

D-uppsats i Omvårdnad

Beslutsfattande vid omvårdnad av döende patient – dialogens betydelse

FÖRFATTARE	Gunnel Selin
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad –Självständigt arbete II VEA010 HT 2006
OMFATTNING	10 p
HANDLEDARE	Carola Skott
EXAMINATOR	Karin Ahlberg

TACK!

Till er, sjuksköterskor och undersköterskor, utan vars medverkan
detta arbete inte hade blivit till

Barbro och Linda, för gott handledningssamarbete

Anne och Iréne, för er tro på

Sylvia, för alla utmanande samtal i bilen och förstås –

Carola, för ditt tålamod och din ledning mot rätt väg

Titel	Beslutsfattande vid omvårdnad av döende patient – dialogens betydelse.
Titel:	Decision-making in caring of a dying patient – the meaning of dialogue.
Arbetets art:	Självständigt arbete II
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete II VEA010
Arbetets omfattning:	10 poäng
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Gunnel Selin Gunnel Selin är samordnande omvårdnadshandledare och arbetar vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. e-post: gunnel.selin@vgregion.se
Handledare:	Carola Skott
Examinator:	Karin Ahlberg

ABSTRAKT

Att fatta beslut om omvårdnad av patienter i palliativ vård är ett komplext arbete, som bygger på hur vården är organiserad, teoretisk och erfarenhetsmässigt baserad kunskap samt relationer. Genom att skapa trygga relationer med patienten kan beslut fattas som möjliggör patientens delaktighet. Det är också viktigt att vara observant på hur situationsstress hos vårdaren kan bli ett hinder för beslutsfattandet.

Syftet med föreliggande studie är att undersöka hur vårdarna fattar beslut vid omvårdnad av döende patienter.

Studien genomfördes med sex vårdare från ett hospice i Sverige och som datainsamlingsmetod valdes fokusgruppsintervju. Vid analysen har en hermeneutisk-fenomenologisk tolkningsansats använts, där narrativ kommunikation blir underlag för tolkning. I resultatet framträder två samlande begrepp; dialogen som en process i rörelse, en rörelse mellan aktivitet utåt och aktivitet inåt. Under rubriken dialog utåt synliggjordes fem underkategorier; relation till patientens behov, till närstående, till det medicinska paradigmet, till kollegor och till kunskap. I dessa grupper är samtalet med frågor, svar, lyssnande, reflektion, bekräftelse, delande och identifikation, framträdande. Kunskap i form av teori, artikuleras främst i etiska termer. Den inre dialogen handlar om de egna behoven av att få visshet och att identifiera sig, samt om relation till begreppet ansvar. Det handlar då bl.a. om ansvar kopplat till kunskap, smärta och patientens välbefinnande.

I studien framträder vårdarnas arbete som relationsinriktat. Med dialogen som redskap fattar vårdarna beslut rörande patientens omvårdnad och på så sätt görs patienten och närstående delaktiga, något som bekräftas i tidigare studier. Viktiga faktorer för beslutsfattande utgörs av relationen med patienten och närstående, men även den erfarenhetsbaserade kunskapen är betydande. Sammanfattningsvis kan konstateras att med dialogens hjälp vid beslutsfattande, lyfts vårdarens etiska grund fram, vårdaren blir tydligare i sin identitet och följaktligen tryggare och kan då hjälpa patienten till trygghet i en svår situation. Att använda vårdteori som stöd i beslutsprocesserna, ger också ett redskap att arbeta med utvärdering av de beslut som fattas och effekterna av dessa beslut. Detta kan ses som ett sätt att utveckla vårdens kvalitet.

Keyword: Beslutsfattande, dialog, omvårdnad, relation, reflektion

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	5
Inledning	5
Bakgrund	5
Palliativ vård/Hospicevård	7
Teoretisk anknytning	7
SYFTE	8
METOD	8
Forskningsfält och informanter	8
Datainsamling	9
Genomförande	9
Analysmetod	10
Analysens genomförande	10
RESULTAT	11
Dialog utåt	13
<i>Patientens behov</i>	13
<i>Närstående</i>	14
<i>Medicinska paradigmet</i>	14
<i>Kollegor</i>	14
<i>Kunskap</i>	14
Dialog inåt	15
<i>Egna behov</i>	15
<i>Ansvar</i>	15
DISKUSSION	15
Metoddiskussion	15
Resultatdiskussion	16
REFERENSER	19

INTRODUKTION

Inledning

Som sjuksköterska och handledare i yrkesmässig handledning i omvårdnad, möter jag det engagemang och den hängivenhet, som kännetecknar vårdpersonal verksamma med vård av patienter i livets slutskede, palliativ vård. I det sammanhanget ser jag också att vårdpersonal inte alltid medvetet reflekterar över vad som ligger till grund för den omvårdnad som de beslutar. När vårdpersonal i handledning får frågan vad och hur de tänker när de fattar sina omvårdnadsbeslut, är vanliga svar att "det kändes rätt" eller "det brukar fungera". Sällan härleder de sina val till en omvårdnadsteori. Det tycks inte vara en självklarhet att använda vårdteoretisk kunskap för att planera, utföra och utvärdera omvårdnadsarbetet. Detta väckte min nyfikenhet att närmare studera hur det förhåller sig. Hur gör vårdare i palliativ vård när de fattar beslut? Hur tänker de?

Bakgrund

Att fatta beslut är en del av vårdarens dagliga omvårdnadsarbete och är både komplext och ansvarsfullt. Det kan handla om medicinska åtgärder såväl som omvårdnadsåtgärder. Att kunna analysera situationen, se konsekvenser och besluta, kräver en reflektiv kompetens hos beslutsfattaren för att kunna se och bli medveten om på vilka grunder beslut tas.

Hedberg (2005) beskriver hur sjuksköterskor med olika erfarenhetsnivåer, varierar i sin beslutsförmåga. När erfarenheten är liten, tenderar sjuksköterskan att lita mer till regler eller på praktiska instruktioner, när de fattar beslut. En mer erfaren sjuksköterska litar på det hon känner igen, något som kännetecknar expertsjuksköterskans beslutsfattande. Detta uttrycks också väldigt väl av Benner (1993).

Vid vårdplaneringsmöten tvingas sjuksköterskor ofta att representera två kunskapsområden, det medicinska och det vårdvetenskapliga, eftersom det inte alltid finns en läkare närvarande. Enligt Hedberg (2005) tvingas ensamarbetande sjuksköterskor lita till sina egna observationer, medan sjuksköterskor i samarbete, genererar mer kreativitet, nya och oväntade lösningar och handlingar som ibland kan gå bortom det som är möjligt för en ensam individ. En patient som är delaktig i de beslut som fattas kring den omvårdnad och behandling hon får, beskriver en större tillit till både medicinsk behandling, omvårdnad och eget ansvar (Hedberg 2005).

Hoffman et al (2004) har i en litteraturgenomgång om beslutsfattande i omvårdnad funnit att olika författare lyfter fram olika faktorer som påverkar beslutsfattandet. Det är bl.a. vikten av utbildning, erfarenhet, vilken anställningsnivå man befinner sig på (var i hierarkin), ålder, inom vilket medicinskt område man är verksam och vilken ideologi man företräder i relation till sitt arbete, som påverkar beslutsfattandet. Samma författare (2004) menar att utbildning och erfarenhet inte nödvändigtvis var relaterat till förmågan att fatta beslut, men utbildning var kopplad till längtan att vara kapabel till beslutsfattande. Detta kan tyckas motsägelsefullt i relation till vad som uttrycks av Hedberg (2005) och Benner (1993) och författarna menar också att underlaget för denna ståndpunkt kan vara otillräcklig och mer forskning nödvändig.

