

Uppamma mod och utjämna makt

Collaborative and integrated approaches to health 2008:3

Johanna Norén, Kerstin Blomqvist

Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård är ett samarbete mellan:

Bromölla kommun, Hässleholms kommun, Kristianstad kommun,
Osby kommun, Perstorps kommun, Östra Göinge kommun samt:



Uppamma mod och utjämna makt
Collaborative and integrated approaches to health 2008:3
Johanna Norén, Kerstin Blomqvist
ISSN 1652-9979

Kristianstad November 2010
Grafisk design: videte sustainable design

Högskolan Kristianstad
Sektionen för Hälsa och Samhälle
291 88 Kristianstad, Sweden
Tel.: +46 44 20 30 00
E-post: infofplhs@hkr.se
www.hkr.se

D-uppsats i Magisterprogram i Omvårdnad 2008, Högskolan i Kalmar

Författare: Johanna Norén
Handledare: Kerstin Blomqvist
Examinator: Eva Benzein



Filosofie magisterprogram i omvårdnad 60 hp

Uppamma mod och utjämna makt

Ett aktionsforskningsprojekt där arbetsredskap utformades tillsammans med sjuksköterskestudenter för att kunna lindra för personer att leva med ovisshet

Johanna Norén

Självständigt arbete 15 hp
Högskolan i Kalmar
Humanvetenskapliga Institutionen
År 2008

Handledare: Kerstin Blomqvist
Högskolan Kristianstad
Sektionen för Hälsa och Samhälle



Filosofie magisterprogram i omvårdnad 60 hp

Uppamma mod och utjämna makt

Ett aktionsforskningsprojekt där arbetsredskap utformades tillsammans med sjuksköterskestudenter för att kunna lindra för personer att leva med ovisshet.

Johanna Norén

ABSTRACT

Uncertainty is a well-known phenomenon that is recurring in biographies, imaginative literature and science, but is less studied in nursing science. The aim of this participatory action research project was to, in collaboration with nursing students; explore nursing activities for relieving patients' uncertainty. A qualitative approach was chosen with focus groups and the text was content analyzed. The students studied their third semester on a nursing program. The findings showed two different kinds of uncertainty, existential uncertainty and care evoked uncertainty. Relieving uncertainty showed to be a process in three steps. The first step is to reach deeper understanding of what uncertainty is and how it affects patients. The second step is to develop sensibility for how to discover uncertainty and the third step is to use uncertainty relieving strategies. To do this requires courage and a wish to share power with the patient. The strategies for relieving existential and care evoked uncertainty differed.

Keywords: Uncertainty, Participatory action research, Nursing students, Power, Courage

Självständigt arbete 15 hp
Högskolan i Kalmar
Humanvetenskapliga Institutionen
Examinator: Eva Benzein, docent

Handledare: Kerstin Blomqvist, lektor
Högskolan Kristianstad
År 2008

*Under skinnet går en kyla skallgång.
Utan att veta vägen fram.
Tanken letar.
Tron vacklar,
Hoppet svävar.
Endast en ensam smärta
Någonstans i mellangärdet.
Tomma ord.
Utan vetskap.
Oron sätter sig som en nagel under huden.
Söker efter att få veta.
Så att klumpen i bröstet kan falla.
För den tär.
Klyver en – rakt av.
Försöker fästa blicken.
Men ögat finner ingen trygg punkt.
Känslan sköljer över kroppen.
Och tar den med.
Faller tungt.
Som en pöl på golvet.
Kvar finns bara jag.
Delad - med min ovisshet.*

FÖRORD

Jag vill tacka...

Studenterna, som ställt upp med sin tid till att delta i fokusgrupperna och Projektgruppen som arbetat med fenomenet ovisshet;
Kerstin Blomqvist och Ingela Beck.
Utan er hade det inte blivit något!
För den tid och åter tid samt entusiasm ni ägnat åt mig och rapporten.

Medforskarstuderande Lena Larsson;
För förståelsen av PAR's likheter med "knytkalas" .
Medforskarstuderande Pia Pettersson; för hjälp med PAR.
Medstuderande Gustav Joelsson, för givande samtal och hopp när det varit förtvivlat.
Seminariegruppen i Kalmar;
för alla givande diskussioner och en förhoppning om "postmag"!

