

Beteckning: \_\_\_\_\_



**Institutionen för vårdvetenskap och sociologi**

Distriktssköterskans upplevelser av att nattetid  
möta närstående till cancersjuka patienter som  
vårdas i hemmet.

*Agnetha Lind*  
*November 2008*

Examensarbete, 15 hp, D-nivå  
Vårdvetenskap

**Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning distriktssköterska**  
**75 hp**  
**Examinator: Maria Engström**  
**Handledare: Birgitta Fläckman och Anna-Greta Mamhidir**

## Sammanfattning

Syftet med denna studie var att utifrån distriktssköterskor som arbetar nattsift och deras berättelser beskriva upplevelser av att möta närstående till cancersjuka patienter som vårdas i hemmet. Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design. Urvalet bestod av tio distriktssköterskor med anställning i primärvårdens jourverksamhet i ett län i Mellansverige. Resultatet redovisas utifrån två huvudkategorier; "Att kommunicera" och "Att ha kompetens" som bildade ett tema; *Vara trygg i sin yrkesprofession och kunna se möjligheter och svårigheter i mötet med närstående i hemmet*. Distriktssköterskorna upplevde att de har en viktig roll som innebär att vara lyhörd för att kunna uppmärksamma, försöka förstå, bekräfta och bemöta de närståendes behov. Distriktssköterskorna betonade vikten av att förhålla sig som "gäst" i patientens hem, vilket framkom som viktigt för att visa respekt för familjen. Det upplevdes vara angeläget att ge "tid" och under nattetid var det möjligt. Det beskrevs viktigt att vara lyhörd, ha en helhetssyn, ge stöd och information till de närstående, vilket i sin tur bidrog till att de närstående upplevdes tryggare. Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att observera och försöka förstå de närståendes kroppsspråk och betonande betydelsen av både verbal och icke verbal kommunikation. I mötet med de närstående, ingick också att besvara frågor så gott som de kunde. Distriktssköterskorna upplevde att det inte alltid var så enkelt att bemöta närståendes frågor och de kunde känna brister i sin egen kompetens. Ibland upplevdes det som om det saknades "verktyg" för att hantera mötet på ett professionellt sätt med de närstående.

Nyckel ord: Närstående, cancer, distriktssköterskor, nattsift, hemsjukvård, bemötande.

## **Abstract**

The aim of the study was to describe district nurses experiences meeting intimate of cancer patients in home care. The study had a qualitative approach with a descriptive design. The sample consisted of ten district nurses employed in primary health care, working in emergency duty in a district in the Middle of Sweden. The results are presented from the two categories; to communicate and being competent, which was formulated to one theme. The theme “*Being safe in one’s professional role, being aware of possibilities and difficulties when encountering intimates in home care*”. The district nurses experienced that they had an important role since they had to notice and understand the needs of the intimates as well as to refute and confirm them. To act like ‘a guest’ in the patient's home was important and regarded a respectful behavior towards the family, according to the district nurses. To give intimates ‘time’ was stated urgent and described possible during the nightshifts. According to the district nurses well informed intimates felt more secure in their situation. The district nurses experienced that it is important to observe and understand the intimate’s body language and empathized that both verbal and non verbal communication must be paid attention. They stated that encountering intimates included answering their questions as well as they could. The district nurses felt that it was not always easy to refute the questions asked and they could feel deficiencies in their own capability and competence. Sometimes, encountering intimates, the districts nurses experienced difficulties being professional since they felt lack of ‘tools’.

Keywords: Intimates, cancer, district nurses, nightshift, homecare, encounter

## **Innehållsförteckning**

<b>Introduktion</b>	<b>1</b>
<b>Närståendes situation</b>	<b>1</b>
<b>Distriktssköterskan möte med närstående i hemsjukvård</b>	<b>3</b>
<b>Problemområde</b>	<b>5</b>
<b>Syfte</b>	<b>6</b>
<b>Frågeställningar</b>	<b>6</b>
<b>Metod</b>	<b>6</b>
<b>Design</b>	<b>6</b>
<b>Urval och undersökningsgrupp</b>	<b>6</b>
<b>Datainsamlingsmetod</b>	<b>7</b>
<b>Tillvägagångssätt</b>	<b>7</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>8</b>
<b>Tabell 1. Exempel på analysprocessen</b>	<b>9</b>
<b>Forskningsetiska överväganden</b>	<b>9</b>
<b>Resultat</b>	<b>10</b>
<b>Figur 1. Tema, kategorier och subkategorier</b>	<b>11</b>
<b>Att kommunicera</b>	<b>12</b>
<b>Att ha kompetens</b>	<b>20</b>
<b>Diskussion</b>	<b>22</b>
<b>Huvudresultat</b>	<b>22</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>23</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>26</b>
<b>Allmän diskussion</b>	<b>28</b>
<b>Referenser</b>	<b>30</b>

## **Introduktion**

Närståendes roll i vården har på senare tid alltmer kommit att uppmärksammas och många närstående deltar aktivt i vården när en svårt sjuk familjemedlem vårdas i hemmet (1). Enligt Davies m.fl. (1) så är familjen traditionellt den första resursen som en person med cancer sjukdom har omkring sig. I ett historiskt perspektiv har familjen tagit ansvar för vården av sjuka familjemedlemmar. Under de senaste 100 åren har utvecklingen gått från att närstående varit ett viktigt komplement till att de närstående har ett ökat ansvar för vården av patienten (2).

Cancersjukdom innebär att en person har en sjukdom som inte går att bota och som senare leder till döden. Patienter med cancer känner ofta att de har förlorat kontrollen över sina liv på grund av olika kroppsliga symtom som visar sig av sjukdomen, de känner sig ensamma och utelämnade (3). Den allvariga sjukdomen hotar själva livet för patienten något som leder till känslor av utsatthet och krisreaktioner hos patienter men även hos närstående (3).

Distriktssköterskan samarbetar med de närstående kring vården av den sjuke patienten i hemmet (4).

I en engelsk studie av Griffiths m.fl. (5) beskrivs att distriktssköterskor är den stora yrkesgruppen som sköter cancerpatienter i hemmet. Studien visade att om man har utbildning men inte förstår olika samband i möten med närstående så uppstår det problem. Griffiths m.fl. (5) belyser dilemman bl.a. att distriktssköterskan har utbildning men kan inte alltid omsätta denna till handling.

## **Närståendes situation**

Ternestedt (6) beskriver att det inte är en enkel roll att vara närstående. Samtidigt som den närstående förväntas ge ett visst stöd, bär den närstående oftast även på sin egen sorg. Närstående kan känna press från omgivningen att ställa upp med mer hjälp än vad de mäktar med. Särskilt påtagligt blir detta vid vård i hemmet eftersom där intar ofta närstående en nyckelroll (6). Med närstående menas familjemedlemmar som t.ex. maka/make, barn eller annan nära släkting eller vän/bekant (7).

Enligt Sand (3) upplever inte bara patienten en utsatthet utan också närstående reagerar med krisreaktioner när den sjuke visar kroppsliga och mentala förändringar. Glimelius (8) skriver att i och med att de närstående ofta befinner sig i en mycket svår situation präglad av krisreaktion och sorg, är de i praktiken också patienter och det faller inom vårdpersonalens ansvarsområde att ta ansvar även för deras välbefinnande. Familjens och individens personliga föreställningar blir aldrig så bekräftade, så ifrågasatta eller så hotade som när ohälsa och sjukdom uppstår (8). Det är viktigt att distriktssköterskan har förmåga att vara lyhörd inför familjemedlemmarnas tankar och frågor (1). Precis som varje patient är unik, är varje närstående en individ med sin speciella bakgrund, personlighet och behov (8).

Det har framkommit i studier (9 - 12) att närstående har behov av stöd och information i samband med vårdandet. Att vara närstående och få uppleva ett emotionellt stöd och information av distriktssköterskan beskrev Törnkvist m.fl. (13) vara mycket positivt för både närstående och patient. Vidare kan de som känner till familjens situation hjälpa till med t.ex. information och samtal. Distriktssköterskan har därför en viktig uppgift att ge närstående information upprepade gånger eftersom de kan befinna sig i en krisreaktion (14). Samtidigt har de närstående sin egen rädsla att handskas med (13). Även om vårdpersonalen anser att informationen kring patienten har varit tillräcklig, så kan de närståendes upplevelser vara annorlunda (8). Varje möte mellan vårdaren och den närstående, kan vara avgörande för upplevelsen av vården (10).

Enligt Karne och Rose (15) växlar de närståendes behov över tid. Robert m.fl. (16) beskriver att närstående ses som en huvudsaklig källa till stöd för patienten, men själva kan de uppleva känslor som hjälplöshet och ängslan. Selin-Törnqvist (14) uppger att när någon i familjen väljer att dö hemma går hela familjen igenom en kris. En hand att trycka, någon att tala med om sin oro är viktigt för närstående (3). Sand (3) betonar att närstående tar ett omfattande ansvar för den cancersjuka i hemmet och kraven kan upplevas stora men den livshotande sjukdomen hos patienten gör att de axlar ansvaret. Trots ansvaret försöker den närstående upprätthålla vardagliga rutiner, skapa positiva händelser i vardagen och skapa hopp. Om närstående betraktas som deltagare i vården det kan leda till ett samspel där alla positiva faktorer utnyttjas(14).

