis finns flera lika bra men förhoppningsvis påverkar inte detta slutsatsen dramatiskt.

Deltagarna i samtalen hade olika lång arbetslivserfarenhet och ålder vilket ger en större variation i det framkomna materialet. Att det endast var kvinnor som deltog kan ha påverkat resultatet jämfört om lika många män som kvinnor hade deltagit. Vid utbildningstillfället arbetade inga män på mottagningen och de män som arbetade på avdelningen valde att inte delta. Det var ett bortfall på två deltagare av 18 anmälda vid utbildningstillfället rörande mening. Dock var det minst fem personer i varje grupp då samtalen hölls, så dessa kan således ses som en fokusgrupp och inte enskilda samtal (Wibeck, 2012).

Författarna anser det önskvärt med mer fokus på det för samtalet utvalda temat, det vill säga låta gruppledaren styra samtalet i något större mån. Största delen av resultatet fokuserar på patienter och inte närstående trots att utbildningen riktar sig till båda kategorierna, vilket kan förklaras med den patientsyn som råder inom sjukvården. Ur ett holistiskt synsätt vore det dock önskvärt att inkludera närstående mer. Att ha en jämn könsfördelning är eftersträvansvärt, men i brist på manlig sjukvårdspersonal är kanske det en utopi.

## **Resultatdiskussion**

### **Samtal kring patientens transition från kris till insikt**

Hur patienten förhåller sig till och hanterar sin sjukdom och sjukdomsdiagnos är något som finns genomgående i de samtal som analyserats. Att förhålla sig till sin sjukdomsdiagnos och tillstånd är något patienten alltid måste göra. Detta kan ske på många sätt, allt från ett välinformerat strategiskt sätt till med ett förnekande. Det är olika från person till person, och ändrar sig även över tid för samma person (Fredrichsen, 2012). Att förhålla sig till sin sjukdom ses i samtalen som en process som startar vid sjukdomsbeskedet, eller vid en misstanke om sjukdom, ofta med en krisreaktion, för att sedan bearbetas då man söker orsak, förståelse, information eller tro, i en strävan att uppnå någon sorts balans i sin nya livssituation. Det framkom även från samtalen att hopplöshet, förtvivlan och meningslöshet är känslor som ofta förekommer hos patienterna genom hela denna process. Det är, som framkom från samtalen, heller inte säkert att patienten kommer att gå hela vägen från kris till insikt. En slutsats kan vara att eftersom processen troligtvis är olika för olika patienter, bör sjukvårdspersonalen därför vara varsam och hitta strategier att hjälpa patienten där hen befinner sig. Att respektera patientens eller närståendes egen process är här viktigt för att kunna ge rätt stöd.

Att få ett besked om en svår sjukdomsdiagnos kan vara mycket dramatiskt. Läkaren är den som informerar om sjukdomstillståndet, men eftersom frågor ofta uppstår i ett senare skede, har sjuksköterskan stort ansvar att stötta och informera patienten i den takt som patienten väljer att ställa frågorna (Jönsson & Eriksson, 2016). När en patient får ett besked om en diagnos med dålig prognos kan detta tas emot både konstruktivt eller destruktivt (Fredrichsen, 2012). Det finns inget rätt eller fel, men genom att vara medveten om vanliga reaktioner vid ett svårt besked, kan det underlätta i bemötandet av dem. Blockering gör att personen inte förstår informationen, utan måste hämta sig först, vilket var något som också framkom från samtalen. Att ta in information och landa är något som patienten är tvungen att tillåtas göra i sin egen takt. Att forcera kan ge motreaktioner, eller att sjukvårdspersonalen helt enkelt får ta samma information om och om igen. En destruktiv reaktion kan te sig i en önskan att ta livet av sig för att slippa lidandet. Detta framkom som en oro hos sjukvårdspersonalen; rädslan att

släppa iväg en patient mitt i en krissituation, som kanske går hem och tar livet av sig. Det kan tolkas som att sjukvårdspersonal inte vet om en patient är i kris och hur en sådan patient kan reagera, eller att inte själv veta hur en patient i kris ska bemötas, detta ger en enorm frustration och osäkerhet hos sjukvårdspersonalen. Detta i sin tur ökar patientens och närståendes lidande. Kunskap och erfarenhet krävs här för att fånga upp patienter och närstående i kris, och ge sjukvårdspersonalen en större säkerhet och trygghet i sitt agerande i samband med givande av sjukdomsbesked.