Hedberg & Sätterlund Larsson (2003) menar att sjuksköterskans beslutsfattande pågår i två kunskapsområden; medicin och omvårdnad. I det medicinska perspektivet handlar det om att fatta beslut utifrån ett delegerat medicinskt ansvar. Beslut fattas primärt genom sjuksköterskans bedömning, men denna vilar i sin tur på fastställda riktlinjer gjorda av en läkare. I ett omvårdnadsperspektiv blir det en fråga om att tillfredsställa patientens basbehov och stå för den hjälp och det stöd som patienten behöver som komplement till medicinsk behandling. Samma författare (2003) menar att observation är ett vanligt redskap som underlag för beslut. Med den egna och med kollegors kunskaper och erfarenheter, observerades, analyserades och tolkades patientens uttryck och bildade grund för beslut rörande

omvårdnadshandlingar. Sjuksköterskorna arbetade preventivt på basen av förväntade händelser och genom att ligga steget före, minskade deras osäkerhet och deras agerande blev mer självständigt i beslutsfattandet. Beslut rörande det medicinska området kännetecknades av medvetenhet om de gränser som gäller sjuksköterskans ansvar i samverkan med patienten och sig själv som redskap, medan beslut inom kunskapsområdet omvårdnad, var mer instinktiva och oreflekterade (ibid 2003).

Hedberg & Sätterlund Larsson (2004) beskriver att miljöfaktorer påverkar sjuksköterskans förmåga att fatta beslut. Arbetsrutiner och att bli avbruten, påverkar både processen och resultatet av sjuksköterskans beslutsfattande. I artikeln menar författarna att situationsstress kan få människor som ska fatta beslut att reagera subjektivt med tveksamhet och känslor av osäkerhet. Med detta menas att personliga känslor tar överhanden och den professionella sidan blir underordnad och då kan känslomässig nöd uppstå. Dessa miljöfaktorer kan också hindra sjuksköterskor att använda redskap som observation och bekräftelse i beslutsprocessen och gör det svårt att utveckla beslutsfattande strategier. I mötet med patienterna framkom, skriver ovanstående författare, att dessa tillåts att uttrycka sina upplevelser med sitt eget språk. Sjuksköterskan svarade och tog till vara möjligheten att samtala med dem om deras liv och hur de kände och tänkte kring sin hälsosituation. Det ledde till att beslutet baserades på förståelse och patienterna blev mötta som hela personer. Samtidigt fick sjuksköterskan information om patienternas fysiska status.

Bottorff et al (2000) beskriver med fokus på patientperspektivet och patientens val, hur sjuksköterskan kan stödja beslut rörande patientens val av omvårdnad, vilket möjliggör patientens delaktighet. Det handlar om att lära känna patienten och förstå vilka individuella förutsättningar patienten har att fatta egna beslut. Vidare att använda strategier som stödjer patientens ansträngningar att vara delaktig och ökar förutsättningarna att göra val. Det blir då fråga om att svara an på patienten, dela sin professionella kunskap med patienten och informera om gränser och sammanhang. Slutligen går det ut på att vara öppen för patientens val och att respektera detta.

I en studie om kliniskt beslutsfattande i fem länder, beskriver Lauri et al (2001) kliniska beslut som en integrerad del i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Detta innefattar två faser. För det första en diagnostisk fas som innebär observation, datainsamling, problemindentifikation och beslut om omvårdnadsdiagnos. För det andra den s.k. förvaltningsfasen, som innebär att man tar hand om den diagnostik man har tagit fram. Denna innefattar planering av handling, genomgång av behandlingsförutsättningar och yttrar sig i lämpliga omvårdnadsinsatser. Två olika processer rörande beslutsfattande identifierades, analys och intuition. Den analytiska karaktäriseras av ett "steg-för-steg-arbete", är medveten och logiskt försvarbar. Den kännetecknas av att informationsprocessen är långsam, man använder sig av uppgifter i en följd och av logiska regler och den är dessutom uppgiftsorienterad (Lauri et al, 2001). Den intuitiva processen utmärks av att vara snabb, använder sig av flera infallsvinklar samtidigt, igenkänner mönster och tar in de intryck som uppfattats och utvärderar detta på ett medvetet plan. Det kliniska beslutsfattandet, menar Lauri et al (2001), inkluderar både den analytiska och intuitivt kognitiva processen men i situationer som krävde snabba svar och omedelbart beslut dominerade det intuitiva beslutsfattandet.

Tishelman et al (2004) skriver att vid beslutfattande situationer när det gäller omvårdnad av döende patienter inom palliativ vård, framträder ett komplext mönster. Daglig omvårdnad och val av omvårdnadshandlingar bygger på tre grundläggande aspekter; vårdens organisation, relationer och teoretisk och erfarenhetsmässigt baserad kunskap. Detta innebär att sjuksköterskan förutom reflektion över det praktiska arbetet, också för ett etiskt resonemang och använder sig av sig själv vid frågeställningar rörande patientens dagliga vård. Detta ska också ställas mot den förhandlingsprocess som handlar om att ta ställning mellan den problematiska verklighetens möjligheter och de professionella omvårdnadsideal som råder.

Palliativ vård/Hospicevård

Hospice har sina rötter i medeltiden då rörelsen var en fristad för resande och kunde erbjuda kroppslig vård och själavård. Denna rörelse bygger vårdandet på en medveten filosofi med tydliga mål (Ternestedt, 1994). Dessa mål handlar om att uppnå bästa möjliga livskvalitet för patienten under den sista tiden i livet och att uppnå vad man skulle kunna kalla en god död (Saunders, 1979). Att arbeta inom Hospicevård/palliativ vård, innebär att arbeta i en speciell vårdmiljö som påverkar vårdpersonalen både positivt och negativt. Arbetsmiljön ställer krav på stresstålighet och samarbete för att klara av att arbeta med det lidande, som är förknippat med denna sorts vård. Många hospice har en kristen/humanistisk tradition där människan beskrivs vara fri, ansvarig och kapabel (Ternestedt, 1998). Respekten för människovärdet betonas och *hur* vården utförs är avgörande för graden av kvalitet.

Socialstyrelsen (2004) konstaterar i sin kunskapsöversikt av vård i livets slut att patienter och närstående som har haft tillgång till hospicevård/palliativ vård (i hemmet eller på institution), har varit nöjdare med den vården än patienter och närstående vårdade i traditionella vårdformer. Hospicevård i traditionell mening ger uttryck för kunskap om att kärleksfullt bry sig om en annan människa och denna vård innesluter naturligt även de närstående. Organisationen är även utvecklad så att den är ett stöd för personalen.

Teoretisk anknytning

Att arbeta i ett yrkesfält där man vårdar, hjälper och påverkar andra människor, innebär att man måste klargöra för sig själv hur man förhåller sig till grundläggande värderingar och vilken människosyn man företräder. Det kan också vara bra att man funderar över vilken vårdteori som kan inbegripas i denna syn.