## **Distriktssköterskans möte med närstående i hemsjukvården**

Utvecklingen är på väg mot en ökad hemsjukvård enligt Proot och Abu-Saad (10) och allt fler svårt sjuka döende patienter väljer att vårdas i hemmet under sin sista tid i livet (6). Det är därför viktigt att distriktssköterskan har kunskap omkring bemötande av närstående i hemmet (6).

Enligt Sarvimäki och Kalkas (17) har distriktssköterskan en central roll i vården av de sjuka i hemmet och i stödet till de närstående. I arbetet inom cancersjukvård kan situationer uppstå som enligt distriktssköterskor beskrivs som känsliga och svåra att hantera. Det kan vara i en omvårdnadssituation där närstående har en önskan om att delta vid genomförandet av vårdmomentet fastän patienten ger uttryck för det motsatta t.ex. när inläggning av inneliggande kateter ska ske. I sådana situationer har distriktssköterskan ett ansvar att göra det bästa för både patient och närstående. Det ställs stora krav på distriktssköterskans omvårdnad men även på distriktssköterskans pedagogiska kunskaper och egen självkänedom (17). God självkänedom hos vårdaren är värdefullt och kan användas som redskap i omhändertagandet av patienter och närstående (18, 19). Sarvimäki och Kalkas (17) beskriver att distriktssköterskan bör vara en professionell hjälpare och erbjuda ett kvalificerat stöd till människor som befinner sig i kris.

När någon drabbas av en livshotande sjukdom kan närståendes liv påverkas (20). De närstående måste handskas med sina egna och varandras känslor samt problem och rädslor (21). Detta kan leda till stress hos patienten och närstående och distriktssköterskan i hemsjukvården behöver vara medveten om dessa fenomen för att möta de närståendes behov och känslor på bästa sätt (22).

En av distriktssköterskans uppgifter är att svara på närståendes frågor på ett professionellt sätt (23). Ibland finns det inga bra svar eller lösningar och då är det viktigt att distriktssköterskan lyssnar och bekräftar de närstående. Enligt Abrahamsson (23) känner många närstående sig rådvilla och vet inte hur de ska hantera de situationer som de ställs inför. Att ge vård och omsorg som närståendevårdare kan ge både positiva och negativa konsekvenser, negativa konsekvenser kan innebära depression hos närstående (2). De närståendes situation upplevs som en kris och Törnkvist m.fl. (13) uppger att närstående behöver stöd och hjälp.

Luker m.fl. (24) skriver att det är betydelsefullt att vårdaren tidigt etablerar kontakt med de närstående och att vårdpersonalen kan visa empati och vara lyhörda samt att tolka vad de närstående och patienten uttrycker för att kunna hjälpa och stödja i deras situation. Att stötta närstående till döende patienter är en av de svåraste uppgifter som vårdpersonal möter i sitt arbete (25). Almås (25) skriver också om vikten av att vara professionell liksom att ha förmåga att visa empati. Vårdarens roll är svår inte minst eftersom den förväntas ta hänsyn till varje närståendes situation och deras behov av t.ex. information (25).

Enligt Wright och Leahey (4) har distriktssköterskan en yrkesroll som utgår från fyra hörnstenar när det gäller att bemöta patienter och närstående på ett bra sätt. De fyra hörnstenarna uppges vara emotionell förmåga, social kompetens, medicinsk kunskap samt förmågan att informera och alla byggstenar är nödvändiga att behärska. För att möta dessa krav som distriktssköterska och för att känna trygghet i sin profession behövs ökad kunskap när det gäller relationer och möten med närstående. Brister i utbildningar är ett problem och det innebär t.ex. att det i den kliniska utbildningen ofta saknas träning i bemötande av närstående. Det betonas att relationen mellan distriktssköterska och närstående är en grund till förståelse i samarbetet kring patienten i hemmet (4). De närståendes deltagande i vården ökar och en förändring behövs i sjuksköterskans kliniska arbete. Från att tidigare arbetat utifrån ett individualistiskt synsätt måste man nu börja arbeta utifrån ett interaktionellt perspektiv samt ge distriktssköterskor kompetens för omvårdnad av familjer (4). Familjeomvårdnad (26) bör därför inkluderas i utbildning som rör onkologisk omvårdnad. Det behövs teorier och verktyg för att förändra synsättet i familjeomvårdnad och det krävs ett mer holistiskt utövande av klinisk omvårdnad för att bemöta närstående på ett tillfredsställande sätt (26).

Tidigare forskning kring närståendevårdare har visat på sociala konsekvenser (27) och fysiska och mental hälsa kan vara negativt påverkad (27, 28). Martinsen (29) menar omvårdnad präglad av äkta omsorg där sjuksköterskan försöker förstå och möta den närstående utifrån dennes situation innebär att sjuksköterskan aktivt, kontaktar, informerar och stödjer de närstående. Calgarymodellen för familjebedömning och familjefokuserad vård (4, 30) är en konkret modell som hjälper sjuksköterskan att aktivt involvera närstående i omvårdnaden av patienten. Grundtanken i modellen är att omvårdnaden ska utgå från familjeperspektivet och att individen ska ses i sitt sammanhang. Calgarymodellen ses som ett bra redskap för distriktssköterskan när det gäller att se familjen i sitt sammanhang och kan därigenom bidra till att familjen får rätt stöd och hjälp utifrån sina behov. Synen på familjen enligt modellen



utgår från tre dimensioner; den strukturella, den utvecklingsmässiga och den funktionella. Genom den strukturella dimensionen får distriktssköterskan en bild av patienten, närstående, hemmiljön, etnisk tillhörighet och religion. Den utvecklingsmässiga dimensionen speglar familjen i sin livssituation och livs förändring de genomgår exempelvis när en familjemedlem blir svårt sjuk. Den funktionella dimensionen beskriver aktiviteter i det dagliga livet och problemlösningar i familjemönstret t.ex. att vårda en svårt sjuk familjemedlem i hemmet. Det kan vara viktigt för de närstående att synliggöra sina resurser och ge dem positiv respons i den situation de befinner sig i.

Distriktssköterskan (31) har en viktig roll i att lyssna på närståendes upplevelser och normalisera och bekräfta deras reaktioner. Calgarymodellen blir på så sätt en hjälp för distriktssköterskan att se närstående/familjen i sitt sammanhang och ger möjligheter till att bistå med rätt stöd som utgår från deras behov (31). Enligt Wright och Leahey (4) behöver distriktssköterskan samla relevant information och göra en fullständig bedömning tillsammans med familjen utan förutfattade meningar, i annat fall fungerar inte Calgarymodellen (32). Calgarymodellen förespråkar att se familjen i sitt rätta sammanhang för att på så sätt få kännedom om deras livssituation (4, 30, 31).

## **Problemområde**

Allt fler svårt sjuka patienter med cancer väljer att vårdas i hemmet under sin sista tid i livet och vid vård i hemmet intar ofta närstående en nyckelroll (6). Distriktssköterskan har en central roll när det gäller vård av sjuka i hemmet och stöd till närstående (17). Det är viktigt att vårdpersonal kan visa empati och vara lyhörda samt kan tolka vad de närstående och patienter uttrycker för att på bästa sätt kunna hjälpa och stödja i deras situation (24). Tidigare forskning belyser hur patienten och närstående upplever bemötandet från vårdpersonal (9 - 12). Några studier har hittats om distriktssköterskans vård av cancerpatienter i hemmet och mötet med närstående (5, 32). Ingen svensk studie beskriver distriktssköterskans upplevelser av att möta närstående vid vård av cancersjuka patienter i hemmet. Det är därför viktigt att undersöka distriktssköterskor som arbetar nattsift omkring deras upplevelser av att möta närstående till cancersjuka patienter som vårdas i hemmet. Något som kan leda till ökad förståelse för de närståendes situation och ett förbättrat stöd och hjälp.

## **Syfte**

Syftet med denna studie var att utifrån distriktssköterskor som arbetar nattsift och deras berättelser beskriva upplevelser av att möta närstående till cancersjuka patienter som vårdas i hemmet.

## **Frågeställning**

Hur upplever distriktssköterskor som arbetar nattsift mötet med närstående till cancersjuka patienter som vårdas i hemmet?

## **Metod**

### **Design**

Studien hade en kvalitativ ansats med beskrivande design.

### **Urval och undersökningsgrupp**

Bekvämlighetsurval "convenience sampling" enligt Polit och Beck (33) användes som urvalsmetod i studien. Detta innebar att tillgängliga distriktssköterskor inom primärvårdens jourverksamhet och som uppfyllde inklusionskriterierna erbjöds att delta i studien.

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att distriktssköterskorna skulle ha arbetat minst ett år som distriktssköterska och möta närstående till cancersjuka patienter som vårdas i hemmet i sitt arbete. Det var viktigt att få en så stor spridning som möjligt när det gällde distriktssköterskornas ålder och antal arbetade år inom cancersjukvården (33). Urvalet bestod av tio distriktssköterskor med anställning i primärvårdens jourverksamhet i ett län i Mellansverige. Samtliga distriktssköterskor som anmälde sitt intresse att delta i studien genomförde intervjuerna, inga bortfall. De hade arbetat mellan 1 och 20 år som distriktssköterska. Ingen deltagare i studien hade några poäng i palliativ vård endast enstaka utbildningsdagar inom området. Samtliga deltagare i studien var kvinnor och arbetade natt, deras ålder varierade mellan 35 och 65 år.