Vid krishantering kan andra starka försvarsmekanismer sättas in, exempelvis förnekelse. Helst ska sjukvårdspersonalen inte lämna en människa ensam i förnekelsen. En varsamhet bör beaktas, och det är viktigt att vara säker på att det verkligen är förnekelse, och inte en copingstrategi, det vill säga ett sätt att ta sig igenom vardagen, med hopp och drömmar om framtiden, trots det svåra (Björklund, 2012). Att dölja sin sjukdom kan vara en sorts förnekelse, där patienten inte visar hur hen mår för närstående eller sjukvårdspersonal. Det framkom i samtalen att sjukvårdspersonalen inte visste om de verkligen fick reda på hur patienten verkligen mårde. Att bygga upp en relation och lära känna sin patient kan vara ett sätt att nå personen där hen är (Skär, 2014). Här kan det en tolkning vara att detta kräver både tid och engagemang av sjukvårdspersonalen. Tid som kanske inte finns, och engagemang som kanske inte når fram på grund av bristande ork, kunskap eller möjlighet.

Att acceptera sin situation, hitta sin nya verklighet och utgå från den, är inte alltid självklart. För en patient som blir svårt sjuk kan livet omkullkastas. Det kan bli omöjligt att arbeta, behoven blir nya och kroppsfunctioner kan bli försämrade. Det kan vara svårt för patienten att hitta sin identitet i detta nya och det kan skapa en otrygghet som grundar sig i en existentiell ångest. I denna omvälvande förändring kan sjuksköterskan försöka förmedla en trygghet och mening. Genom att patienten får berätta om sin nya livssituation kan sjuksköterskan med empati låta patienten hitta sin nya identitet (Birkler, 2007). I kandidatuppsatsen framkom att sjukvårdspersonalen uppfattar att patienterna accepterar sin situation på olika sätt, och att även sjukvårdspersonalen såg på acceptans på olika sätt. Ett positivt sätt att se acceptans på kan vara att det är ett steg mot att kunna gå vidare. Acceptans behöver inte nödvändigtvis betyda att den som är drabbad är positiv till sin situation. Acceptans kan även tolkas som en resignation, att ge upp kampen mot sjukdomen. Det kan också tolkas som att ge upp att kämpa i onödan, istället slappna av och förlika sig med sitt öde; att dö (Browall, 2010). Istället för att använda ordet acceptans, användes här "att landa" vilket tolkas vara kopplat till både tid och information som patienten och närstående har fått sedan sjukdomsbeskedet. Att patienter kunde växa som människor och komma till insikt om nya värden i livet efter en sjukdomsdiagnos var något som sjukvårdspersonalen uppmärksammade under samtalen. Denna reevaluering ger människan en ny syn på mening och kommer från en summering av livet och kan tillsammans med acceptans, hopp och tro, vara en del av begreppet mening (Browall 2010). Det framkom under samtalen att sjukvårdspersonalen själv lärt sig att inte ångra val gjorda tidigare i livet under andra premisser än de nuvarande, vilket kan tolkas som att även sjukvårdspersonalen lär sig från patienterna och närståendes erfarenheter.

Samtalen visade att sjukvårdspersonalen uppfattar att patienterna ofta försöker hitta mening i sin situation. Meningsfullhet har stor betydelse inom copingteorier för att hantera svåra sjukdomstillstånd (Milberg, 2012). Det framkom från samtalen att meningsfullhet kan nås på



olika sätt för olika individer, och att hitta en mening är ett sätt att hantera situationen. Att fortsätta vara i ett sammanhang, att arbeta eller ha en gruppträff att se fram emot varje vecka, var sätt som sjukvårdspersonalen såg att patienterna använde för att hantera tillvaron. En människa kan, enligt Antonovsky (2005) hantera stora svårigheter bara det finns en upplevd meningsfullhet med det hela, och meningsfullheten är den viktigaste i begreppet KASAM (Antonovsky 2005). Strävan efter en mening i sin livssituation kan tolkas som en strävan att höja KASAM, vilket ger den drabbade en lättare tillvaro. Även Frankl (1986) pekar på det viktiga i att ha mening i sitt liv, vilket han benämner som en primär kraft. Det kan vara så att denna vilja till mening ändras radikalt vid ett sjukdomsbesked och att en del i processen att gå från kris till insikt för att finna balans är ett meningssökande.

Att upprätthålla normalitet, att ha en vardag, är ett effektivt sätt att hantera hot. Det ger ett skydd mot tankar om död och lidande, och hjälper individen att överleva mentalt (Milberg, 2012) och känna vitalitet trots sin sjukdom (Olsson et al. 2010). Det framkom även att upprätthålla normalitet kan vara slitsamt för patienten och att de då kan behöva få hjälp och stöd i att ta beslutet att tillåta sig vara sjuk och få sjukskriva sig vilket kan ge en lättnad. Detta kan tolkas som att det åligger sjukvårdspersonalen att hjälpa och stötta en patient till handlingar som leder till att förbättra och normalisera livet. Att få patienten att se vad som nu är den nya normaliteten, att se det friska i det sjuka, och locka fram tillgångarna hos patienten istället för att se svagheterna. Det kan även vara så att det kan kännas skönt för patienten att sjukvårdspersonalen bekräftar att patienten *är* sjuk, att hen exempelvis inte behöver arbeta i samma utsträckning som förr, för att få balans i tillvaron.