Ida Orlando utvecklade på 50- och 60-talet, omvårdnadsteori på induktiv väg utifrån empiriska studier av praktisk omvårdnad. Hon anses vara den första forskande sjuksköterska som tillämpade fältstudier och deltagande observationer som metod (Orlando 1990). I sin omvårdnadsmodell, lägger hon fokus på vad som sker i relationen mellan sjuksköterskan och patienten, samt hur väl omvårdnadshandlingen svarar upp mot patientens behov. Enligt Orlando (1990) har en medveten omvårdnadsprocess kontinuerliga inslag av reflektion. Reflektionen initieras när sjuksköterskan försöker tolka och förstå innebörden av sina observationer av patienten och bedöma vilka åtgärder som ska vidtas. Processen fortgår med omvårdnadshandlingar styrda utifrån sjuksköterskans medvetenhet om patientens specifika behov i den aktuella situationen. För att kunna handla adekvat måste sjuksköterskan uttrycka och dela sina förmågelser, tankar och känslor med patienten. Detta ger sjuksköterskan möjlighet att förvissa sig om huruvida hon är på rätt väg eller ej. Efter utförd omvårdnadshandling utvärderas resultatet tillsammans med patienten (Orlando, 1990).

Sjuksköterskan bör utveckla en dynamisk relation till patienten och hjälpa denne att förstå och uttrycka sina behov. Orlandos omvårdnadsteori är en interaktionsteori där begreppen perception, tanke, känsla och handling utgör grunden i sjuksköterskans medvetna handlande (Rooke, 1995). I varje praktisk omvårdnadssituation bör sjuksköterskan ställa sig fyra frågor i relation till patientens reaktioner och handlingar: Vad ser jag? Vad tänker jag? Vad känner jag? Hur handlar jag?

Svaren på de tre första frågorna utgör en process inom sjuksköterskan samtidigt som hon utför sin handling tillsammans med patienten. Orlando beskriver sin teori som en reflektiv omvårdnadsprocess bestående av patientens beteende, sjuksköterskans reaktion och de omvårdnadsaktiviteter som leder till att patienten känner tillfredsställelse. Hon betonar även dokumentation och rapport av utförd omvårdnad (Rooke, 1995).

Orlando (1990) beskriver interaktionen mellan sjuksköterska och patient i två kategorier, god omvårdnad och dålig omvårdnad. Den goda omvårdnaden präglas av reflektion och den dåliga

omvårdnaden kännetecknas av automatiska handlingar. Orlandos omvårdnadsteori kräver uppmärksamhet och skicklighet i att föra en dialog med patienten för att bedöma vilka insatser som behövs i en specifik situation. Detta, menar Orlando, behöver sjuksköterskan ständigt träna. Vidare är det nödvändigt att sjuksköterskan tillsammans med patienten utvärderar sina omvårdnadshandlingar för att försäkra sig om att patientens behov har blivit tillgodosedda, men också för att förhindra att inadekvata omvårdnadsaktiviteter upprepas.

Orlando betonar starkt det unika hos varje enskild individ och framhåller att människan befinner sig i kontinuerlig utveckling och växt. Som patient är människan aktiv och medansvarig och sjuksköterskans främsta uppgift är att försäkra sig om att hon förstår patientens situation korrekt. Gemensamt kommer de fram till åtgärder som tillgodoser patientens behov (Jahren-Kristoffersen, 1998).

Orlandos omvårdnadsmodell är en teori som visar på den interaktionsprocess som pågår mellan patient och vårdare och som leder fram till de omvårdnadsbeslut som vårdaren fattar. För att kunna fatta beslut om vilken omvårdnad patienten behöver, krävs ett reflektivt förhållningssätt, där vårdaren utgår från de frågeställningar som Orlando lyfter fram. Genom att svara på dessa, kan man få fatt på det centrala omvårdnadsbehovet och också den handling som svarar mot detta. Orlando betonar dessutom betydelsen av utvärdering, vilket är nödvändigt för att kunna bedöma resultatet av de beslut som har fattats. Orlandos omvårdnadsteori passar också väl ihop med den hermeneutiska tolkningsmetoden, som handlar om att reflektera över helhet och delar och göra tolkningar för att försöka förstå vad patienten uttrycker.

SYFTE

Syftet med denna studie, är att undersöka hur vårdarna fattar beslut vid omvårdnad av döende patienter.

METOD

Eftersom syftet var att förstå vårdarnas beslutsprocess, valdes ett tolkande perspektiv i denna studie. Van Manen (1997) menar att hermeneutisk fenomenologisk forskning kan ses som ett samspel mellan olika forskningsaktiviteter och ett sätt att undersöka särskilda frågor. Den vänder sig till fenomen som man är djupt intresserad av och som kopplar oss samman med världen och den undersöker våra erfarenheter som vi lever dem, snarare än som vi uppfattar dem. Genom att reflektera över väsentliga teman som karaktäriserar fenomenet, kan detta sedan beskrivas i en skriven text. Genom att vidmakthålla en stark pedagogisk relation till fenomenet och då också reflektera över och ta hänsyn till samspelet mellan helhet och delar, kan forskningssammanhanget balanseras. Denna forskningsprocess kan ske både oregelbundet eller samtidigt.

Forskningsfält och informanter

Studien genomfördes på ett Hospice i Sverige som arbetar med vård av patienter i livets slutskede. Detta hospice har 10 vårdplatser och ca 25 anställda. Flertalet av patienterna har en cancerdiagnos. Patienterna och deras anhöriga betraktas som gäster och vården utgår i möjligaste mån från patientens och deras anhörigas önskemål och behov.

I studien deltog sjuksköterskor (n=3) och undersköterskor (n=3). Åldern varierade mellan 50 – 62 år och alla hade lång erfarenhet av vårdarbete, i medel 24,3 år. Valet av informanter baserades på ett strategiskt urval, i syfte att skapa en grupp med olika erfarenhet. Vid intervjun valde författaren att intervjua både sjuksköterskor och undersköterskor. Detta val grundar sig

på att de båda yrkeskategorierna arbetar så nära varandra och är varandras förutsättningar. Vid litteratursökningen hittades ingen artikel som diskuterar detta, men författaren menar att kontexten krävde denna hållning. Informanterna informerades om studiens syfte både muntligt och skriftligt. De garanterades anonymitet och gav sitt samtycke till att delta med möjlighet att avbryta när som helst under studiens genomförande. Tillstånd för att genomföra studien söktes hos och godkändes av forskningsetikkommittén (Ö151-03). Informanternas arbetsgivare informerades både skriftligt och muntligt.

Datansamling

I studien användes fokusgruppsintervjuer för insamling av data. Fokusgrupper är en kvalitativ undersökningsmetod. Fokusgrupper används både som ensam metod för att studera människors föreställningar, attityder och värderingar inför ett visst ämne och som en av flera undersökningsmetoder (Wibeck, 2000). I jämförelse med individuella intervjuer genererar gruppintervjun en större bredd av data. Enligt Wibeck (2000) är det viktigt att gruppen inte är för stor, ett lämpligt deltagarantal är mellan 4 - 6 personer. Detta är tillräckligt för att få fram olika uppfattningar och för att alla ska kunna delta i diskussionen. Storleken påverkar gruppdeltagarnas utrymme och forskarens möjlighet att hantera gruppen på ett tillfredsställande sätt. En homogen gruppammansättning underlättar intimitet, samförstånd och utbyte av information mellan gruppdeltagarna (Wibeck, 2000). För att gruppdeltagarna ska känna sig trygga och lättare kunna uttrycka sig, är homogenitet beträffande ålder och socioekonomiska bakgrundsfaktorer en fördel, menar Tillgren *et al* (1990). Sammankomsten bör vara mellan en till tre timmar och antalet är beroende på studiens behov och resurser (Tillgren *et al*, 1990). I en ostrukturerad fokusgrupp är forskarens uppgift att introducera ämnet och ingripa i diskussionen när det behövs. Enligt samma författare (1990) krävs det att forskaren har förmåga till inlevelse och kan sätta sig in i deltagarnas situation och se saker och ting från deras utgångspunkt. Fokusgruppsintervjun kan dokumenteras med bandspelare. Anteckningar kan föras vid sidan om, då det kan vara svårt att urskilja vem som säger vad (Wibeck, 2000). Transkriptionen ska i möjligaste mån återge deltagarnas eget språkbruk (Tillgren *et al*, 1990).