## **Datainsamlingsmetod**

Kvalitativ ansats innebär insamling av kunskap i syfte att nå en djupare förståelse av problemet (34). Datainsamling har skett genom att intervjuer har bandats och därefter transkriberades texterna ordagrant (33). Intervjuerna inleddes med bakgrundsvariabler. Bakgrundsvariabler som ingick i frågeguiden var: ålder, kön, utbildningsår, antal år som distriktssköterska samt palliativ utbildning. Vad var det som inverkade på ditt val av specialistutbildning, att du valde distriktssköterska? Trivs du med ditt yrkesval?

Sedan följde öppna frågor med fokus på distriktssköterskans upplevelser av att möta närstående i hemmet hos cancersjuka patienter. Distriktssköterskorna berättade fritt om sina upplevelser. Frågorna som ställdes till deltagarna var; ”Berätta om dina upplevelser i ett bra möte med någon närstående till en cancerpatient?” ”Varför tror du att det var ett bra möte?” ”Berätta vad du anser att ett bra möte är?” ”Berätta om dina upplevelser i ett möte med någon närstående till en cancerpatient som inte känts så bra?” ”Varför tror du att mötet inte blev bra?” ”Är dina upplevelser att du kunde gjort på något annat sätt?” ”Vad kännetecknar ett möte som inte känts bra?” ”Hur gör du för att upprätta förtroende mellan dig och närstående i hemmet?” ”Hur är dina upplevelser om att räckta till för de närstående?” ”Vad upplever du som distriktssköterska att de närstående förväntar sig av dig?”. ”Är det något du saknar i din utbildning som skulle kunna vara till hjälp i mötet med närstående i hemmet till en cancerpatient?” ”Upplever du att du har helhetsbilden av patientens och de anhörigas situation?” ”Känner du dig trygg att möta de närståendes tankar och funderingar?” Samtliga intervjuer avslutas med frågan; ”Är det någonting annat du skulle vilja tillägga?” En sådan avslutande fråga kan framkalla viktig information, enligt Polit och Beck (33).

## **Tillvägagångssätt**

Ansökan om tillstånd att göra studien inhämtades från verksamhetschefen och ett informationsbrev om studiens syfte skickades till vårdenhetschefen. I brevet gjordes en förfrågan om intervjuerna kunde få ske på arbetstid.

Vårdenhetschefen ombads tillfråga distriktssköterskor i verksamheten som uppfyllde urvalskriteriet. I brevet framgick att intervjuerna spelades in på band och att de som deltog i studien kunde avbryta sitt deltagande när de ville. De tillfrågade som ville delta i studien

kontaktades av författaren via e-post eller telefon. Författaren gav då också muntlig information om studiens tillvägagångssätt och studiens syfte. Tid och plats bestämdes av den intervjuade. Platsen för intervjuerna var i samtliga fall i ett ostört rum på distriktssköterskornas arbetsplats. Valet av miljö vid intervjutillfället är av yttersta vikt, enligt Polit och Beck (33). En provintervju genomfördes för att ge struktur åt genomförandet och för att testa intervjufrågorna. Provintervjun skulle ge författaren möjlighet att eventuellt justera frågeguiden, vilket dock inte behövdes. Varje intervju pågick ungefär 45-60 minuter. Intervjuerna genomfördes av författaren under våren 2008. Intervjuerna behandlades konfidentiellt och förvarades inlåsta, endast författaren hade tillgång till materialet. Datainsamlingen genomfördes på ett systematiskt sätt så att objektivitet och neutralitet i materialet behölls, enligt Graneheim och Lundman (35).

## **Dataanalys**

Författaren har använt kvalitativ innehållsanalys i olika steg för att analysera insamlad data, enligt Graneheim och Lundman (35). Författaren började analysen med att lyssna på de inspelade intervjuerna. Sedan transkriberades det inspelade materialet ordagrant och lästes igenom ett flertal gånger. På så sätt skapade författaren sig en helhetsbild av materialet. Materialet behandlades konfidentiellt och tilldelades en sifferkod.

Texten delades in i meningsbärande enheter, dvs. ord, meningar och stycken som har samma innehåll eller mening. Därefter kondenserades de meningsbärande enheterna, vilket enligt Graneheim och Lundman (35) innebar att de meningsbärande enheterna kondenseras utan att förändra innebörden av ursprungstexten, som sedan abstraheras till koder.

Koderna jämfördes för att identifiera olikheter och likheter. Slutligen efter noggrann bearbetning och reflektion av materialet sorterades koderna till subkategorier och kategorier (Tabell 1). Under bearbetningen har justeringar gjorts av subkategorier och kategorier ett flertal gånger. Citat har lyfts fram för att beskriva vad distriktssköterskorna har uttryckt och som belyser kategorierna som framkommit i det bearbetade materialet (36) och som även styrker trovärdigheten i studien, enligt Graneheim och Lundman (35).

Tabell 1. Exempel på analysprocessen

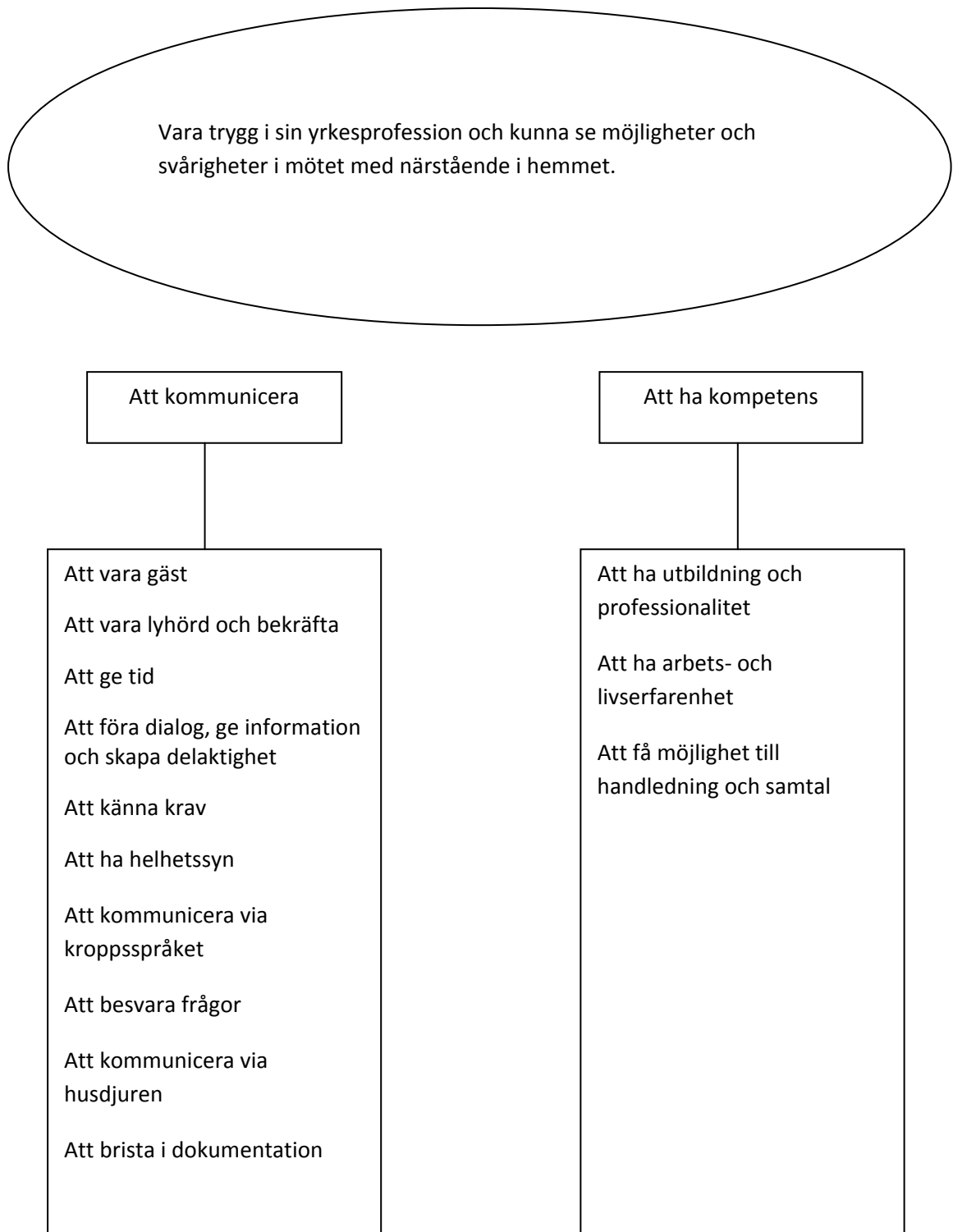
Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Subkategori	Huvudkategori
...jag brukar se de närstående i ögonen och ha ögonkontakt med dem.....	Se de närstående i ögonen	Ögonkontakt	Att kommunicera via kroppsspråket	Kommunikation
...jag brukar tänka på att jag är "gäst" när jag kommer till patientens hem och låta familjen bestämma hur det ska vara...	Vara "gäst" i patientens hem	Gäst	Att var "gäst"	Kommunikation

### Forskningsetiska överväganden

Eftersom den här studien vänder sig till distriktssköterskor har ingen ansökan till Forskningsetiska rådet gjorts eftersom det är personal som kommer att intervjuas. Brev med information om studien skickades till verksamhetschefen och till vårdenhetschefen. När verksamhetschefen godkände studien delade vårdenhetschefen ut bifogade brev med information om studien till distriktssköterskorna. Endast de som frivilligt ville delta i studien kontaktade författaren. I brevet fanns även information om att deltagarna när helst kunde avbryta sitt deltagande i studien. Deltagarna kunde uppleva oro för identifiering och för att utlämna sina upplevelser, därför informerades deltagarna i brevet att intervjuerna behandlas konfidentiellt, så att ingen enskild person kommer att kunna identifieras i studieresultatet (37). Det är också viktigt att intervjuaren har ett förhållningsätt som gör att situationen känns bekväm för den som blir intervjuad. Den intervjuade valde tid och plats för intervjun. Endast författaren har haft tillgång till de inspelade intervjuerna som förvarats inlåsta, kodade och raderas efter att studien är avslutad.