Sverige är ett sekulärt samhälle, där religion inte är en självklar källa till kraft i det vanliga livet. Det framkom från samtalen att sjukvårdspersonalen uppfattar att religion, eller tro, kan komma att betyda mer när en person eller hennes närstående ställs inför det faktum att hen drabbats av en allvarlig sjukdom, men kanske mest hos människor som redan hade en tro innan sjukdomsbeskedet. Att hitta en mening och en förklaring till sin situation, ger hjälp att hantera den nya livssituationen. Gemenskap och en känsla av samhörighet kan erhållas genom en gemensam tro, en social struktur som sträcker sig mellan troende människor över jorden. Det är redan förut beskrivet att religiös coping kan ge människan hopp och känsla av kontroll, och även en känsla av mening, mål och acceptans (Strang & Strang, 2012a). En reflektion här är att religionen kan ha olika influenser i en människans liv; En tro på livet efter detta kanske medför att döden inte ter sig lika skrämmande, de existentiella frågorna har en större närvaro, samt att gemenskapen som en församling innebär gör att det sociala nätverket är starkare hos religiösa människor. Många uttryckte i samtalen att ett tätt samarbete med sjukhuskyrkan och diakonerna är mycket uppskattat, av sjukvårdspersonal men framförallt av patienter. Sjukvårdspersonalen bör vara försiktig med att själv ge religiösa råd. Det kan vara bättre att hänvisa till sjukhuskyrkan, speciellt i dagens samhälle med stort inslag av mångkulturella referenser (Strang et al. 2012a). Här har sjukhuskyrkan en viktig roll istället, även om det handlar om en annan religion än kristendomen, vilket även samtalen antyder. Sjukvårdspersonalen kan då istället rekommendera en sjukhuspräst eller diakon för samtalsstöd med patienten. Religion kan även i vissa fall ge negativa känslor, då patienten tolkar sin situation som ett straff från Gud, att Gud övergivit dem eller att deras religiösa samfund övergivit dem (Kruse, Ruder, & Martin, 2007), vilket även det framkom i kandidatuppsatsen. Det uttrycktes även i samtalen att många människor som drabbas av en allvarlig sjukdom ställer sig frågan "varför jag?". Detta kan relateras till ett sökande efter

orsak och mening i det meningslösa (Yalom, 1980). Det orättvisa i att drabbas diskuterades i samtalen av sjukvårdspersonalen. Här nämns det att skuld kommer upp som en känsla i samband med sökandet till orsak. Skuld för saker man gjort tidigare i livet, och att sjukdomen är ett straff för detta. Eftersom denna känsla av skuld ofta förekommer hos svårt sjuka människor är det bra om sjukvårdspersonal känner igen och kan fånga upp den för att hjälpa den drabbade att bearbeta den (Browall 2010). Osäkerhet över vad som kommer att hända i framtiden, att inte veta när nästa anfall eller skov kommer skapar mycket oro, rädsla och ångest hos de drabbade enligt samtalen. Denna ökade osäkerhet påverkar livssituationen negativt och kan ge försämrad livskvalitet (Gottberg, 2015). Vid neurologiska sjukdomar kan osäkerheten ofta vara gällande vilka funktionsnedsättningar som kommer att komma närmast, och hur och när man ska dö (Ozanne et al. 2013; Jönsson & Eriksson, 2016). Att samtala om detta och ge information och trygghet som kan minska osäkerheten och således också ångesten (Benkel et al. 2016). En tanke här är att sådana samtal kan vara svåra att föra för sjukvårdspersonal som inte har reflekterat kring, utbildats eller har erfarenhet av att hantera existentiella frågor. Sjukvårdspersonalen kan då behöva stöttning, från kollegor, ledning eller inom utbildningen för att få en grund att stå på i arbetet med svårt sjuka personer.