Transkription kan göras på olika nivåer, allt från att skriva ned ordagrant vad som sägs till att ändra det talade språket till skriftspråk (Wibeck, 2000). Enligt Wibeck (2000) finns det inte någon bestämd analysmetod som absolut måste användas, men syftet med analysen är att komma åt innehållsliga aspekter. Enligt Tillgren *et al* (1990) är forskarens uppgift att fånga upp teman i deltagarnas erfarenheter.

Genomförande

Ostrukturerade fokusgruppsintervjuer genomfördes vid två tillfällen, med en månads mellanrum. Första intervjun hade fem deltagare och vid den andra intervjun var sex deltagare närvarande. Intervjuerna genomfördes på hospice och ett särskilt rum i avskildhet, användes vid varje intervju. Den första fokusgruppsintervjun utgick från en öppen fråga: På vilka grunder fattar Ni beslut om vilken omvårdnad Ni ska utöva till gästen? Denna öppna fråga resulterade i att svaren gavs i form av en rik narrativ kommunikation. Intervjun varade i 2 timmar och spelades in på ljudband och transkriberades ord för ord. Materialet lästes igenom i sin helhet, i syfte att skapa en bild av innehållet och fördjupa frågeställningen inför nästa intervju. Den andra intervjun som varade i 2 timmar, fokuserade på att få en fördjupning i ämnet med hjälp av följdfrågor till huvudfrågan. Framförallt handlade följdfrågorna om hur vårdpersonalen tänker i beslutssituationen, vilka variabler som tas hänsyn till och hur de gör. Intervjuerna skrevs ut ord för ord och utskrifterna omfattade 97 sidor med dubbelt radavstånd. Denna text utgör forskningsmaterialet. I detta arbete kommer både undersköterskor och sjuksköterskor benämnas vårdare.

Analysmetod

Tolkning baserad på berättelse, skildras av Ekman & Skott (2005). De beskriver hur man kan använda berättelsen för att tolka och förstå vårt liv och då också våra handlingar. Denna tolkningsmetod, inspirerad av Ricoeur, är ett sätt att studera berättelser för att få fatt på de processer som skapar mening för människor och på ett djupare plan förstå innebörden i denna mening (Skott, 2004). Ekman skriver (2004), att Ricoeur har ett hermeneutiskt-fenomenologiskt perspektiv på berättelsen och han poängterar att berättelsen förmedlar mening mellan människa och människa, mellan människa och värld och mellan människan och henne själv.

Tolkningsarbetet börjar med generell/naiv läsning av berättelsen/texten. Det innebär att man läser texten noga och att man markerar de delar som är speciellt relaterade till frågeställningen. Här hävdas att tolkningen börjar direkt när man hör berättelsen för första gången och sedan vidare igenom utskrift och läsning. Nästa steg handlar om distans. Genom att titta på bl.a. språkliga och grammatiska former i texten, kan man identifiera meningsfulla strukturer och på så sätt distansera sig från berättelsens person. Man tittar på vilka ord som används, i vilken form, hur ofta och hur de uppträder och används i relation till varandra (Ekman & Skott, 2005).

Vidare, menar Ekman & Skott (2005), undersöks olika diskurser. Man lyfter fram olika tankegångar och jämför med varandra. I nästa steg formuleras gissningar och frågor kring textens mening och vad den uttrycker. Då har återigen texten lästs upprepade gånger. Varje gissning kräver ny läsning för att försöka finna bevis för denna. Genom att gå genom varje textsektion och kondensera den, försöker man bestämma vilket/vilka teman som framträder och som kan ge svar på den frågeställning man har. Slutligen arbetar man med att reflektera över helheten för att få en omfattande förståelse av texten. Här reflekteras över vad som blev funnet i strukturanalysen i relation till förförståelse och litteratur (Ekman & Skott, 2005).

Analysens genomförande

Texten lästes första gången med fokus på helhet. Utifrån frågeställningen påbörjades tolkningen redan under intervjun, när forskaren lyssnade till informanternas berättelser. Vid den första genomläsningen markerades avsnitt som syntes ha med frågeställningen att göra. Två fenomen trädde fram; begreppet omvårdnad och vikten av att lindra lidande. Dessa begrepp återkom och gavs fördjupat innehåll vid fortsatt analys. Vid fortsatt läsning av texten med fokus på uttryck och formuleringar, trädde etikens roll fram i beslutsfattandet och häri låg också patientens och det egna jagets betydelse för beslutsprocessen.

Distanseringsarbetet innebar att se på texten och det språk som användes i den text som framträdde. Genom att på papper lyfta fram en enskild situation, kring den patient och vårdare som ingick i denna, kunde olika språkliga begrepp kopplas till berättelsen. Det blev en karta av begrepp som handlade om patientens uttryck av olika behov och känslor och också en karta av vårdarens upplevelse. Bl.a. visade sig ur ett patientperspektiv begrepp som smärta och lidande och den etiska reflektion som skedde i relation till detta. I ett vårdarperspektiv framträdde begrepp som närhet – distans, beroende – oberoende och vad det hade för effekt på vårdaren respektive patienten.

Vid undersökning av olika diskurser i textmaterialet, uttrycktes framförallt en vardaglig omvårdnadsdiskurs där begrepp som respekt och integritet kom fram. Nästa steg blev att kondensera varje stycke i texten. För att underlätta analysarbetet, delades papperet in i tre delar. Intervjuutskriften på halva papperet och två kolumner vid sidan om för egen kondensering av texten och sammanfattning i fenomen som framträder. Texten ”intervjuades” och varje stycke fokuserades utifrån om det fanns något som hörde samman med beslutsprocessen och grunderna för de beslut som fattades. Utifrån denna kondensering av textmassan, söktes begrepp som kunde kopplas samman med frågeställningen. Teman och

centrala begrepp togs fram och skrevs ner. Utifrån de olika teman som hade skrivits ner, lästes texten sedan upprepade gånger för att undersöka om den uttryckte samma eller andra saker. Genom att skriva ner begrepp på blädderblock, blev det möjligt att sammanställa dessa till två huvudteman med tillhörande underteman. Dessa sammanställdes och formulerades i resultatet. När texten lästes som helhet efter denna analys, visade sig en berättelse om en patient och en vårdare, som väl beskriver det innehåll och de teman som hade kommit fram vid analysen. Genom att lyfta ur denna berättelse ur intervjutexten och skriva rent den i form av en berättelse, kunde en ny helhet bli synlig. Denna berättelse är författarens tolkning av vårdarens möte med en döende kvinna och hur hon resonerar med sig själv, patienten och andra för att hålla fast vid de beslut hon fattar i relationen till patientens omvårdnadsbehov. För att göra det lättare att följa processen, används berättelsen om patienten Anna och vårdaren Kristin, som ett träd att väva presentationen kring. Författarens tolkning i form av en berättelse, lyfter fram och bekräftar resultatet av studien. Berättelsen utgör underlag för det resultat som redovisas.