Annelie Augustinsson; för att du finns där när jag behöver dig.
Lina Axelsson; för hjälp med figur.
Monica Granskär; för utlåning av litteratur.
Cecilia Karlsson; för att du visade vägen till rätt person.
Petra Lilja Andersson; för knuffen där bak (fast den kändes!).
Marie Rask; för lättande skratt när det känts oövervinnerligt.
Karin Sundén; för hjälp med datasökningar.
Kristina Törnqvist; för att du bröt din föräldraledighet och tog min undervisning när jag slet med projektplanen.
Lena Wierup; för ditt snabba inlägg när jag skulle upp med min projekttid.
Och för alla andra kollegor som ställt upp när jag prioriterat studierna.

Pappa, för alla pappersutskrifter inför seminarium...
Mamma; för hjälp med språk och diskussion om ambivalens.
Pernilla Nilsson; för att du orkat läsa utkasten om och om igen.
Roland Karlsson; för att studien fick en "riktig" member check!

Widas barnvakter; utan er hade denna rapport inte existerat.
Mamma; för alla söndagar och för lämnande
på dagis när jag skulle till Kalmar samt alla dina andra lediga dagar...
Svärmor; inför alla seminarier och alla kvällar och helger när Magnus jobbat.
Josefina; alltid - utan att blinka.
Familjen Alehav; för er avlastning och för att ni gav Wida en badsemester när jag slet i sommarvärmen...
Och till alla er som erbjudit er...

Wida; för din tålmodighet... och att du är du! (lyckligt ovetande)
Magnus; för att du förstod hur viktigt detta var för mig
och att du hade tålmod att vänta på din tur.

Kerstin Blomqvist; min handledare.
För ditt oersättliga tålmod.
Din vilja och inspiration.
Din enastående förmåga att aldrig få mig att känna mig dum.
För alla dina gröna understrykningar...
Och förhoppningen om; 'att jag var på god väg'!
Samt din tro på mig (cave canem).
Det fick mig att växa.

Källargården, Grännum augusti 2008
Johanna Norén

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	7
BAKGRUND.....	7
Ovisshet i biografier, skönlitteratur och forskning	7
Berättelse	9
Erfarenhetsbaserad kunskap och berättelser om ovisshet	9
METOD	11
Design	11
Kontext och urval	12
Datainsamling och genomförande	13
Analys	14
Etiska överväganden	17
RESULTAT	17
Börja med sig själv	18
Uppöva känslighet för att upptäcka ovisshet	19
Uppamma mod och utjämna makt	21
Existentiell ovisshet - uppamma mod	23
Försatt ovisshet - utjämna makt	24
DISKUSSION.....	27
Metoddiskussion.....	27
Resultatdiskussion	31
FRAMTIDA FORSKNING	35
SLUTORD	35
REFERENSER	
Bilaga 1 Informationsbrev	
Bilaga 2 Berättelse om ovisshet	
Bilaga 3 Intervjuguide	
Bilaga 4 Exempel på analys från steg 3	

INLEDNING

En biomedicinsk syn har länge dominerat vården (Wade och Halligan 2004). Omvårdnads/vårdvetenskap kan ses som en reaktion mot ett alltför ensidigt betonande av en medicinens roll och som ett komplement till medicinsk diagnostik och behandling (a.a). Omvårdnad/vårdvetenskap är en relativt ung vetenskap som fortfarande kämpar med att utveckla sina bärande begrepp och grundläggande teorier, sin struktur och sin progression (Bergseth 2007). Högskoleverkets kvalitetsgranskning år 2007 visade av sjuksköterskeprogrammet att det finns brister i framförallt i huvudämnets (omvårdnad eller vårdvetenskap) teoretiska förankring, karaktäristika samt progression (Bergseth 2007). I Lilja Anderssons avhandling (2007) visas att sjuksköterskestudenter uppfattar omvårdnad som abstrakt, flummig och oanvändbar. Lilja Andersson (a.a) menar att varken omvårdnadens vikt eller hur omvårdnaden omsätts i praktiken inte visas självklart för studenten. Kritiken från Högskoleverket handlade om ämnets bärande begrepp samt svårigheten att transformera från professionsneutral vetenskap till professionsinriktat huvudämne: ”Studenterna behöver mer träning inom samtliga delar av utbildningen för att ett vetenskapligt förhållningssätt skall fungera i praktiken” (Bergseth 2007 s. 102). På Högskolan Kristianstad har ett pilotprojekt med studenter i sjuksköterskeprogrammet genomförts för att fördjupa kunskap om ett av omvårdnadens fenomen; ovisshet. Genom att ta en utgångspunkt i studenters berättelser om ovisshet, ett fenomen som uppfattas centralt för patienter, var målet att få studenter att tillsammans utveckla idéer om hur kunskap om fenomenet ovisshet kan omsättas i direkt patientarbete.