### **Att stödja i det svåra**

När en person blir sjuk förändras livet och så även relationerna med andra människor. Plötsligt kan personen stå utanför den sociala gemenskapen och det kan påverka hälsan negativt. Även existerande relationer kan påverka på olika sätt; En relation som ger glädje och stimulans påverkar hälsan positivt men en relation som är tråkig och som tar mer energi än det ger påverkar hälsan negativt (Skär, 2014). Även inom sjukvården skapas relationer. Relationen mellan sjukvårdspersonal och patient bygger på trygghet och tilltro, vilket framkom under samtalen. Att bygga upp en trygg relation där förtroenden kan utbytas kan ta lång tid och för att uppnå detta får anses nödvändigt med tät kontakt med sjukvårdspersonalen. Enligt Skär (2014) är det först när sjukvårdspersonalen och patienten har lärt känna varandra och har byggt upp en relation som det finns möjlighet till att förstå patientens behov och kunna ge rätt stöd. Under samtalen framkom också att när det finns trygghet i relationen kan sjukvårdspersonalen hjälpa patienten att finna mening. Enligt Antonovsky (2005) kan mening upplevas först när man har något i livet som engagerar, har en känslomässig betydelse och där man kan känna delaktighet. Eftersom dessa villkor fylls av en bra relation kan man anta att relationer fyller en stor funktion i en människas känsloliv, och i synnerhet för en människa i kris.

Under samtalen framfördes att patienter kan känna sig ensamma i sin sjukdom. De känner ett utanförskap och att de inte längre är en del av samhället. Enligt Öhman (2014) kan personer som har fått sin diagnos känna sig ensamma på grund av att ingen annan kan förstå lidandet, känslan av att vara annorlunda eller hur det känns när livet ställs på sin spets. Detta utanförskap bedöms medföra en känsla av meningslöshet som kan lindras genom gemenskap med andra människor. Under samtalen framkom att en del patienter självmant söker sig till ensamhet efter sjukdomsdiagnosen. Genom att skärma sig från andra människor kan de i lugn och ro bearbeta sjukdomsbeskedet och det kan innebära att patienten själv försöker hantera de existentiella tankar som dyker upp. Det är i början av diagnosen vanligt att pendla mellan hopp och förtvivlan, söka lindring och försöka hitta en mening och normalitet i vardagen. Hemmet är en välbekant plats och det hör till den normala vardagen, vilket kan vara förklaringen till att en del patienter så gärna vill hem efter ett besked om sjukdomsdiagnos. I

hemmet kan personen få känna sig självständig, som en del av familjen och där kan en känsla av lycka och välbefinnande infinna sig (Öhman, 2014). Att få vara en del av familjen och ha sin familj nära, framför allt sina barn och barnbarn skapar en känsla av mening (Caap-Ahlgren et al. 2002; Murdock et al., 2015; Ozanne et al. 2013; Silverman et al. 2017; Strang et al. 2002). Sjukvårdspersonalen bedöms behöva kunskap om det ofrivilliga utanförskapet, behovet av ensamhet och behovet av att få komma hem för att i det kunna stötta, lindra och underlätta för patienten. Längre fram i processen med att hantera sin sjukdomsdiagnos kommer ofta, enligt sjukvårdspersonalen behovet av att känna delaktighet och gemenskap med andra personer som befinner sig i samma situation. Under samtalen berättades det om vikten av organiserade träffar inom sjukhusets regi, där patienter får möjlighet att spegla sig i andra personers upplevelser och erfarenheter. Enligt Silverman et al. (2017) kan denna typ av träffar ge en känsla av hopp och dessutom möjlighet att få ta del av andra personers verktyg att hantera sjukdomen. Att ha ett socialt nätverk där det finns möjlighet att känna delaktighet och engagemang anses kunna lindra smärtan av isolering, och kan ge en känsla av mening (Ozanne et al. 2013; Silverman et al. 2017; Strang et al. 2002). En av de fyra grundpelarna inom existentialismen är just isolering, vilket är den ofrivilliga ensamheten (Yalom 1980). Det finns således en grundläggande drivkraft att undvika isolering, där relationer och gemenskap är skyddet mot detta. Här anses sjukvårdspersonalen ha en viktig roll, i att vara behjälplig och underlätta för patienten att bygga relationer, både mellan patient och närstående och mellan patient och sjukvårdspersonalen.

När en person blir sjuk påverkas livet inte bara för patienten utan även för de närstående. Även de närstående går igenom en krisprocess där de kan känna rädsla och frustration. De kan känna egna krav och omgivningens krav på att de ska finnas där för att stötta och vårda sin närstående som är sjuk, samtidigt som de ska ha rollen som partner, förälder eller barn. Detta kan skapa stor stress och kan leda till ohälsa (Skär, 2014). Under samtalen nämndes framför allt de närståendes negativa känslouttryck, som ilska och frustration och även att de närstående misstror sjukvården, vilket sjukvårdspersonalen upplevde som besvärligt. Dessa känslor anses vara utlopp för just den rädsla och osäkerhet som upplevs när en närstående har fått en sjukdomsdiagnos. Bedömningen är att sjukvårdspersonalen i större mån bör fånga upp den närståendes känslor och mående och med det erbjuda hjälp och stöd. Att få bättre och mer information om sjukdomsdiagnosen och händelseförloppet skulle kunna mildra de närståendes frustration och misstro. De närstående kan även behöva få praktisk hjälp, kanske avlastning för att ta sig hemifrån en stund för egen tid eller få samtalsstöd hos kurator (Benkel et al. 2016). När en människa blir svårt sjuk väcker det existentiella frågor även hos närstående. Att lära sig hantera dessa frågor kan vara genom att söka mening, acceptera situationen och hitta hopp trots de svåra omständigheterna. En del närstående finner mening genom att tro på en högre makt eller Gud (Milberg & Strang, 2011). Här kan sjukvårdspersonalen hänvisa till sjukhuskyrkan där diakoner eller präster kan komma in för att ge sitt stöd till både patienter och närstående, vilket framkommer från samtalen som en lyckad och välkommen åtgärd.