RESULTAT

Resultatet redovisas dels som en berättelse, dels som två teman med tillhörande underteman. Dessa teman redovisas nedan i tabellform och följs av en reflektion över dessa. Den specifika berättelse som framträdde under intervjuerna, har sammanfogats och tolkats av författaren. Berättelsen behandlar en situation mellan en svårt sjuk kvinna och hennes vårdare och illustrerar stora delar av det innehåll och det resultat som framkom under analysarbetets gång.

Vårdaren Kristin beskriver Anna som en kvinna med värdighet, autonomi och integritet. En kväll i samband med tandborstning, föll Anna illa med svåra smärtor som följde. På grund av Annas dåliga status beslutades att inte röntga eller operera. Från att ha varit en självständig kvinna med litet omvårdnadsbehov, ökade nu Annas beroende av Kristin och hennes kollegor. När Kristin en morgon kom in till Anna, låg hon alldeles stilla i sin säng. ”Jag vill tala med dig, sätt dig här hos mig.” Kristin satte sig, hon förstod att Anna hade något allvarligt att säga.

”Jag vill att du hjälper mig att dö. Jag vill få en spruta. Jag vill inte leva så här längre. Det är inget värdigt liv. Jag tycker att jag har gjort mitt. Jag är inte rädd för att dö. Jag är gammal och alla mina nära är införstådda med att det är dags nu och de unnar mig detta.”

Kristins omedelbara och direkta svar blev att ”det kan jag inte!” ”Jag får inte det, lagen förbjuder mig.” I samma stund som hon sade det kände hon hur tvivlet inom henne slog rot.

”Visst skulle det vara skönt att få hjälpa henne att dö. Visst vore det rätt att Anna fick välja själv och få dö nu. Visst skulle jag väl kunna medverka till det”. Kristin hörde hur hon på nytt poängterade för Anna hur det förhåller sig med hennes ansvar och att det inte är tillåtet för henne som vårdare att göra något sådant.

Annas tårar trillade utför kinderna. Hon vädjade till Kristin om förståelse och att det egentligen skulle vara en välgärning. Återigen slet tvivlet inom Kristin. Hon kunde egentligen förstå Annas önskan mycket väl och hennes nära var ju delaktiga och införstådda, hon skulle egentligen vilja... Det kändes svårt att se på Anna. Ändå, det kändes också tryggt att luta sig mot vad lagen ger henne för rätt och på nytt beskrev hon för Anna hur det faktiskt är inrättat i den vård hon är delaktig i. Hon tog Annas hand, satt kvar stilla och lyssnade på Annas starka vädjan. Kanske sviker jag Anna om jag inte tillmötesgår henne, tänkte Kristin? Men, jag har ju en god relation med henne, jag måste våga lita på den och Anna hade faktiskt både mod och förtroende att våga fråga, tänkte Kristin vidare. Kristin insåg med skärpa att det inte var ett svek att följa lagen. Jag vågar lita på det jag gör och jag tar ansvar för det som är mitt jobb. Jag vågar också lita på att min och Annas relation är så stark att vi kan samtala vidare och tillsammans hitta alternativ till den besvärliga situation som Anna nu befinner sig i.

Kristin tog ett djupt andetag, tittade än en gång på Anna, klappade henne varsamt på kinden och berättade för henne vad enheten och hon själv kunde erbjuda henne, berättade om de svårigheter som hade drabbat Anna och hur de påverkade henne både till kropp och till själ. ”Ibland kan man behöva ta en paus från sina plågor och då kan vi erbjuda dig att få sova

under en period. Det skulle kunna hjälpa dig över denna tid som är så präglad av starka smärtupplevelser. Vill du att jag ska prata med doktorn om detta?” Anna såg på henne, gav hennes hand en tryckning och bejakade detta. Kristin förstod på Annas reaktion att det skulle underlätta om hon pratade med doktorn själv först. Anna befarade att om doktorn inte tyckte som hon, var hon inte säker på att hon skulle klara att hävda sin önskan. Anna slöt ögonen, tackade Kristin och sade att det kändes bra.

Kristin lämnade Anna. Väl ute ur rummet lutade hon sig en stund mot dörren och kände sorgen, hur svårt det är att inte kunna hjälpa en människa, Anna, som var så färdig och som så självklart hade gjort sitt val. Kristin tänkte också på hur svårt det hade varit om det valet att hjälpa Anna att dö hade funnits – hur skulle hon kunna veta om det hade varit rätt eller inte? Hennes kollega Vera mötte henne. Kristin berättade om sitt samtal med Anna och hon frågade också Vera om hon tyckte att det var rätt väg att gå? Vera menade att så var fallet och att Kristin hade handlat på ett sätt som skulle kunna hjälpa Anna att ta mot den hjälp som erbjöds henne och att hon också lättare skulle kunna samtala med doktorn om Kristin hade förberett doktorn på det som hade föregått Annas önskan. Kristin hände sig styrkt av detta. Hon fortsatte i korridoren för att söka upp doktorn.

I det tolkningsarbete som gjordes utifrån hela textmaterialet, trädde två samlande teman fram; beslutsprocessens dialog utåt och dess dialog inåt. Under varje tema fanns ett antal underteman.

Tabell 1. Beslutsprocessens utåtriktade dialog (med underteman)

Patientens behov	Närstående	Medicinska paradigmet	Kollegor	Kunskap
<ul style="list-style-type: none"> Genom samtal; frågor, svar, dialog Genom att lyssna Genom att observera och se/höra/känna Genom erfarenheter av liknande patienter o/e situationer Genom identifikation Genom kommunikation av egen kunskap 	<ul style="list-style-type: none"> Genom samtal/dialog Genom att vilja göra delaktig och betydelsefull 	<ul style="list-style-type: none"> Genom samtal/dialog Genom att förstärka omvårdnadsbeslut Genom att göra delaktig Blev till hinder vid olika syn, medicinen fick företräde 	<ul style="list-style-type: none"> Genom reflektion med Genom att dela Genom bekräftelse 	<ul style="list-style-type: none"> Etik; uttryckt som autonomi, värdighet, självkänsla, respekt, integritet Lagtext angående dödshjälp Vårdteori; uttryckt som erfarenhetskunskap, patientens behov, etik, sjukdom och sjukdomsförlopp, smärta av fysisk och existentiell natur

Tabell 2. Beslutprocessens inåtriktade dialog (med underteman)

Egna behov	Ansvar
<ul style="list-style-type: none"> • För att få visshet • För att få tröst • Identifikation 	<ul style="list-style-type: none"> • För sin kunskap • För patientens välbefinnande • För patientens beroende • För etikens roll • För att skilja egna och andras känslor • För smärta <ul style="list-style-type: none"> - hindrar omvårdnad - ökar beroende hos patienten - hotar integriteten

Begreppet dialog kräver ett förtydligande. Ordet *logos* är grekiska och betyder av tanke, tal och förnuft, medan *dia* är en preposition och betyder genom. Begreppet betyder genom tanken, talet eller förnuftet. Silfverberg (1999) skriver att enligt Aristoteles människosyn, är förståelsen att vara människa, grundad i förståelsen av vad det innebär att tala och handlar om människors sätt att relatera till varandra. Dialogen är den grundläggande metod som står till buds för att hjälpa människan framåt i etiska frågor. Silfverberg (i socialstyrelsens antologi, Utan fast punkt, 2001) beskriver dialogen med andra eller med sig själv, som en slags överläggning. Det handlar om att överlägga kring det som är osäkert eller ovisst och dialogen ger en slags hjälp att finna alternativ till vårt handlande. Centralt i dialogen är gemenskap och menar Silfverberg (2001), det är i gemenskap människans identitet grundläggs. På så sätt kan hennes beslut och handlingar fattas utifrån ett etiskt ansvar. I forskningsmaterialet visade sig dialogen som en process i rörelse, en rörelse mellan aktivitet utåt och aktivitet inåt.