## Resultat

Resultatet presenteras i löpande text, utifrån de kategorier som framkom vid analysen. De två kategorierna var; *Att kommunicera och Att ha kompetens*. Kategorierna beskriver viktiga upplevelser och iakttagelser som distriktssköterskorna upplevt i samband med möten i patientens hem med de närstående. Under varje kategori presenteras subkategorierna och för att tydliggöra och stärka trovärdigheten av resultatet har citat från intervjuerna lagts till. Utifrån de två kategorierna framkom temat; *Vara trygg i sin yrkesprofession och kunna se möjligheter och svårigheter i mötet med närstående i hemmet*, se figur 1.



Figur 1. Tema, kategorier och subkategorier

## **Att kommunicera**

Kategorin ”Att kommunicera” framkom från tio subkategorier och beskriver distriktssköterskornas upplevelser av viktiga faktorer som påverkar kommunikation med närstående i hemmet.

Subkategorierna som framkom var; *att vara gäst, att vara lyhörd och bekräfta, att ge tid, att föra dialog, ge information och skapa delaktighet, att känna krav, att ha helhetssyn, att kommunicera via kroppsspråket, att besvara frågor, att kommunicera via husdjuren, och att brista i dokumentation.*

### *Att vara gäst*

Samtliga deltagare beskrev att det var viktigt att agera som gäst vid hembesöken hos patienten och de närstående. De beskrev vikten av att alltid börja med att presentera sig och att alltid ta av sig ytterkläder och skor. De upplevde att närståendes första intryck av distriktssköterskans besök i hemmet speglade den fortsatta kontakten. Deltagarna upplevde att de närstående uppfattade det som om att distriktssköterskan hade gott om tid för besöket när ytterkläderna togs av, jämfört med om ytterkläderna inte togs av. Om distriktssköterskorna satt ner istället för att stå och prata hade de upplevelser av att de närstående uppfattade besöket som mindre stressat.

*”...vi tog av oss ytterkläderna och satte oss ner 10 minuter och pratade med väninnan, när vi gick sa hon; tack för att ni tog er tid...och då hann vi bara varit där i 10 minuter..skulle vi haft ytterkläderna på och stått bredvid henne och pratat har hon nog inte haft samma uppfattning...”*

De beskrev vidare att de försökte anpassa sig efter de närståendes önskemål så lång det var möjligt. Att alltid fråga dem om lämplig plats att vara på vid t.ex. beredning av infusion, så att det inte utfördes på ett olämpligt ställe. Distriktssköterskorna beskrev egenskaper som ”känna av situationen” och ”ha fingertoppskänsla”. Dessa egenskaper ansåg deltagarna i studien är något personer har medfött och ingenting som personen kan studera till.

*”...man kände att de närstående blev glada när vi lät dem visa hur de ville ha det med allt material. Patienten låg nere men de närstående ville att materialet skulle förvaras uppe, så*



*att inte alla gäster såg allt sjukvårdsmaterial, osmidigt för oss, men vi var ju gäster och fick anpassa oss.”*

#### *Att vara lyhörd och bekräfta*

En distriktssköterska i studien ansåg att det var svårt att vara lyhörd och hade svårt att sätta ord på vad lyhörd var. De övriga deltagarna i studien ansåg att vara lyhörd var en egenskap som distriktssköterskan måste ha i sitt arbete i hemsjukvården och vid mötet av närstående. Vidare beskrevs att vara lyhörd kunde vara att observera de närståendes behov och känslor och att även visa empati. Distriktssköterskornas upplevelser var att ibland behövdes förmågan att ”läsa mellan raderna” att se de närståendes behov. Upplevelsen är att många närstående inte ville besvara fast behov fanns, då var det bra att kunna observera och finnas till hand vid behov. Att vara lyhörd och försöka fånga upp behov som närstående hade upplevde distriktssköterskorna att de var bra på.

*”...dottern sa inget men jag såg på hennes ansiktsuttryck att nu måste jag ta över....”*

*”...närstående sa inget men vi kände att vi kom för tidigt, nästa natt kom vi på avtalad tid.”*

Samtliga distriktssköterskors uppfattning var att alla närstående ville bli bekräftade på ett eller annat sätt. Att tidigt försöka etablera en god kontakt med närstående upplevdes viktigt. Att komma ihåg de anhörigas namn var ett sätt och att ge dem bekräftelse genom ögonkontakt var ett annat sätt. Ibland upplevde distriktssköterskorna sig obekväma och osäkra för att bemöta närstående i vissa situationer, de saknade utbildning för bemötande och hur de skulle bekräfta de närstående i den aktuella situationen.

*”...det händer att jag känner mej helt tom och vet inte hur jag ska svara närstående, jag blir bara nervös...”*

I stressade situationen ansåg de närstående att de blev dåligt bekräftade, eftersom tidsbristen innebar fokus på enbart patienten. Några deltagare tyckte att det var viktigast att patienten var i fokus i stressade situationer medans andra deltagare ansåg att den tiden som det tar att bekräfta de närstående var så liten och betydde så mycket för de närstående. När samtliga i familjen blev bekräftade blev hembesöket av en positiv karaktär och distriktssköterskorna

upplevde tillfredsställelse. Att ge tid upplevdes av distriktssköterskorna som den bästa åtgärden för att bekräfta närstående.

*”...ibland när jag kommer ut från ett hembesök kan jag uppleva dåligt samvete för att jag inte tog mig tid med närstående i familjen, men jag känner mig så obekvämlig...”*

#### *Att ge tid*

Tiden var något som betonades av deltagarna, de upplevde att de ofta hade tid på natten för att bemöta närstående. Samtliga distriktssköterskor upplevde att det fanns utrymme och tid för att bemöta närstående utifrån deras behov. Vidare beskrev de att det var också den viktigaste aspekten med att arbeta som distriktssköterska på natten, att det nästan alltid fanns tid för att ge bra bemötande. Samtliga distriktssköterskor i studien hade tidigare arbetat dagtid som distriktssköterska. På natten ges tillfälle för de närståendes tankar och funderingar och det blir en lugnare atmosfär i hemmet jämfört med på dagen. Om patienten sover på natten så fanns det utrymme för de närstående att tillåta sig känna efter och ställa frågor.

Distriktssköterskorna upplevde det som positivt att tillsammans med de närstående kunna gå till en avskild plats i hemmet och prata. Den här tiden tillsammans med närstående upplevde de som en tillgång i att ”ge tid” och de upplevde också att de närstående kände trygghet, samhörighet och tillit till dem.

*”...det kändes så bra att kunna ge familjen tid för samtal, jag tror det betydde väldigt mycket för att stärka dem i deras jobbiga situation. Vi satt 30 minuter vid köksbordet tror jag...och jag tror att de upplevde att vi gav dem all vår tid, den natten.”*

*”...patienten skulle till sjukhuset på...typ någon undersökning och frun var helt upprörd när vi kom. Vi satt ner tillsammans med frun och förklarade hur undersökningen skulle gå till och vilken tid hon skulle beställa transport dagen därpå När vi sedan lämnade familjen var frun lugn och trygg, för att vi gav henne det enklaste men något som är väldigt uppskattat, tid.”*

#### *Att föra dialog, ge information och skapa delaktighet*

Distriktssköterskorna upplevde att bra möten var när de tidigt kunde etablera god kontakt, en bra dialog med de närstående. När familjen hade en grundtrygghet och de kände varandra väl

i familjen så var respondenternas upplevelser att det gick lättare och fortare att etablera kontakt. Om de närstående var välinformerade och hade haft tid att förankra tidigare information, upplevde distriktssköterskorna att det var lättare att kommunicera med närstående. De närstående var också öppna för ytterligare information som kunde handla om vad patienten behövde för att uppleva livskvalitet och vart de närstående skulle vända sig om de ville fråga något.

Distriktssköterskorna upplevde att många närstående oftast ville vara delaktiga i hela vårdssituationen, men det fanns också närstående som inte ville vara delaktiga. En viktig uppgift för distriktssköterskorna som besöker hemmet var att ”känna” in hur de närstående vill ha det.

*”...jag erbjuder alltid närstående att delta i vårdarbetet kring patienten...om intresse finns...men jag är väldigt lyhörd för att förstå om de närstående vill eller inte vill...här får de närstående inte känna några krav...bara möjligheter...”*

Det beskrevs också i studien att de närstående kunde ändra sitt beslut att vilja vara delaktiga och välinformerade till att vilja hålla sig i bakgrunden och inte få så mycket information, distriktssköterskorna upplevde att de måste vara observanta på närståendes signaler.

När distriktssköterskorna i arbetslaget var överrens så leder det ofta till bra möten hos de närstående. Tydliga kvalitetssäkrade arbetsbeskrivningar upplevde distriktssköterskorna i studien som positivt för att det underlättade arbetet och möten med närstående och patient.

Deltagarna upplevde att om de uppfyllde de närståendes önskan, respekterade dem gav dem hela sitt stöd, för att de skulle orka med sin situation, så resulterade det ofta till bra möten.