Kommunikationen är enligt sjukvårdspersonalen viktig i mötet med patienten och närstående. Det sociala och existentiella omhändertagande handlar om att lyssna, stötta och samtala. Sjukvårdspersonalen möter patienter och närstående i sorg, rädsla, frustration och ilska. Det framkom att sjukvårdspersonalen finner det bäst i att lyssna och ta emot de känslor som förmedlas. Det bedöms viktigt att kunna lyssna utan att störa berättelsen med för många inflikade frågor. Det är då lätt, som sjukvårdspersonal, att vara den som styr samtalet. Enligt

Magnusson (2014) är det viktigt att vid dessa samtal tänka på sitt eget kroppsspråk men även läsa av vad patienten förmedlar. Genom att vara närvarande och lyssna aktivt kan en relation skapas, patienten känner större delaktighet och upplevelsen blir mer positiv. Sjukvårdspersonalen nämnde att det är lättare att möta en patient som har accepterat sin sjukdom och situation jämfört med en patient med svår ångest. I samtal med en patient med svår ångest bör sjuksköterskan kunna hjälpa till att sätta ord på ångesten. Om patienten kan formulera vad ångesten bottnar i blir det lättare att hantera situationen, skapa mening, innehåll och värdighet (Birkler, 2007). Vid ALS är det vanligt med svår existentiell ångest (Strang, 2012). Genom att skapa trygghet för patienten bedöms sjukvårdspersonalen kunna minska denna ångest. Det förmedlas en trygghet när sjukvårdspersonalen känner patienten väl, de har en relation och där sjukvårdspersonalen känner till patientens behov. Enligt Strang (2012) kan trygghet även förmedlas genom att kunna hjälpa patienten att kommunicera. Kommunikationen kan vid det senare skedet av ALS ske med hjälp av pektavla, blickar och handtryckningar. Om sjukvårdspersonalen kan hjälpa patienten att sätta ord på sina känslor blir känslorna lättare att hantera. För många människor kan det kännas viktigt att få se tillbaka på livet, vad som har uppnåtts, vad som finns kvar att uppnå och vad som känns meningsfullt den tid som finns kvar (Milberg, 2012). Enligt sjukvårdspersonalen kan det i dessa samtal vara bra att använda sig av frågor som verktyg eller hjälpmedel för att på så sätt hjälpa patienten att komma till insikt och känna ett sammanhang genom att återfå kontrollen och balansen i livet, trots sjukdom, och på så sätt finna mening. Det är viktigt för sjukvårdspersonalen att ha kunskap kring de existentiella frågorna för att kunna öppna en konversation, visa empati och för att ställa öppna frågor (Hench et al. 2015). En reflektion är att även sjukvårdspersonalens arbete blir lättare om dessa har kunskap om hur de bäst kommunicerar med patienter vid olika stadier. Att veta att frustration och ilska ofta inte är personligt riktad och att då ha ett stöd i form av erfarenhet, kunskap och kollegor som backar upp där sjukvårdspersonalen inte klarar av att möta på ett bra sätt.

### **Pendling mellan att förbättras och att känna sig ofullständig i sin yrkesroll**

Det framkom under samtalen att sjukvårdspersonalen ansåg det betydelsefullt att få ingå i en arbetsgrupp där det finns möjlighet till att utbyta erfarenheter, få stöttning och uppbackning i svåra situationer. Att arbeta med neurologiskt sjuka patienter och deras närstående bedöms kunna väcka tankar och funderingar kring existentiella frågor även hos sjukvårdspersonalen, även om just detta inte framkom under samtalen. Under samtalen nämndes att vissa dagar finns ingen ork att hantera vissa patienter och situationer. Tolkningen är att det kan handla om att orka samtala om dessa, många gånger svåra ämnen, utan att bli alltför berörd. Arbetsgruppen kan vara ett forum där dessa frågor kan diskuteras och reflekteras över. Som komplement till arbetsgruppen kan vara att få ingå i en stödgrupp eller samtalsgrupp med handledning. Enligt Benkel et al. (2016) kan samtalsgrupp innebära att under organiserade former tala om känslor och situationer. Inom gruppen ska det finnas möjlighet att reflektera och utbyta erfarenheter och sjukvårdspersonalen kan även få lära sig strategier och metoder för att möta svåra situationer. Att ingå i en organiserad samtalsgrupp med handledning får anses vara utvecklande för sjukvårdspersonalen som enskilda individer men även för hela arbetsgruppen.