Dialog utåt

Dialogen finns med i hela textmassan och uttrycks på många sätt. Med detta begrepp menas de samtal och de aktiviteter som riktar sig ut mot någon annan person, från det egna jaget. Dialogen förutsätter någon form av relation med den andra, i detta sammanhang främst av professionell karaktär. Under denna rubrik, synliggjordes fem underteman, relation till patientens behov, till närstående, till det medicinska paradigmet, till kollegor och till kunskap.

Patientens behov

Att fatta beslut rörande vilken omvårdnad patienten behöver, kräver dialog med patienten kring vilka behov denna har. Vårdarens viktigaste instrument i denna berättelse var samtalet med frågor och svar och där vårdaren lyssnade till patienten egna uttryck kring sin vilja. Ankomstsamtalet blev vägledande för fortsatt omvårdnad, och lyfte fram patientens livs- och sjukdomsberättelse. Detta gav vårdaren tillgång till djupare förståelse av vad patienten behövde och omvårdnaden kunde motsvara de individuella behoven. Genom att se, höra och känna kunde vårdaren samla all icke verbaliserad kunskap och utifrån dessa fatta beslut. Dessa observationer uttrycktes bl.a. som: *"Hon var svårändad och hade svårt att röra sig..."*, *"...såg jag att hon valde vilken personal hon anförtror sig åt, gjorde skillnad på oss..."*

I dialog med patienten, kunde vårdaren känna igen erfarenheter av liknande patienter och situationer och på så sätt veta vad slags beslut som krävdes.

I identifikation med patienten kände vårdaren igen sig och kunde tänka: *"Om det hade varit jag, hade jag velat..."* Vårdarens empati uttrycktes också här. Kunskap och erfarenhet av patientens tidigare liv och hur sjukdomsförloppet såg ut gjorde det möjligt för vårdaren att reflektera kring patientens då och nu. Detta gav hjälp att fatta relevanta beslut.

Kommunikation med den egna kunskapen i relation till patienten, förankrade omvårdnadsbeslutet och gav patienten trygghet i det som hände och gjorde beslutet lättare att fatta. Detta uttrycktes bl.a. när vårdaren berättade om sina kunskaper om medvetandesänkning under en period, för att lindra det kroppsliga och existentiella lidandet.

Närstående

Att bjuda in till samtal runt beslutsprocess och omvårdnad med patienten och dennes närstående, var en naturlig del i vårdandet. Närståendes delaktighet betonades och lyftes fram och deras roll sågs som betydelsefull i beslutsprocessen. Kommunikationen innehöll både information om vårdarens kunskap och inhämtande av information om patienten som fördjupade och förstärkte patientens behov.

Medicinska paradigmet

Denna relation kom till uttryck både som möjlighet och som hinder. Sågs som en möjlighet när läkarens roll förstärkte det pågående omvårdnadsbeslutet och visade då på en självständighet i relation till det medicinska paradigmet. Formulerades i samband med patientens önskan att få dödshjälp, då vårdaren i slutet av den beslutsprocessen tog in doktorn som samtalspartner. Det blev då doktors roll att fortsätta och ta ansvar för den linje som vårdaren företrädde, att patienten skulle få hjälp att bli medvetandesänkt under en period.

Relationen blev till ett hinder då beslut fattade av det medicinska paradigmet, fick företräde före omvårdnaden och där meningarna gick isär. Detta uppstod bl.a. efter patientens fall, då det medicinska beslutet blev att inte röntga eller behandla på grund av patientens dåliga status. Detta gjorde vårdaren osäker och hon såg att det uppstod problem med omvårdnadens utförande på grund av otillräcklig kunskap om patientens situation. Hon uttryckte svårighet att ha tillit till det medicinska paradigmet efter en sådan händelse.

Kollegor

I textmassan framträdde hur man samtalade med arbetskamrater, och reflekterade kring olika omvårdnadssituationer och de konsekvenser som dessa innefattade. Man delade åsikter, förstärkte varandra och blev på så sätt bekräftade i det beslut man hade fattat. Detta gav visshet och trygghet.

Två av vårdarna reflekterade exempelvis över betydelsen av att borsta tänderna på patienten efter att patienten hade fallit. I dialog med patienten och varandra, kunde de fatta beslutet att detta var viktigare för henne än mycket annat och gav varandra stöd i att underlätta detta och på så sätt respektera patientens vilja.

Kunskap

Medvetenhet om vilken kunskap som låg till grund för de beslut som fattades var inte så tydligt artikulera. Det som framträdde påtagligast var den etiska förankringen. Vårdaren var mycket tydlig med sin etiska hållning och använde sig av begrepp såsom autonomi, värdighet, självkänsla, respekt och integritet.

Vid situationen där patienten önskade få dödshjälp, vilade vårdaren på sin kunskap om vad lagtexten sade i relation till frågor av den arten och det gav henne trygghet.

Vårdteori, som begrepp, kommer inte till tydligt uttryck i texten, men kan innefatta begrepp som uttrycker erfarenhet, patientens behov som trygghet, kunskap om etik, kunskap om sjukdomar och sjukdomsförlopp och kunskap om smärta både vad det gäller medicinsk och existentiell sådan. I berättelsen visar vårdaren hur hon arbetar med patientanalys bl.a. genom datainsamling där patientens livs- och sjukdomsberättelse är central. Denna analys gjordes kontinuerligt under patientens vårdtid och förändrades bl.a. i samband med patientens fall.

Dialog inåt

Denna dialog är av reflektiv karaktär, riktad inåt mot det egna jaget. Under denna rubrik, framträdde framförallt relationen till det egna jaget och till begreppet ansvar, med reflektion som samlade begrepp.

Egna behov

Här handlar det bl.a. om vårdarens behov av att få visshet. Detta kommer till uttryck när patienten ramlar på golvet och skadar sig, där vårdaren insåg i sin inre dialog att hennes önskan att röntga patienten handlade om att själv få veta om det är någon allvarlig skada. De egna behoven kan också handla om att få *tröst*. När doktorn i samråd med patienten beslöt att ge henne sprutor för att hon skulle få sova, kände sig vårdaren tröstad av tanken att ha medverkat till att hjälpa patienten till minskat lidande. Ett tredje exempel på egna behov handlar om hur vårdaren identifierar sig med patienten och ser sin egen längtan att hjälpa henne att bli smärtfri, oberoende och uppegående.

Ansvar

Vårdaren reflekterade över sin beslutsprocess i relation till önskan om dödshjälp och hur hon slutligen litade till sin kunskap och sitt beslut och på så sätt tog ansvar för patientens välbefinnande i en svår situation. Hon reflekterade också över hur ansvaret kom till uttryck i den utlämnande situation som patienten hamnade i när hon hade ramlat på golvet. Hennes beroende ökade och vårdaren reflekterade kring detta och vikten av att ta ansvar för det beroendet. Det inbegrep bl.a. avledande manövrar för att undvika fokus på utsattheten i situationen. I denna reflektion lyfter vårdaren fram etikens avgörande betydelse för den goda omvårdnaden. Grundläggande begrepp som autonomitet och integritet blir mycket centrala i mötet med patienten.