*”...när det är bra möten har jag en dialog med de närstående och när jag upplever mindre bra möten då blir det ofta en monolog...”*

*”...att kliva ut genom familjens dörr och känna att det här blev ett bra möte med de närstående, känns i hela kroppen...”*

Distriktssköterskorna upplevde att närstående fick mycket information dagtid, provsvar, hembesök, hjälpmedel, telefontid till doktorn och vänner som kom och gick, ibland blev det för mycket information att sortera för de närstående. Därför kunde de närstående vara upprörda och distriktssköterskorna kände att allt inte blev till belåtenhet pga. för mycket

information. Ibland kunde det också bero på att närstående var fel informerade och hade fått olika information i samma fråga vilket distriktssköterskorna i studien upplevde kunde komma fram på natten vid patientbesöket. Distriktssköterskorna gav tid till närstående om möjligt och hjälpte dem att sortera informationen.

*”...anhöriga kan ibland skälla och vara arga på oss utan anledning, vi kan ju inte bota patienterna, fast man skulle önska det. Vi kan göra mycket men inte allt”*

*”...varför knackar ni på och väcker mig nu..har inte ni fått meddelande om att Elsa har åkt till sjukhuset i morse och inte ska ha något dropp i natt...”*

#### *Att känna krav*

Distriktssköterskorna i studien upplevde ofta frustration när närstående ställde orimliga krav, krävde mycket på kort tid och var arga.

Några distriktssköterskor beskrev att upplevelsen av kränkande behandling från de närstående var påfrestande samt svårt att bearbeta på egen hand. Några distriktssköterskor upplevde att det var arbetsamt att bära de närståendes frustration.

Deltagarna upplevde också en frustration att hamna emellan patientens önskan och de närståendes åsikter

*”...ta bort droppet sa dottern och blev ganska arg, jag upplevde ett etiskt dilemma....”*

*”...jag upplever frustration när mina kollegor och jag jobbar åt olika håll, patienten och familjen tycker jag måste stå i fokus..”*

#### *Att ha helhetssyn*

I studien framkom att distriktssköterskorna måste ha en helhetssyn till både patient och närstående för att kunna ta tillvara t.ex. kulturella behov.

Distriktssköterskorna upplevde att om de hade en helhetsbild av familjens situation och var lyhörda och tolkade närståendes signaler, visade empati, lyssnade och observerade situationen

och mötte de närstående där de befann sig just då, så blev det ofta en positiv relation med de närstående.

*”...hm, ja, jag minns en familj vi skulle gå hem till. Distriktssköterskan från hälsocentralen ringde och rapporterade familjens speciella situation och dessutom var det tydligt dokumenterat, det var så himla skönt att möta den familjen för jag kände mig så påläst och det vart ett bra besök...hade jag inte haft helhetsbilden hade jag hamnat i ett etiskt dilemma den gången...”*

*”...ibland vill jag läsa på lite om det är närstående från en annan kultur, så jag vet hur jag ska förhålla mig och det är viktigt att ha helhetsbilden för att kunna ge god omvårdnad, tycker jag.”*

#### *Att kommunicera via kroppsspråket*

I studien framkom det att samtliga deltagarna upplevde att kroppsspråket var viktigt. De beskrev att orden kunde få en annan mening om man samtidigt tolkade in kroppsspråket. De närstående kan säga en sak men kroppsspråket visar något annat, distriktssköterskorna beskrev betydelsen av att kunna möta de närstående och tolka in deras egentliga budskap genom att lägga ihop ord och kroppsspråk, upplevdes som en värdefull tolkning. Beröring var ett annat begrepp som distriktssköterskorna i studien upplevde som viktigt. Några distriktssköterskor upplevde att bara med hjälp av att lägga sin hand på en närståendes axel, så kan det ibland säga mer än en verbal kommunikation. Ögonkontakten beskrevs i studien som ett hjälpmedel att kommunicera. Många distriktssköterskor beskrev att de ofta använder ögonkontakt i en tyst dialog med de närstående speciellt när patienten vistas bredvid.

*”...maken sa det är bra nu...men vi såg att det var inte bra så vi stannade en stund till...”*

*”...när vi skötte maken tittade frun på mej och med hjälp av ögonkontakt så förstod jag att hon var med på noterna...”*

### *Att besvara frågor*

Samtliga distriktssköterskor som deltog i studien upplevde att de närstående har mycket frågor och att alltid ha svar på närståendes frågor var betungande ibland. En deltagare upplevde att panikkänslor fyllde henne när hon ställdes inför de närståendes frågor.

Upplevelsen av att känna sig trängd och inte kunna ha svar på frågorna gjorde distriktssköterskan osäker. De flesta distriktssköterskor upplevde att de svarade så gott de kunde på närståendes frågor och det man inte visste tog man reda på. Samtliga var överens om att det var ett måste att vara ärlig och säga, jag vet inte, om man inte vet, däremot upplevde distriktssköterskorna att det var viktigt att ta reda på svaret och återkommer så snart de hade någon information.

Samtliga distriktssköterskor i studien upplevde att närstående hade många fler frågor, tankar och funderingar på natten jämfört när de arbetade på dagen. Upplevelsen från respondenterna var att då var det lugnt för patienten och det gavs utrymme för de närstående att gå undan på ett ostört ställe och fråga, frågor som de inte skulle göra i patientens närvaro. Detta upplevdes som tillfredsställande av distriktssköterskorna i studien att ge den tiden till de närstående.

*”...de brukar frågor om läkemedel och varför de heter si och så...jag tar reda på det. Men jag är alltid ärlig och säger att jag inte vet om jag inte vet...”*

*”...när vi kommer på natten vill de prata en stund ostört medan patienten sover i lugn och ro, jag tror att stunden är lika viktig för de närstående som svaren på deras frågor ...”*

### *Att kommunicera via husdjuren*

I studien framkom deltagarnas upplevelser av husdjur hos familjen. Det var ofta en bra start på en naturlig dialog med de närstående, att samtala om husdjuren. Att direkt ha något att samtala om upplevde flertalet distriktssköterskor i studien som befriande och lättsamt.

Deltagarna upplevde att i de familjer som det fanns husdjur så mådde de närstående bättre. De var oftare i bättre psykisk balans, jämfört med närstående utan husdjur i liknande hemsituation. Tolkningar gjordes i studien av respondenterna som t.ex. hundägare måste gå ut och promenera med sin hund och därför kanske de mådde bättre. Upplevelsen av att de närstående mådde bättre berodde kanske på att de tvingades gå ut och tänka på något annat en

stund och att husdjuren i familjen kunde fungera som en bro i mötet mellan distriktssköterskan och de närstående.

*”...anhöriga vart så glada när vi lekte med hunden, då sken det upp i deras ansikten. I ett hem fullt av förtvivlan kunde förändras av denna lilla hund som spred glädje...och vi kunde bemöta de närstående på ett mycket bra sätt. Det blev en naturlig inkörsport till dialog. En gång när vi var där och satt kateter så tog hunden påsen och stack, då blev det skratt för oss alla...”*

*”...han var så tyst och blyg? Men tack vare familjens hund fanns det alltid ett aktuellt samtalsämne och då pratade han hur länge som helst...”*

#### *Att brista i dokumentation*

I studien framkom att några distriktssköterskor upplevde att det ibland var brister i dokumentationen. Deltagarna upplevde att en del kollegor endast dokumenterade akuta åtgärder hos patienten och viktig information om närstående dokumenterades aldrig eller rapporterades sällan emellan dag och natt personal. Ibland var det även brister i informationen emellan olika vårdgivare. Distriktssköterskorna ansåg att en hel del frågor och onödigt lidande för de närstående skulle kunna minskas om dokumentationen var mer fullständig.

*” Jag kände mej jätte dum och oprofessionell när jag frågade ....hade det varit dokumenterat...skulle jag inte behövs fråga och utsatt de närstående för den onödiga frågan...”*

*” Jag tog med mej informationsbroschyrer till de närstående och gjorde ordning lite information om oss och vilka telefonnummer de kunde nå oss på...när jag överlämnade foldern, så hade de närstående redan fått den informationen...tänk om det hade dokumenterats att de närstående hade fått den informationen, då hade jag sparat tid och inte behövt känt mej dum inför de närstående.”*

Deltagarna upplevde ofta att de inte hade helhetsbilden av familjens situation pga. bristande dokumentation under dagtid. Vidare att mindre bra möten skulle kunna minimeras om dokumentationen utfördes bättre.

## **Att ha kompetens**

Kategorin ”Att ha kompetens” framkom från tre subkategorier och beskriver distriktssköterskornas upplevelser av faktorer för att känna sig trygg i sin yrkesprofession vid mötet av närstående i hemmet.

Subkategorierna som framkom var; *att ha utbildning och professionalitet, att ha arbets- och livserfarenhet och att få möjlighet till handledning och samtal.*

### *Att ha utbildning och professionalitet*

Samtliga distriktssköterskor ansåg att det hade varit för lite fokus på närstående under deras distriktssköterskeutbildning. De flesta saknade ”verktyg” i att förhålla sig till närstående och upplevde att kunskap gav trygghet. Flertalet distriktssköterskor i studien hade en äldre utbildning, de examinerades för ca 1-20 år sedan.