BAKGRUND

Ovisshet i biografier, skönlitteratur och forskning

Ovisshet är ett fenomen som återkommer i biografier och skönlitterära skildringar av hur det är att vara patient (Frankl 1986; Lindquist 2004; Kübler-Ross 1997). Ovisshet betyder en osäkerhet, en tveksamhet, en villrådighet genom att känna ovisshet innebär det känslan att ’sväva i’ alltså att inte veta (Malmström, Györki och Sjögren 2000; Levander och Wessén 1932). Ovisshet är ett tillstånd av att ha en begränsad vetskap där det är omöjligt att exakt beskriva nuvarande tillstånd eller framtida utgång (Knight 1921).

I biografier som handlar om livsavgörande skeden skildras ovisshet som en känsla av ensamhet inför något man inte vet hur det ska bli (Kübler-Ross 1997). Ovisshet infinner sig starkt hos exempelvis svårt sjuka och döende människor och hos deras närstående. För den svårt sjuke kan det vara en ovisshet inför hur barnen eller familjen kommer att ha det när de dör (Lindquist 2004). Ovisshetens tydliga del är att det handlar om grubblerier kring det som komma skall, framtiden, det man inte vet så mycket om. Ovisshet finns inte bara hos svårt sjuka människor utan kan exempelvis avspeglas som Frankl's (1986) beskrivningar av att befinna sig i ett koncentrationsläger.

Forskning om ovisshet har genomförts inom olika områden. Mycket forskning är riktad gentemot exempelvis familjen där en familjemedlem är drabbad av en kronisk sjukdom (Dodgson, Garwick, Blozis, Patterson, Bennett och Blum 2000) Andra områden är relationen mellan sjuksköterska och patient (Thompson och Dowding 2001; French 2005) eller upplevelsen av sjukdom och hur det är att leva med ovisshet i olika stadier av sin sjukdom (Penrod 2006). Dominerande är studier om hur patienter upplever ovisshet efter att de blivit behandlade för sin sjukdom och där ovisshet framstår som en central del i oron över att sjukdomen skall komma tillbaka (Taylor-Piliae och Molassiotis 2000). Forskning visar att ovisshet upplevs som ett centralt fenomen för patienter (Meleis, Sawyer, Im, Hillfinger Messias och Schumacher 2000). Meleis et al. (2000) beskriver i sin forskning om transition (övergång) att ovisshet finns som en central del i övergångar som handlar om att få en diagnos, genomgå ett kirurgiskt ingrepp eller i återhämtningen efter sjukdom, men även vid barnafödande, föräldraskap, barndom, ålderdom och döende.

Ovisshet är ett tillstånd som hänger samman med lidande men också med hopp om trygghet och kontroll. Tryggheten ökar genom att man får veta mer om verkligheten (Björklund 2005). Att vara förberedd innebär att faktorer som ovisshet minskar och ett centralt begrepp är känsla av kontroll. Det är viktigt att kunna kontrollera situationen och där igenom det dagliga livet (Friedrichsen 2003; Kirk et al. 2004). Brülde (2003) menar att man kan sammankoppla lidande med ovisshet och osäkerhet. Han menar att man lider av osäkerhet inför framtiden, t.ex. för att man inte vet hur den sista tiden i livet kommer att bli. Vid sjukdom är det inte bara den sjuke som svävar i ovisshet. Hela familjen påverkas av situationen och ofta pendlar

hela familjen mellan hopp och förtvivlan. Ovissheten om framtiden kan väcka motstridiga känslor som det kan vara svårt att leva med (Kvåle 2001).