Att avleda i känslofyllda situationer hade vårdaren lärt sig av tidigare erfarenheter. Genom att vara medveten sina egna och patientens känslor och skilja dem åt, kunde vårdaren kommunicera sin erfarenhet till patienten, beskriva att hon hade mött och tagit hand om liknande situationer många gånger och också bekräfta känsligheten i denna situation. På så sätt tog vårdaren ansvar för att hjälpa patienten över skammen och utsattheten i en intim och besvärlig situation.

Vårdaren reflekterar över smärtans roll i det palliativa omvårdnadsarbetet och såg då också betydelsen av att ta ansvar för den kunskapen och erfarenheten. Hon såg att det uppstod hinder i omvårdnadsarbetet om inte patientens smärta var lindrad med följd att ingen omvårdnad var möjlig så länge smärtan inte var hanterad. Hon såg också att med smärtan följde ett större beroende hos patienten i relation till personalen och att integriteten hotades om smärtan inte blev prioriterad. Denna kunskap som denna reflektion gav vid handen gjorde vårdaren övertygad om att smärtlindring hade högsta prioritet av de beslut som måste fattas kring patientens omvårdnad. Denna reflektion kom också till uttryck i relation med kollegor, som bekräftade denna hållning.

DISKUSSION

Metoddiskussion

I detta arbete har valts ett kvalitativt och tolkande perspektiv, för att få möjlighet till fördjupning av fenomen och förstå dess innebörd. Fokusgruppintervju valdes som datainsamlingsmetod, eftersom den ger flera vinklingar på samma fråga och då innebär en fördjupning av det man önskar få belyst. Eftersom gruppen var från samma arbetsplats,

underlättades intimitet, samförstånd och viljan att dela varandras åsikter och erfarenheter. Valet att endast göra två intervjuer, kan diskuteras, men med resultatet i handen kan detta bedömas som tillräckligt.

I det fortsatta analysarbetet, blev det meningsfullt att arbeta utifrån en hermeneutisk-fenomenologisk tolkningsmetod, inspirerad av Ricoeur (Ekman & Skott, 2005). Att använda berättelsen som utgångspunkt, blev en naturlig fortsättning på intervjuerna som präglades av vårdpersonalens berättelser om de patienter de vårdade. Speciellt en berättelse, som framträdde under analysarbetets gång visade sig illustrera de teman som framträtt ur hela texten. Ekman (2004) skriver att berättelsen hjälper oss att skapa identitet. Detta överensstämmer väl med det resultat som framträder i denna studie, med dialog som huvudtema. Detta kan sammanflätas med dialogens roll för människans upplevelse av identitet (Silfverberg, 2001). I dialogen framträder människans etiska dimension, vilket också lyfts fram som berättelsens styrka, enligt Frid (2004). Berättelsen beskriver inte bara hur något är, utan också hur något skulle kunna vara.

Van Manen (1997) skriver om analysarbetet, att ett fenomen kan framträda genom skrivandets konst. Genom att lyfta fram berättelsen om patienten Anna och vårdaren Kristin, valideras också analysresultatet. Den berättelsen utgör författarens tolkning av vårdarens berättelse om sitt möte med patienten.

Resultatdiskussion

Den teoretiska anknytningen till Orlandos omvårdnadsteori, visade sig vara ett bra val. Orlando poängterar relation mellan vårdare och patient, något som framträder mycket tydligt i denna studie. Hon lyfter också fram reflektionen som kännetecknande för en medveten omvårdnadsprocess och resultatet i studien uttrycker i hög grad reflektionens betydelse för de beslut som vårdaren fattar. Att vila på Orlandos omvårdnadsmodell i arbetet med döende patienter tycks utifrån detta, kunna utgöra ett bra stöd för beslutsfattande kring vilken omvårdnad patienten behöver.

Vårdarna uttryckte inte under intervjuerna att de hade någon speciell omvårdnadsteori som stöd för sitt arbete. Ändå kan sägas att det vid analysen framträder ett språkbruk och en hållning som antyder en omvårdnadsmedveten riktning. Denna är dock inte artikulerad. I studiens resultat, framträder personalens arbete som relationsinriktat, både till patienten och dennes välbefinnande och i viljan att göra närstående delaktiga, något som också Orlando (1990) lyfter fram. Vårdarna betonar vikten av att se till patientens behov och samtalar med patienten, närstående och kollegor och söker på så sätt bekräftelse på sina beslut som etiskt riktiga. Det framgår också i intervjuerna att reflektion är det instrument som vårdpersonalen använder för att tolka och förstå det patienten uttrycker. Det kan konstateras att en väl uttryckt och använd omvårdnadsteoretisk förankring, skulle kunna hjälpa till vid beslutsprocessen och genom att använda sig av den reflektiva omvårdnadsprocess som Orlando uttrycker, skulle vårdpersonalen kunna följa och se resultatet av sitt agerande.

Resultatet som framträder, svarar an på den litteratur som är redovisad. I den utåtriktade dialogen ligger huvudsaklig fokus på dialogen med patienten, i syfte att så långt det är möjligt, tillgodose dennes behov. Patienten blir inbjuden till delaktighet och på så sätt stödjer vårdaren sina val, något som lyfts fram av Böttorff et al (2000).

Precis som Hedberg & Sätterlund Larsson skriver (2003), kan konstateras att vårdarna tar både ett medicinskt och omvårdnadsmissigt perspektiv. De har att svara an på patientens behov, samtidigt som de företräder medicinsk kunskap och erfarenhet. Detta visade sig bl.a. när vårdaren initierade medvetandesänkning som möjlighet för patienten att handskas med sin smärta och ångest och senare bad läkaren fortsätta det arbete hon hade startat. Vårdarens tillit

till sin kunskap och erfarenhet framträder också i denna situation, något som bekräftas av flera författare bl.a. Hedberg (2005) och Hoffman et al (2004).

I berättelsen är det framförallt det samtal som uppstår vid patientens önskan om att få hjälp att dö, som är framträdande och som beskriver vårdarens beslutsprocess som en böljande rörelse mellan en yttre och en inre dialog. Det tvivel som kommer till uttryck hos vårdaren, kan sägas svara mot det som Hedberg & Sätterlund Larssons (2004) talar om som situationsstress, en subjektiv reaktion uttryckt som tveksamhet och med känslor av osäkerhet. Man kan följa vårdarens "resa" från första samtalet och hur beslutet växer sig starkt och övertygande genom de olika steg av yttre och inre dialog som vårdaren tar. Patienten i berättelsen uttryckte en önskan att få hjälp att dö, detta blir en dialog riktad utåt, där vårdaren vilar i tryggt beslut att lagen förbjuder henne detta. Vårdarens tvivel kom i dagen i hennes inre dialog, reflektion. Hon kunde förstå patientens önskan, "*skulle egentligen vilja...*" Det förde mot nya samtal med patienten. Patienten argumenterade och vädjade till slut. Detta födde ny reflektion och inre dialog hos vårdaren och nya tvivel kom upp till ytan. Fortfarande blev vårdaren hjälpt av lagen att stå kvar och vara trygg i sitt beslut. Vårdaren kommunicerade detta och samtalade med patienten. Hon reflekterade, förde en inre dialog utifrån tanken att hon svek patienten. Hon reflekterade också kring sin goda relation med patienten och vågade lita till den. Hon såg patientens vädjan som ett uttryck för tillit och att det inte var ett svek att ta det ansvar som åligger henne utifrån juridisk synvinkel. I sitt beslut fortsatte hon att vila på lagen, sin kunskap och förståelse för patientens situation och om sin roll i relation till detta och hon samtalade med patienten genom hela processen. Hon reflekterade över att hon tog ansvar för sin kunskap och sin relation till patienten genom att stå fast vid sitt beslut. Hon bjöd in doktorn som samtalspartner till patienten för att hon skulle få medicinsk hjälp och lyfte in och samarbetade på så sätt med det medicinska paradigmet. Hon medverkade till ett gott resultat genom att hon förstod patientens rädsla att tala med doktorn. Genom att först tala med doktorn själv bidrog hon till att patienten blev lugn och trygg.