*”...jag önskade att jag kunde förstå hans utbrott och reaktion bättre...”*

Om de upplevde att det fanns en konflikt i familjen var det svårt att vara professionell och neutral. Det fanns distriktssköterskor som tog ställning i de olika lägren i familjen. Andra respondenter ansåg att det ingick i deras yrkesprofession att vara neutral och vara professionell gentemot patient och anhörig. Ett dilemma kunde uppstå när upprepade hembesök gjorts hos patienten och de närstående över en lång tid och de blivit som ens vänner då var det flera distriktssköterskor som upplevde att de inte längre var professionella i sitt yrke.

*”Om jag hade mer kunskap om hur jag skulle förhålla mig till närstående så kanske jag inte skulle var så nervös i mötet med anhöriga...”*

Distriktssköterskor ansåg att de i yrkesprofessionen måste ha förståelse för de närståendes situation och agerande. De närstående är väldigt utsatta och utlämnade i sin situation därför behöver alla närstående mötas med respekt av personalen i hemsjukvården. Egenskaper som att vara neutral och professionell för att visa respekt ansågs viktigt. Distriktssköterskornas personliga värderingar bör inte påverka mötet med de närstående. En distriktssköterska upplevde att det var svårt att inte säga vad hon ansåg och hade svårt att inte delge sina egna värderingar till de närstående.



*” Självt tyckte jag att frun körde med sin man i onödan så sjuk var hon inte, det skulle nog bara gjort henne gott att röra sig lite....”*

Distriktssköterskorna i studien upplevde att de måste vara trygga i sig själva och ha bearbetat sin egen död, för att kunna bemöta de närstående på ett professionellt sätt. Många deltagare upplevde att det krävs en öppen grundinställning till människor för att kunna hantera alla människor och behandla dem med lika värde.

*” att ha tänkt på sin egen död och att vara bekväm med den tanken , tror jag underlättar när vi möter närstående och patienter i den situationen. Några säger om vi dör men jag tycker man skulle säga när vi dör, det är mest naturligt...”*

I studien fanns det distriktssköterskor som ibland kände sig otrygga och osäkra i mötet med närstående. En av dem upplevde rädsla när de stod utanför dörren och skulle gå in och möta närstående. Att möta patienten och utföra planerade åtgärder var tryggt men att konfronteras med närståendes tankar och funderingar upplevdes ibland som ett stress moment.

*” jag saknar ofta verktyg för att känna mig bekväm med alla möjliga frågor och upplevelser jag konfronteras med...”*

#### *Att ha arbets- och livserfarenhet*

En deltagare beskrev upplevelsen av att aldrig känna sig trygg i sitt arbete, hennes egen rädsla för döden beskrev hon som begränsande för att utföra arbetsuppgifterna på ett adekvat sätt. Distriktssköterskan upplevde att hon saknade personliga egenskaper för att hantera vissa situationer under sitt arbetspass.

*” jag har aldrig fått lärt mig i någon utbildning hur jag ska hantera döden, dessutom är jag själv rädd för att jag själv eller någon i min omgivning ska dö...jag blir nervös när jag ska möta närstående till någon döende patient...”*

Distriktssköterskorna upplevde att yrkeserfarenhet och livserfarenhet var en ovärderlig kunskap och efter många år som distriktssköterska upplevde de sig själva som ganska trygga. Flera deltagare i studien upplevde okunskap när det gällde kulturella yttranden från närstående, svårigheter att kommunicera pga. språkliga skillnader och om det inte fanns någon kunskap om de närståendes kultur så var det svårt att tolka kroppsspråket eller den icke

verbala kommunikationen. Distriktssköterskorna önskade utbildning i kulturella olikheter och behov eftersom det finns många olika kulturer i hemsjukvården idag.

*”...efteråt förstod vi att vi skulle suttit tillsammans med de närstående runt den avlidne för att visat respekt för deras döde far...”*

*”...när jag tog i hand och hälsade på frun blev hon kränkt, i deras kultur tar man inte i hand, tänk om jag vetat, en sådan liten grej kan ha betydelse för upplevelsen av besöket...”*

### *Att få möjlighet till handledning och samtal*

Flera distriktssköterskor upplevde brist på forum för att kunna diskutera och utbyta erfarenheter med sina kollegor och deras upplevelser var att det inte prioriterades idag.

*”...jag skulle så gärna diskutera upplevelser av olika problem i hemmet med kontakten med de närstående, jag är övertygad om att vi skulle ha mycket att vinna på sådana diskussionsforum.”*

*”..ibland kan man känna att så här tänker bara jag, det skulle vara så skönt att dela erfarenheter med mina kollegor...”*

Handledning skulle upplevas som ett sätt att få hjälp att hantera olika situationer som respondenternas ställs inför i hemsjukvården och det var samtliga distriktssköterskors som deltog i studiens uppfattning.

## **Diskussion**

### **Huvudresultat**

Syftet med studien var att utifrån distriktssköterskor som arbetar nattsift och deras berättelser beskriva upplevelser av att möta närstående till cancersjuka patienter som vårdas i hemmet.

Utifrån resultatet av intervjuerna framkom två kategorier *Att kommunicera* och *Att ha kompetens*. Dessa kategorier bildade temat; *Att vara trygg i sin yrkesprofession och att kunna se möjligheter och svårigheter i mötet med närstående i hemmet*.

Distriktssköterskorna upplevde att de har en viktig roll i att bemöta och bekräfta närstående och att vara lyhörd för att kunna uppmärksamma och försöka förstå de närståendes behov. Distriktssköterskorna betonade vikten av att förhålla sig som ”gäst” i patientens hem, vilket framkom som viktigt för att visa respekt för familjen. Det upplevdes vara angeläget att ge ”tid”, var lyhörd, ha en helhetssyn, ge stöd och information till de närstående, något som bidrog till att de närstående upplevdes tryggare. Distriktssköterskorna upplevde att det var viktigt att observera och försöka förstå de närståendes kroppsspråk samt betydelsen av både verbal och icke verbal kommunikation. I mötet med de närstående, ingick också att besvara frågor så gott som de kunde. Distriktssköterskorna upplevde att det inte alltid var så enkelt att bemöta närståendes frågor och de kunde känna brister i sin egen kompetens. Ibland upplevdes det som om det saknades ”verktyg” för att hantera mötet på ett professionellt sätt med de närstående.

## **Resultatdiskussion**

Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att det var viktigt med bra kommunikation när det gällde mötet med närstående till cancersjuka. De upplevde att det var angeläget att försöka etablera en tidig kontakt för att kunna stödja de närstående på bästa sätt. Vikten av att etablera en tidig kontakt har också bekräftas i tidigare studier (16). Även Stoltz m.fl. (38) beskriver att det är centralt att skapa en relation och lära känna den närstående innan det går att ”nä” denne. Luker m.fl. (24) uppger att för att det ska bli en bra vårdssituation i hemmet så finns ett behov av att inte enbart lära känna patienten utan även familjen. För att bygga upp en bra relation ska kontakt knytas tidigt i förloppet (24).

I föreliggande studie upplevdes det nödvändigt att vara observant på signaler från närstående som kunde ge en indikation om hur de ville att personalen skulle förhålla sig. Det framkom att distriktssköterskorna reflekterade över att närstående också påverkades av patientens cancerbesked, inte bara den drabbade. Enligt Holmberg m fl. (39) samt Reitan och Schölberg (40) får närstående ofta skuld känslor av olika slag när de drabbas av cancerbeskedet och det kan i sin tur försvåra relationerna och påverka kommunikationen till den drabbade och andra. Om det fanns relationsproblem mellan patient och närstående före beskedet, blir oftast dessa problem större (39, 40). Distriktssköterskorna i föreliggande studie beskrev att de ofta fick vara en kommunikationslänk emellan patienten och närstående.

Samliga deltagare i föreliggande studie ansåg att de skulle förhålla sig som ”gäst” i patientens hem. Enligt distriktssköterskorna är de närstående i en väldigt utsatt position, och det är därför viktigt att möta närstående på ett respektfullt sätt. När en patient behandlas på en vårdavdelning är patienten och deras närstående gäster hos vårdpersonalen, men här beskrivs ett motsatt förhållande, att vårdpersonalen är ”gäster” i patientens hem.

Både närstående och personen som är drabbad av cancersjukdom befinner sig enligt Salander (41) i ett utsatt läge. För att undvika att närstående utsätts för allt för stora påfrestningar behöver vårdpersonalen ge dem verktyg till att bättre kunna hantera vårdsituationen i hemmet, anser distriktssköterskorna. Sådana verktyg är enligt Jullamate m.fl. (42) att ge information, skapa delaktighet och bistå med kunskap. I en svensk studie (43) från 2002 beskrivs att närstående kände att de bar på ett stort ansvar för omvårdnadsrutiner för den sjuke. De upplevde ofta oro inför situationen och framtiden. Närstående saknade någon att tala med och upplevde brist på stöd från vårdpersonalen (43). Distriktssköterskorna i föreliggande studie hade ambitionen att alla patienter och närstående skulle få ett bra bemötande och bli bekräftade, dock beskrevs att de upplevde att de saknade ”verktyg” i vissa situationer att bemöta närstående. Yrkeserfarenhet och livserfarenhet gav distriktssköterskorna en viss trygghet i att bemöta närstående, men samtliga upplevde att de hade en bristande kompetens när det gällde att hantera vissa situationer med närstående. De löste oftast alla situationer, men upplevde ändå att det skulle underlätta för dem och generera i bättre möten till närstående om de har kompetens i bemötande (43). Enligt Wright och Leahey (4) saknas ofta träning i bemötande av närstående inom den kliniska delen av utbildningarna. Wright (44) menar att kunskap om bemötande och ha vetskap om närståendes behov är viktigt för att vara trygg i sin yrkesprofession.