Berättelse

En berättelse kan inte fånga hela livsvärldens rikedom och komplexitet, men en berättelse om levda erfarenheter som utgår från berättarens livsvärld kan uttrycka aspekter av den (Öhlén 2003; Skott 2004). Berättelser skapar mening och genom berättelser kommer man närmare mänskliga fenomen (Abma och Widdershoven 2005). Genom berättelsen kan förståelse av fenomenet växa och en individ bättre förstå sig själv och andra. Samtidigt förmedlas innebörden i levd erfarenhet bäst genom berättelser (Lundman 2006) och människans identitet skapas genom berättandet (Ricoeur 1991). Det är i själva delandet av berättelser menar Gadamer (1997) som vi förstår vad andra människor förstår. När människor lyssnar på varandra och plötsligt förstår varandra talar Gadamer (a.a) om att deras förståelsehorisonter smälter samman. Genom att berätta om upplevda situationer och få möjlighet att berätta om dem om igen kan personen komma att skapa förbindelser mellan dem och förstå innebörden av dem på ett nytt och annorlunda sätt. Betydelsen av berättelse ligger i dess makt att fånga, att involvera oss personligen, att skaka om och beröra. Berättelser är kanske särskilt lämpliga i forskning som strävar efter att förstå människor ur ett inifrånperspektiv (van Manen 1990). Genom metodisk och systematisk analys av berättelser kan människors erfarenhet bli till vetenskaplig kunskap. Teoretisk förståelse bygger på logiska slutsatser medan levd erfarenhet förmedlas genom berättelser (Lundman 2006). Med berättelse menas; "An oral or written performance involving two or more people interpreting past or anticipated experience" (Abma och Widdershoven 2005, s. 93). Definitionen framhäver att berättelser refererar till den levda erfarenheten. Berättelser avbildar inte dessa erfarenheter men ger en bild av situationer utifrån berättarens perspektiv. Samtidigt läggs vikten vid det som berättaren tycker är viktigt (Abma och Widdershoven 2005).

Erfarenhetsbaserad kunskap och berättelser om ovisshet

Erfarenhetsbaserad kunskap skaffas genom deltagande och handling. I reflektion med andra kan man genom en öppen dialog använda sina egna erfarenheter som ett lärande (Lundman 2006). Erfarenhet (att erfara någonting) innebär att få veta någonting genom sinnenas förmedling, röna och känna (a.a). I ett försök att få studenter att själva utveckla

omvårdnads kunskap som upplevdes som relevant i arbetet som sjuksköterska genomfördes ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt (Participatory Action Research, PAR) vid ett sjuksköterskeprogram.

Under sin andra termin hade studenterna i en omvårdnads kurs haft som uppgift att skriva och analysera berättelser om egna upplevelser av ovisshet. Genom sina egna berättelser om fenomenet ovisshet försökte de förstå det som Husserl (1964) benämner livsvärlden, det för-givet-tagna. Sammanhanget som studenternas berättelser om fenomenet ovisshet utgick från varierade mycket. Vissa berättelser handlade om ovisshet efter att ha avslutat gymnasiet, andra om ovissheten vid väntan på ett tentamensresultat eller inför yrkesvalet. Vissa berättelser handlade om sjukdom där studenter skrev om när en familjemedlem drabbas av sjukdom. Vissa berättelser handlade om minnen från barndomen medan andra handlade om den aktuella livssituationen. Studenterna analyserade tillsammans berättelserna utifrån frågeställningarna; vad innebär ovisshet, vad var det som gjorde att ovisshet uppstod och vad gör ovisshet med människor (figur 1).

Vad ovisshet innebär	Vad som utlöser ovisshet	Vad ovisshet gör med människor
<p>Avsaknad av kontroll. Att inte kunna påverka. Ovisshet har med nutid och framtid att göra: Mer framtid än nutid! Tillståndet ovisshet är i nutid – det riktar tankarna framåt. Känsla som upptar ens tankar. Känslan uppstår när man inte har kontroll. Känner det på insidan som ”en upplevelse” eller ett tillstånd. Negativ känsla. Osäkerhet över det man inte vet och inte kan påverka.</p>	<p>En situation som är oväntad och ny. Något som plötsligt inträffar – när något i vardagen rubbas. Man saknar kunskap och information om det som komma skall.</p>	<p>Ovisshet skapar känslor som; ilska, ledsamhet, ångest/oro och rädsla. Känslorna känns i hela kroppen, i mage och huvud och gör att man blir begränsad i tankar och handling Tankarna sätter sig i huvudet och man känner katastroftankar.</p>

Figur 1. Sammanställning av studenternas analys av fenomenet ovisshet.