Det framkom under samtalen att sjukvårdspersonalen upplevde otillräcklighet och frustration när de inte kunde tillgodose patienternas och närståendes krav och önskemål. Sjukvårdspersonalen upplevde att de har en vilja och ambition att utföra ett gott arbete men

att de trots det inte räcker till. Framför allt bedöms det skapas en otillräcklighet när sjukvårdspersonalen inte har möjlighet att sitta ner och samtala med en patient eller närstående. Det får anses som ett problem inom sjukvården när möjligheten till samtal nedprioriteras till förmån för andra praktiska göromål. Att få samtala med sjukvårdspersonalen skulle för patient och närstående kunna bidra till hälsa i samma mån som övrig omvårdnad och medicinsk behandling. Enligt Birgegård (2012) är det vanligt att sjukvårdspersonal som är väldigt hängiven sitt yrke tar på sig en för hög arbetsbörda. Dessa personer är ofta plikttrogna och ställer höga krav på sig själva. När sjukvårdspersonalen har ambitioner om att utföra ett gott arbete men tiden räcker inte till, arbetsbördan blir för stor och kraven blir för höga kan det leda till otillräcklighet, skuld och självförakt. Detta kan leda till att etisk stress upplevs i arbetet (Ekedahl & Wengström, 2007) och följderna kan bli utbrändhet (Birgegård, 2012). Gällande reducering av för hög arbetsbörda med etisk stress och utbrändhet som följd anses arbetsgivaren ha ett stort ansvar. Arbetsgivaren bör sätta upp tydliga regler för vad som anses rimligt att ingå i rollen som sjukvårdspersonal, med tanke på yrkeskompetens och erfarenhet. Att arbetsgivaren erbjuder handledning anses också vara positivt för att minska risken för etisk stress eller utbrändhet.

## Implikationer för klinisk praxis

Sjukvårdspersonal som möter och vårdar patienter med neurologiska sjukdomar och deras närstående behöver kunna bemöta och samtala kring mening och andra existentiella frågor. Alla människor har olika behov och önskningsmeningar men tydligt är när en person får en diagnos på en kronisk progredierande neurologisk sjukdom så väcks frågorna och behovet ökar att få samtala om existentiella frågor. Förhoppningen är att denna analys ska kunna vara ett verktyg som underlättar för sjukvårdspersonalen att kunna kommunicera med patienter och närstående. Det gäller exempelvis att vara medveten om och beredd på krisreaktioner efter diagnosbesked samt att vara införstådd med att patienter kan reagera med blockering vilket gör att man bör vänta med viss information, eller ta den gradvis och upprepat. Att acceptera eller landa är en process som tid och samtal kan underlätta, men det är dock inte alla patienter som kommer att nå dit. Samtalsgrupper kan vara ett bra sätt att stödja människor med allvarlig sjukdom då det visat sig att träffa andra i samma situation kan underlätta vägen till acceptans. Att söka sig till religion är en vanlig copingstrategi, och detta är något som sjukvårdspersonalen bör tänka på och se till att utnyttja samarbete med diakoner och präster vid sjukhuskyrkan. Vidare är det bra att sjukvårdspersonal kan känna igen och vara beredd på skuld känslor i samband med dödsångest för att fånga upp och hjälpa patienten att bearbeta denna svåra känsla. Kommunikation med patienter och anhöriga är en central del i sjukvårdspersonalens arbete, och att veta hur det görs på bästa sätt är viktigt. Därför kan fortbildning inom kommunikation vara ett bra stöd. Att arbeta med patienter som har en kronisk progredierande neurologisk sjukdom innebär en stor påfrestning känslomässigt. Det kan väcka existentiella funderingar men även sorg och otillräcklighet. Många gånger utövas yrket under tidspress och resursbrist vilket stärker känslan av otillräcklighet. För att sjukvårdspersonalen ska orka fortsätta att arbeta inom utvalda yrken gäller det att finna strategier för att bearbeta och utvärdera sin arbetssituation. Det kan vara värdefullt för sjukvårdspersonalen att samtala med varandra om existentiella frågor i grupp och gärna med handledning, för att sätta ord på känslor, utbyta tankar, erfarenheter och få stöd av varandra.