Att ge tid var något som betonades i föreliggande studie i syfte att skapa trygghet och tillit. Distriktssköterskorna upplevde att det fanns utrymme och tid under nattsiftet att bemöta närståendes tankar och funderingar. På natten är det en lugnare atmosfär i hemmet jämfört med på dagen. Vikten av att vara lyhörd för de närstående och ge möjlighet till stöd har framkommit i andra studier (9, 45).

I föreliggande studie fanns det en av tio distriktssköterskor som upplevde att hon inte var tillräckligt förberedd för att möta närstående i sorg. Att möta närstående som just förlorat sin

anhöriga, upplevdes svårt. Det beskrevs att egenskaper som, att vara trygg med sig själv och att ha gjort upp med sin egen död var egenskaper som underlättade bemötande med närstående i svåra situationer. I en engelsk studie (46) har dödsångest jämförts mellan hospice och akutsjuksköterskor och hur de hanterade den. Studien visade att hospice sjuksköterskor uppgav mindre dödsångest och mindre problem med att umgås med döende patienter jämfört med akutsjuksköterskor. Almås (25) lyfter fram att ju mer vårdpersonalen accepterar det faktum att alla kommer att dö en dag, desto mindre ångest kommer han/hon att uppleva i arbetet med lidande och döende patienter.

Att vara professionell i sin profession upplevde deltagarna i studien var viktigt och en del av det innebar att närstående kunde vara trygga och lita på att distriktssköterskorna gjorde sitt yttersta för patienten. Teno m.fl. (47) beskrev att motsatsen kan uppstå om den närstående kände sig tvungen att kontrollera att den sjuke fick en god vård. Närstående vill bli tagna på allvar, få tillgång till den information som de önskade och känna att de kunde fråga om allt (10). Att ge information till närstående om telefonnummer, arbetstider vilka yrkeskategorier som stod till tjänst med vad, upplevdes i föreliggande studie ge trygghet och en känsla av säkerhet till de närstående, vilket bekräftas i tidigare studier (31, 48 - 50).

Distriktssköterskorna i föreliggande studie uppmanade de närstående att ringa vid funderingar och berättade att de var till för dem, något som upplevdes vara till lättnad för de närstående. En studie av Stolt m.fl. (38) visade att när vårdpersonal fanns tillgänglig dygnet runt skapades trygghetskänslor. Distriktssköterskorna i föreliggande studie ansåg att de inte skulle lägga någon "börda" på de närstående när det gäller att göra olika vårdinsatser. Stolt m.fl.(38) beskriver att när närstående upplever att de vuxit in i rollen påtalar de själva om de vill hjälpa med någon vårdinsats (38).

Distriktssköterskorna påtalade brister i sin vidareutbildning bl.a. att det inte ingick någon utbildning i att bemöta närstående. Förändringar har gjorts i vidareutbildningen till distriktssköterska, författaren till studien jämför det med sin egen utbildning med examensår 2008 där familjefokuserad omvårdnad ingår. Författaren drar slutsatsen att utvecklingen går framåt, helheten i vårdandet lyfts fram och att det inte bara är patienten som är viktig utan hela familjen. En helhetssyn i vårdandet, där inte bara patienten ses som viktig utan hela familjen har betonats i annan litteratur (46). Egenskaper som närstående värdesätter hos vårdpersonalen är kompetens, kunskap och en värdig attityd mot patienten samt att de närstående vill bli bemötta med respekt och värdighet (40). Ett bra bemötande underlättar

kommunikationen i vårdkedjan och ger tryggare patienter och närstående och belastar troligen vården mindre. Calgarymodellen med familjefokuserad vård som utgångspunkt kan vara till hjälp för distriktssköterskan när det gäller att involvera närstående i vården av patienten (30, 51).

Författaren ser i framtiden att distriktssköterskorna blir den yrkesgrupp i vården som kommer att utveckla helhetssynen, eftersom de arbetar i hemsjukvården och möter ofta hela familjen. Hjälpen som närstående får är individuell och ingen situation är den andra lik (38).

Närstående betonar egenskaper som kompetens, respekt, värdighet hos vårdpersonalen (52).

Enligt Salander (41) är närstående till personer som drabbats av cancer utsatta för stor press och ofta känslan av hjälplöshet samt att de närståendes kroppsliga hälsa kan påverkas. I föreliggande studie påtalade distriktssköterskorna känslan av att känna krav från närstående, något som kunde skapa frustrationer. Resultaten i denna studie visar att inte bara patienten utan även den närstående och distriktssköterskan kan befinna sig i en svår situation. Det viktigt med stöd och handledning till distriktssköterskor så att de utvecklar trygghet i sin profession och förmågan att se möjligheter och svårigheter i mötet med närstående i hemmet. I föreliggande studie efterfrågade distriktssköterskorna kollegiala diskussionsforum för utbyte av erfarenheter, för att stärka i sin professionalitet och utveckla sin yrkesroll. Vårdpersonal har behov av att diskutera problem och situationer som uppstår i vården av cancersjuka patienter (53, 54).

## **Metoddiskussion**

För att få en djupare förståelse för distriktssköterskors upplevelser och för att besvara studiens syfte och frågeställning valdes en kvalitativ ansats med beskrivande design.

För att tydliggöra distriktssköterskors upplevelser valde författaren att intervjua istället för att t.ex. använda enkäter. Att använda intervjuer som datainsamlingsmetod ansågs mest lämpligt. Enligt Graneheim och Lundman (35) är det viktigt att välja den datainsamlingsmetod som är mest lämplig för att skapa trovärdighet. Med en enkät hade svaren blivit mer styrda jämfört med en intervju med öppna frågor. Urvalet av de intervjuade distriktssköterskorna skedde genom bekvämlighetsurval, fördelen med bekvämlighetsurval är att det är enkelt och bekvämt men risken finns att personer med viktig information inte kommer till tals.

Distriktssköterskorna intervjuades utifrån en frågeguide med öppna frågor och samtliga intervjuer avslutades med frågan ”Är det någonting du skulle vilja tillägga” en sådan avslutande fråga kan framkalla viktig information, enligt Polit och Beck (33). I föreliggande studie kom några att berätta angelägna upplevelser efter att bandspelaren stängs av och bandspelaren fick startas på nytt. Intervjuerna varade mellan 45-60 minuter.

Vid intervjutillfällena kan distriktssköterskorna ha påverkats negativt och ha känt stress, inför att bli inspelad på band. För att minska stressen så inleddes varje intervjutillfälle med att författaren och distriktssköterskan pratade en stund, för att skapa trygghet inför den ovana situationen (33). När deltagaren var redo startades en bandspelare och den intervjuade informerades återigen, att ”pausa” bandspelaren när så önskades.

Att inga manliga distriktssköterskor deltog i studien anser författaren vara en brist. Intressanta skillnader/likheter kanske skulle ha kunnat påvisas mellan manliga och kvinnliga distriktssköterskors upplevelser.

Kvalitativ innehållsanalys, enligt Graneheim och Lundman (35) valdes för att analysera och beskriva innehållet i intervjuerna. Graneheim och Lundman (35) anser att trovärdigheten bör granskas utifrån följande begrepp; giltighet ”*credibility*”, stabilitet ”*dependability*” och överförbarhet ”*transferability*”.

Med ”*credibility*” menas giltighet, och det uppnås i en studie genom att välja den lämpligaste metoden för datainsamling. Meningsbärande enheter, kategorier och teman som täcker insamlad data, så att inte relevant data tas bort eller att icke relevant data kommer med, är också viktigt för trovärdigheten. Hur likheter och skillnader mellan kategorierna bedöms är också en fråga om giltighet. För att förstärka resultatredovisningen så har representativa citat använts från den bearbetade texten (35). För att ytterligare stärka giltigheten har det ständigt en dialog mellan handledarna och medstudenter som varit med i processen från början, tills överenskommelser framkommit. Handledarna har läst tre intervjuer och tillhörande kondenserad text. Under hela processen har en öppen dialog förts mellan handledarna och författare.

Med ”*dependability*” menas stabilitet av data. I föreliggande studie har handledarna läst igenom tre hela intervjuer och medstudenterna har varit aktiva medbedömare i diskussionerna under våra gemensamma handledningsträffar. När materialet bearbetas tillsammans ökas giltighet och stabilitet enligt Graneheim och Lundman (35). Analysarbete genomfördes i anslutning till intervjuerna för att minska risken för olikheter.

Med ”*transferability*” menas överförbarhet. I föreliggande studie har urvalsmetod, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och analysprocess beskrivits så tydligt som möjligt för att öka överförbarheten till andra grupper eller områden (35). Resultatet har presenterats i subkategorier och kategorier tillsammans med passande citeringar.

### **Allmän diskussion**

Närstående till patienter som vårdas palliativt har stort behov av att bli bekräftade, sedda och få sina känslomässiga behov tillfredställda. När dessa behov kan tillgodoses upplever närstående trygghet och då kan det bli en bra kommunikation mellan distriktssköterskan och den närstående. Om närstående känner förtroende för distriktssköterskan underlättas det praktiska arbetet omkring patienten.