Hela denna redogörelse svarar på det som beskrivs av Tishelman et al (2004), att beslutsfattandet inom det palliativa vårdfältet är komplext. Mest framträder här relationer som betydelsefulla för beslutsfattandet, men även den erfarenhetsbaserade kunskapen är viktig. Vidare kan denna redogörelse förankras i det resonemang som förs av Hedberg & Sätterlund Larsson (2003), som betonar hur vårdaren själv och med hjälp av kollegor använder kunskapen och erfarenheten som finns samlad genom att observera, analysera och tolka det patienten uttrycker och fatta nödvändiga beslut. Arbetssättet som används för att komma till ett beslut är reflektionen. Hon reflekterar i de olika stegen över etiken och över sin längtan att svara an så långt det är möjligt på patientens behov, den ideala omvårdnaden. Genom att lyssna, svara an på patienten och dela sin kunskap med henne, gör vårdaren patienten delaktig, något som bekräftas av Bottorff et al (2000).

När det gäller de två beslutsfattande processer som beskrivs av Lauri et al (2001), framträder båda processerna i denna studie. Många av de beslut som fattades rörande patientens omvårdnad, vilade i en analytisk process med en tydlig uppgiftsorientering, det rörde bl.a. frågor om tandborstning eller påklädning. Däremot vid frågor rörande döden, präglades beslutsfattandet av ett intuitivt förhållningssätt. I detta resultat framträder vårdarens intuitiva process som en rörelse mellan yttre och inre dialog och hänger samman med att situationen krävde ett omedelbart förhållningssätt och beslut. Ett resultat som stämmer väl med det som Lauri et al (2001) beskriver.

Flera författare (Hedberg & Sätterlund Larsson, 2003, 2004; Bottorff et al, 2000; Tishelman et al, 2004) uttrycker betydelsen av att samtala med patienten, reflektera med patienten, svara an på patienten och på så sätt betonas dialogens roll för beslutsfattandet.

Denna studie visar på dialogens betydelse för beslutsfattande, rörande omvårdnad för patienter i palliativ vård. Genom att vara öppen för dialogens yttre och inre rörelse, kan vårdaren också

vara öppen för den komplexitet som kännetecknar vård av döende patienter. Dialogen hjälper vårdaren att synliggöra sitt etiska fundament och också utveckla det. Den möjliggör också vårdarens egen resa i att bli tydlig i sin identitet. Att som vårdare vara trygg med vem man är i sin yrkesroll och som människa, hjälper patienten att finna trygghet i en situation kännetecknad av brist på kontroll och stor osäkerhet.

Beslutsprocessen vid vård av döende patienter är komplex. Den är präglad av starka känslomässiga aspekter, både när det gäller patientens och vårdarens upplevelse. Vårdarna riskerar att hela tiden fatta beslut, som störs av dessa processer och som då riskerar att bli mindre bra. Utifrån den omvårdnadsteoretiska anknytning som Orlando erbjuder, kan konstateras att den ger gott stöd och hjälp vid de dessa processer och utgör också en möjlighet att utveckla vårdens kvalitet genom den utvärdering av fattade beslut som denna teori erbjuder. Vidare kan konstateras att aktuell forskning kan ge fördjupning av beslutsprocessens innehåll, hinder och möjligheter. Genom att ta del av de senaste forskningsrönen kan man också fördjupa sin kunskap i relation till de arbetsuppgifter man förväntas ta ansvar för i sitt vårdande och som till stor del handlar om att fatta beslut.

REFERENSER

Benner, P., (1993). *Från novis till expert*. Lund: Studentlitteratur AB.

Bottoff JL., Steele R., Davies B., Porterfield P., Garossiono C., Shaw M. (2000). Facilitating day-to-day decision-making in palliative care. *Cancer Nursing* **23** (2), 141-150.

Ekman, I. (2004). Livsberättelser och språk. In C. Skott (Ed.). *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv* (pp. 15-24). Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I. & Skott, C. (2005). Developing clinical knowledge through a narrativebased method of interpretation. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4. 251-256.

Frid, I. (2004). Att ta del av en berättelse – en resa mot okänt mål. In C. Skott (Ed.), *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv* (pp. 117 - 128). Lund: Studentlitteratur.

Hedberg, B., (2005). *Decision Making and Communication in Nursing Practice – aspects of nursing competence*. Doktorsavhandling, Göteborgs Universitet, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa.

Hedberg B., Sätterlund-Larsson U-B. (2004). Enviromental elements effecting the decision-making process in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing* **13** (3) 316-324.

Hedberg B., Sätterlund-Larsson U-B. (2003). Observations, confirmations and strategies – useful tools in decision-making process for nurses in practice. *Journal of Clinical Nursing* **12** (2), 215-222

Hoffman K., Donoghue J., Duffield C., (2004). Decision-making in clinical nursing: investigating contributing factors. *Journal of Advanced Nursing* **45** (1), 53-62.

Jahren- Kristoffersen N. (1998). *Allmän omvårdnad*. Författarna och Liber AB. Stockholm.

Lauri S., Salanterä S., Chalmers K., Ekman S-L., Kim H., Käppeli S. & MacLeod M. (2001) An exploratory study of clinical decision-making in five countries. *Journal of Nursing Scholarship* **33** (1), 83-91.

Orlando, I. J., (1990). *The dynamic nurse-patient relationship, function, process and principles*. National League for Nursing. New York.

Rooke L. (1995). *Omvårdnad – teoretiska ansatser i praktisk verksamhet*. Stockholm: Liber Utbildning.

Saunders, C. (1979), *Den goda döden. Om vård av döende cancerpatienter*. AWE/Gebbers, Stockholm.

Silfverberg G (1999). *Praktisk klokhet. Om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposium.

Skott, C. red. (2004). *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB.

Socialstyrelsen (SOU 2001:6.). *Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut*. Socialdepartementet, Stockholm.

Ternstedt B-M. (1998). Livet pågår. *Om vård av döende*. Vårdförbundet FoU 1998:53.

Ternstedt, B-M. (1994). *Ett hospice växer fram – från idé till verklighet*. Centrum för omvårdnadsvetenskap, Örebro. Rapportserie 1994:I

Tillgren P & Haglund B J.A (1990). Fokusgrupper - kvalitativ metod i samhällsdiagnostiskt och förebyggande arbete. *Socialmedicinsk Tidskrift* **67** (5-6): 276-282.

Tishelman C., Bernhardson B-M., Blomberg K., Börjeson S., Franklin L., Johansson E., Leveälähti H., Sahlberg-Blom E., Ternstedt B-M. (2004). Complexity in caring for patients with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing* **45** (4) 420-429.

Van Manen M., (1997). *Researching Lived Experience. Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. London: The Althouse Press.

Websida: <http://www.socialstyrelsen.se> Sökdatum: 2006-05-10. God vård i livets slut – en kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre (2004).

Websida: <http://www.socialstyrelsen.se> Sökdatum: 2006-07-01. Utan fast punkt – om förvaltning, kunskap, språk och etik i socialt arbete (2001).

Wibeck V (2000). *Fokusgrupper - Om fokuserade gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.