## **Fortsatt forskning**

Det hade varit intressant om studien gjordes enbart på sjuksköterskor så att resultatet lättare kan förstås gentemot sjuksköterskornas erfarenhet, arbetssituation och utbildning, då dessa skiljer sig från undersköterskornas. Önskvärt vore mer forskning på hur personer upplever och hanterar beskedet när deras närstående har fått en neurologisk sjukdom, de existentiella frågor som kan dyka upp samt hur sjukvårdspersonalen på bästa sätt kan möta dem för samtal och stöd. Eftersom sjukvårdspersonal kan behöva bättre kunskap i att möta existentiella frågor från patienter och närstående vore det intressant att veta hur denna kunskap bör förmedlas bäst. Ett sätt är som denna kandidatuppsats är en del av; en utbildningsintervention för sjukvårdspersonal. Andra sätt som skulle kunna utforskas är huruvida handledning för sjukvårdspersonal är ett positivt verktyg gällande personlig och professionell utveckling angående hantering av existentiella samtal. Hur grundutbildningen angriper kommunikation och existentiella frågor, och ger en grundläggande kunskap inom dessa områden för nyexaminerade sjuksköterskor vore även det intressant att studera noggrannare.

## **Slutsats**

Samtal som sjukvårdspersonal för med patienter med kronisk neurologisk sjukdom rör ofta hur patienten eller närstående ska processa sjukdomen för att finna balans och mening i tillvaron. I de kandidatuppsatsen framkommer att copingstrategier som att söka tro och orsak är viktiga moment i processen att bearbeta och landa i den nya livssituationen. Relationer, dels mellan patient och närstående, men även mellan patient, närstående och sjukvårdspersonal uppmärksammas också som viktiga, då det gäller att hjälpa patienten att finna sin mening i sin tillvaro. Sjukvårdspersonalens vilja att stötta och hjälpa matchar inte alltid med dess förmåga att göra densamma, vilket skapar frustration och känsla av otillräcklighet hos dem. Resultatet av denna kandidatuppsats ligger i linje med tidigare forskning inom liknande områden. Att studera hur sjukvårdspersonalen kan samtala med patienter med allvarlig sjukdom om existentiella frågor och se samband mellan detta och en ökad livskvalitet hos patienterna är komplext. Ytterligare forskning behövs därför för att förstå hur detta kan ske på bästa sätt. Denna kandidatuppsats är enbart del av en större studie, och den fulla studien ger troligtvis en mer omfattande bild av sjukvårdspersonalens samtal med patienter inom neurosjukvård.

## Referenslista

- Almerud Österberg, S. (2014). Akut omhändertagande ur ett omvårdnadsperspektiv. i A.-K. Edberg, & H. Wijk, *Omvårdnadens grunder. Hälsa och ohälsa*. (ss. 687-702). Lund: Studentlitteratur.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Benkel, I., Molander, U., & Wijk, H. (2016). *Palliativ vård ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Birgegård, G. (2012). Professionell hållning. i P. Strang, & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och vård* (ss. 396-410). Stockholm: Liber.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad. Etik och människosyn*. Stockholm: Liber AB.
- Björklund, L. (2012). Att lämna svåra besked. i P. Strang & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och vård* (ss. 125-128). Stockholm: Liber.
- Browall, M., Melin-Johansson, C., Strang, S., Danielson, E., & Henoch, I. (2010). Health care staff's opinions about existential issues among patients with cancer. *Palliative and Supportive Care*, 8(1), 59-68. doi:10.1017/S147895150999071X
- Caap-Ahlgren, M., Lannerheim, L., & Dehlin, O. (2002). Older Swedish women's experiences of living with symptoms related to Parkinson's disease. *Journal of Advanced Nursing* 39(1): 87-95. doi: 10. 1046/j. 1365-2648.2002.02245.x
- Ekedahl, M., & Wengström, Y. (2007). Nurses in cancer care-stress when encountering existential issues. *European Journal Of Oncology Nursing*, 11(3), 228-237. doi:10.1016/j.ejon.2006.09.005
- Ericson, E., & Ericson, T. (2012). *Medicinska sjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Fagius, J., Nyholm, D., & Aquilonius, S. (2013). Neurologisk symtomlära. i J. Fagius, & D. Nyholm, *Neurologi* (ss. 13-57). Stockholm: Liber.
- Frankl, V.E. (1986). *Livet måste ha mening*. ([Ny, kompletterad utg.]). Stockholm: Natur och kultur.
- Fredrichsen, M. (2012). Att få besked vid obotbar cancer-patientens uppfattning. In P. Strang & B. Beck-Friis (Eds.), *Palliativ medicin och vård* (ss. 129-135). Stockholm: Stockholm : Liber.
- Gottberg, K. (2015). Omvårdnad vid Multipel skleros (MS). i K. Gottberg, *Omvårdnad vid neurologiska sjukdomar* (ss. 125-169). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