Det är också viktigt att distriktssköterskan får stöd i sin profession när det uppstår svåra situationer med närstående. Att delta i undervisning med fokus på bemötande, ingå i en stödgrupp eller ha stöd av en mentor för att bearbeta upplevelser och erfarenheter ses som nödvändigt. Att diskutera förhållningssätt tillsammans med kollegor är också viktigt, enligt författaren till denna studie. Dialogen är ett verktyg i syfte att stödja varje patient och närstående i deras specifika situation. Enligt Birtwistle m.fl. (32) har distriktssköterskan ett ansvar och en unik möjlighet att stödja sörjande närstående i deras hemmiljö i och med sina hembesök. Vårdpersonal behöver träna sin lyhördhet för att kunna hjälpa människan i hennes unika situation (50).

Senare tids forskning inom omvårdnad har fokuserat på patienter som en del i ett större sammanhang där de närstående synliggörs allt mer. Att de närstående mår bra är av stor betydelse för patientens välbefinnande (18-19, 52-54) och att distriktssköterskor får utbildning och stöd och kan upprätthålla ett engagemang i distriktssköterske yrket (55).



Utveckling av forskning inom detta område kan ske genom att intervjua närstående till cancerpatienter om deras upplevelser av att möta distriktssköterskor som arbetar nattsift, i hemmet. Samt att jämföra närståendes och distriktssköterskors upplevelser av mötet och bemötande i vårdsituationer t.ex. vad som är ett bra möte och vad som är ett mindre bra möte.

## Referenser

Davies B, Reimer JC, Markus N. Families in supportive care part 1, the transition of fading away the nature of the transition. *J Palliat Care* 1990; 6: 12-20.

1. Bjornsdottir K. From the state to the family: reconfiguring the responsibility for long-term nursing care at home. *Nurs Inq* 2002; 9: 3-11.
2. Sand L. Existential challenges and coping in palliative cancer care; experiences of patients and family members. *Support Care Cancer*.2008; 3: 11-38.
3. Wright L, Leahey M. Nurses and families – A guide to Family Assessment and Intervention. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005.
4. Griffiths J, Ewing G, Rogers M, Barclay S, Martin A, McCabe J. Todd C. Supporting cancer patients with palliative care needs: district nurses' role perceptions. *Cancer Nurs* 2007; 30: 156-162.
5. Ternstedt B-M. *Livet pågår! Om vård av döende FoU53*. Stockholm: Vårdförbundet; 1998.
6. *Norstedts Svenska Ordbok*. Norge: NordBook AS; 2007.
7. Glimelius G, Glimelius B. *Vård av cancersjuka*. Lund: Studentlitteratur; 1998.
8. Grov K. Död hemma –hvordan kan sygepleieren bidra til å fremme mulighet for personer med langt kommen kreft til å dø hjemme? *Vård i Norden* 1999;19: 4-9.
9. Proot I M, Abu.Saad H. Vulnerability of family caregivers in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Scand J Caring Sci* 2003; 17: 113-121.
10. Wennman- Larsen A, Tishelman C. Advanced home care for patients at the end of life; A qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scand J Caring Sci* 2002;16: 240-247.
11. Hudson P, Aranda S, McMurray N. Intervention development for enhanced lay palliative caregiver support- the use of focus groups. *Eur J Cancer* 2002; 11: 262-270.

12. Törnkvist L, Garduff A, Strender LE. Patients' satisfaction with the care given by district nurses at home and primary health care centres. *Scand J Caring Sci* 2000;14: 67-74.
13. Selin-Törnvist M. I behov av intensiv omvårdnad. Stockholm: Natur och Kultur; 1998.
14. Karne E, Rose MA. A qualitative analysis of the information needs of informal carers of terminally cancer patients *J Clin Nurs* 2001; 8: 81-88.
15. Roberts S, Black C, Todd K. The living with cancer education programme II. Evaluation of an Australian education and support programme for cancer patients and their family and friends. *Eur J Cancer Care* 2002;11: 280-289.
16. Sarvimäki A, Kalkas H. Omvårdnadsetikens grunder. Stockholm: Liber Utbildning; 1996.
17. Öhman M, Söderberg, S. District nursing – sharing an understanding by being present. Experiences of encounters with people with serious chronic illness and their close relatives in their homes. *J Clin Nurs* 2004; 13: 858-866.
18. Kuuppelomäki M, Sasaki A, Yamada K, Asakawa N, Shimanouchi S. Family carers for older relatives: sources of satisfaction and related factors in Finland. *Int J Nurs* 2004; 5: 497-505.
19. Benzein E, Saveman B-I (red). Att vara närstående till person som drabbas av ohälsa. Närståendes behov – Omvårdnad som akademiskt ämne III. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening; 2004.
20. Häggmark C (red). Att var närstående till person med cancer. Närståendes behov – Omvårdnad som akademiskt ämne III. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening; 2004.
21. Flanagan J. Clinically effective cancer care: working with families. *Eur J Oncol Nurs* 2001; 5: 174-179.
22. Abrahamsson BL. Demens omsorg och omvårdnad. Stockholm: Bonnier utbildning AB; 2003.

23. Luker KA, Austin L, Caress A, Hallett CE. The importance of knowing the patient: Community nurses constructions of quality in providing palliative care. *J Adv Nurs* 2000; 31: 775-782.
24. Almås H. *Klinisk omvårdnad*. Stockholm: Liber AB; 2002.
25. Hanson S. *Family health care nursing*. 3<sup>th</sup> ed. Philadelphia: F.A. Davis; 2005.
26. Weitzner MA, Jacobsen PB, Wagner HJ, Friedland J, Cox C. The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) scale: development and validation of an instrument to measure quality of life of the family caregiver of patients with cancer. *Qual Life Res* 1999; 8: 55-63.
27. Herbert RS, Schulz R. Caregiving at the end of life. *J Palliat Med* 2006; 9: 1174-1187.
28. Martinsen K. *Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano; 1989.
29. Wright LM, Leahey M. *Familjevård*. Lund: Studentlitteratur; 1998.
30. Kirkevold, M, Strömsnes Ekern K. *Familjen i ett omvårdnadsperspektiv*. Stockholm: Liber; 2003.
31. Birtwistle J, Payne S, Smith P, Kendrick T. The role of the district nurse in bereavement support. *J Adv Nurs* 2002; 38: 467-478.
32. Polit D, Beck CT. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
33. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.
34. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Edu Tod* 2004; 24: 105-112.
35. Kvale S. *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur; 1999.

36. SFS 2003:460. Lag om etikprövning av forskning som avser människor. Stockholm: Notisum AB 2008. Åtkomst 2009-04-24 från:  
<http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/20030460.htm>
37. Stoltz P, Lindholm M, Udén G, Willman A. The meaning of being supportive for family caregivers as narrated by registered nurses of working in palliative homecare. *Nurs Sci Q* 2006; 19: 163-173.
38. Holmberg SK, Scott LL, Alexy W, Fitc B. Relationship issues of women with breast cancer. *Cancer Nurs* 2001; 24: 53-60.
39. Reitan AM, Schölberg T. *Onkologisk omvårdnad*. Stockholm: Liber; 2003.
40. Salander P. *Den kreativa illusionen. Om cancersjukdom och anhöriga- och utsatthet och bemötande*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
41. Jullamate P, De Azereredo Z, Paul C, Subgranon R. Thai stroke patient caregivers: who they are and what they need. *Cerebrovas Dis*. 2006; 21:128-133.
42. Wennman Larsen A, Tishelman C. Advanced home care for cancer patients at the end of life; a qualitative study of hopes and expectations of family caregivers. *Scand J Caring Sci* 2002; 16: 240-247.
43. Wright K. Caring for the terminally ill: the district nurse's perspective. *Br J Nurs* 2002; 10-23; 11: 1180-1185.
44. Andershed B, Ternstedt BM. Involvement of relatives in the care of the dying in the different care cultures. Development of a theoretical understanding. *Nurs Sci Q* 1999; 12: 45-51.
45. Payne SA. A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *J Adv Nurs* 1998; 28: 700-706.
46. Teno JM, Casey VA, Welch LC, Edgman-Levitan S. Patient focused family centered end of life medical care. Views of the guidelines and bereaved family member. *J Pain Symptom Manage* 2001; 22: 738-751.
47. Mangan PA, Taylor KL, Yabroff KR, Fleming DA, Ingham JM. Caregiving near the end of life; unmet needs and potential solutions. *Palliat support care* 2003; 1: 247-259.

48. Miettinen T, Alaviuhkola H, Pietilä AM. The contribution of “good palliative care” to quality of life in dying patients’ familymembers perceptions. *J Fam Nurs* 2001; 7: 261-280.
49. Lindefors K-E. *Medmänniska i kris*. Stockholm: Natur och Kultur; 1991.
50. Frideman MM. *Fammily nursing. Research, theory and practice* 4<sup>th</sup> ed. Stamford. Connecticut: Appeltonlange; 1997.
51. Redingbaugh E, Baum A, Tarbell S, Arnold R. End-Of-Life Caregiving: What helps family caregiver to cope? *J Palliat Med* 2003; 6: 901-909.
52. Tishelman C, Bernhardson B-M, Blomberg K, Franklin L, Johansson E, Leveälahti H. Complexity in caring for patients with advanced cancer. *J Adv Nurs* 2007; 61: 1686-1691.
53. Efraimsson E, Höglund I, Sandman P. The everlasting trial of strength and patience: transitions in home care nursing as narrated by patients and family members. *J Clin Nurs* 2001; 10: 813-819.
54. Berterö C. District nurse’s perceptions of palliative care in home. *Am J Hosp Palliat Care* 2002; 19: 387-391.