- Henoch, I., Strang, S., Browall, M., Danielson, E., & Melin-Johansson, C. (2015). Development of an existential support training program for healthcare professionals. *Palliative & Supportive Care, 13*(6), 1701-1709. doi: 10.1017/S1478951515000632
- Jönsson, A.-C., & Eriksson, E. (2016). Neurologiska sjukdomar. i A. Ekwall, & A. M. Jansson, *Omvårdnad & medicin* (ss. 155-189). Lund: Studentlitteratur.
- Kruse, B. G., Ruder, S., & Martin, L. (2007). Spirituality and coping at the end of life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing, 9*(6), 296-304. doi:10.1097/01.NJH.0000299317.52880.ca
- Lundmark, M. (2014). Religiös och icke-religiös andlighet. i F. Friberg, & J. Öhlén, *Omvårdnadens grunder. Perspektiv och förhållningssätt.* (ss. 237-266). Lund: Studentlitteratur.
- Magnusson, A. (2014). *Om kommunikation för personal i vårdande yrken.* Stockholm: Liber.
- Milberg, A. (2012). Att vara svårt sjuk och döende. i P. Strang & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och vård* (ss. 138-143). Stockholm : Liber.
- Milberg, A., & Strang, P. (2011). Protection against perceptions of powerlessness and helplessness during palliative care: the family members' perspective. *Palliative & Supportive Care, 9*(3), 251-262. doi: 10.1017/S1478951511000204
- Murdock, C, Cousins, W., & Kernohan, W. G. (2015). "Running Water Won't Freeze": How people with advanced Parkinson's disease experience occupation. *Palliative & Supportive Care, 13*(5), 1363-1372. doi: 10.1017/S1478951514001357
- Olsson, L., Ostlund, G., Strang, P., Jeppsson Grassman, E., & Friedrichsen, M. (2010). Maintaining hope when close to death: insight from cancer patients in palliative home care. *Int J Palliat Nurs, 16*(12), 607-612. doi:10.12968/ijpn.2010.16.12.607
- Ozanne, A., Graneheim, U. & Strang, S. (2013). Finding meaning despite anxiety over life and death in amyotrophic lateral sclerosis patients. *Journal of Clinical Nursing, 22*(15-16), 2141-2149. doi: 10.1111/jocn.12071
- Pelletier, G., Verhoef, M. J., Khatri, N., & Hagen, N. (2002). Quality of life in brain tumor patients: the relative contributions of depression, fatigue, emotional distress, and existential issues. *J Neurooncol, 57*(1), 41-49. doi: 10.1023/A:1015728825642
- Silverman, A. M., Verrall, A. M., Alschuler, K. N., Smith, A. E., & Ehde, D. M. (2007). *Bouncing back again: a qualitative study of resilience in people with multiple sclerosis.* *Disability & Rehabilitation, 39*(1), 14-22. doi:10.3109/09638388.2016.1138556
- Skär, L. (2014). Relationernas betydelse. i S. Söderberg, *Att leva med sjukdom* (ss. 23-34). Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen (2006). *Vård i livets slutskede - Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner.* Hämtad 2017-11-03 från, [http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8\\_20061038.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9430/2006-103-8_20061038.pdf)



- Strang, P. (2012). ALS (amyotrofisk lateral skleros). i P. Strang, & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och omvårdnad* (ss. 336-341). Stockholm: Liber.
- Strang, S., & Strang, P. (2012a). Existentiella och andliga dimensioner inom vården. i P. Strang & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och vård* (ss. 102-107). Stockholm: Liber.
- Strang, P. & Strang, S. (2012b). Existentiell smärta-ett sjukvårdsperspektiv. i P. Strang & B. Beck-Friis, *Palliativ medicin och vård* (ss. 50-53). Stockholm : Liber.
- Strang, S. & Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and 'sense of coherence' in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine* 15(2): 127-134. doi:10.1191/026921601670322085
- Strang, S., Henoeh, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014). Communication about existential issues with patients close to death--nurses' reflections on content, process and meaning. *Psychooncology*, 23(5), 562-568. doi:10.1002/pon.3456
- Strang, S., Strang, P., & Ternstedt, B. (2002). Spiritual needs as defined by Swedish nursing staff. *Journal of Clinical Nursing*, 11(1), 48-57. doi:10.1046/j.1365-2702.2002.00569.x
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2017-10-10 från, <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>
- Wibeck, V. (2012). Fokusgrupper. i M. Henricson, *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (ss. 193-214). Lund: Studentlitteratur.
- Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: New York : Basic Books.
- Öhman, M. (2014). Dagligt liv med allvarlig, kronisk sjukdom. i S. Söderberg, *Att leva med sjukdom* (ss. 107-115). Lund: Studentlitteratur.