Studenternas analys låg till grund för den aktuella studien och bildade bas för att kunna gå vidare i försöket att skapa kunskap om ovisshet och ovisshetslindrande omvårdnadsarbete genom att ställa frågor som: Vad gör vi med den kunskap om fenomenet ovisshet som vi har skapat? När är den relevant? Syftet blev att i samarbete med studenter komma fram till vad vårdpersonal kan göra för att lindra, förhindra och/eller underlätta för patienter att leva med ovisshet.

METOD

Design

Deltagarbaserad aktionsforskning eller [eng.] Participatory Action Research (PAR) är en interaktiv metod som bygger på tre faser; problemorienteringsfas, planeringsfas och handlingsfas. I problemorienteringsfasen beskriver man det som uppfattas som problem. I planeringsfasen tar deltagarna tillsammans ställning till vilken förändring som skall ske med utgångspunkt från det som framkommit vid problemidentifieringen. Utifrån dessa förslag planerar deltagarna för hur förändringar skall kunna förverkligas. Det finns även en utvärderingsfas som innebär att på ett organiserat sätt analysera vilka effekter förändringsarbetet har medfört för de inblandade. Detta kan leda till identifiering av nya problem, som man på nytt identifierar och reflekterar över. Detta är en cyklisk process (Waterman, Tillen, Dickson och de Koning 2001). Forskningsmetoden bygger på reflektion, analys och handling. Detta innebär att man inte försöker distansera eller separera sig från den verksamhet eller det område som är subjekt för forskningen. Syftet är att ha en direkt och omedelbar påverkan på forskningsområdet. Målet är att bidra till lösningen på människors praktiska problem i en verklig situation (Waterman et al. 2001; Rönnerman 2004).

Med utgångspunkt från syftet att tillsammans med studenter komma fram till omvårdnadshandlingar för att lindra, förhindra eller underlätta att leva med ovisshet planerades ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt. En kvalitativ ansats valdes eftersom syftet var att lyfta fram personers erfarenheter. Som datainsamlingsmetod valdes fokuserande gruppintervju så kallad fokusgrupp (Krueger och Casey 2000).

Datainsamlingen genomfördes som fokussamtal med inspiration av Wennberg och Hane (2006). Deras upplägg och mall följer inte det traditionella fokusgruppsintervjun enligt exempelvis Krueger och Casey (2000) där syftet är att forska *på* gruppdeltagarna. Ett fokussamtal visar på att datainsamlingen genomsyras av ett deltagarbaserat förhållningssätt och deltagarna i fokussamtalet är medforskare i projektet. Som analysmetod valdes innehållsanalys med inspiration från Polkinghorne (2006) och Graneheim och Lundman (2004).

Genom hela processen av studien har även handledningen präglats av den deltagarbaserade aktionsforskningens principer som bland annat bygger på tanken om att lära av varandra. Handledning har därför delvis genomförts som grupphandledning av flera magisterstudenter som arbetar med PAR.

Kontext och urval

Deltagande studenter valdes ut med hänsyn till att de alla under sin andra termin hade skrivit och analyserat berättelser om fenomenet ovisshet som en obligatorisk uppgift i omvårdnad, att de var studerande på sjuksköterskeprogrammets tredje termin och att de ville medverka i ett fokussamtal kring hur man som sjuksköterska skulle kunna arbeta för att lindra ovisshet.

PAR utgår från människors erfarenhet (Waterman et al. 2001). Genom att utgå från studenternas egna berättelser arbetade de med att själva utveckla kunskap om fenomenet ovisshet. Studenterna i det aktuella sjuksköterskeprogrammet hade som utgångspunkt för omvårdnadsämnet teoretikern Kims (2000) arbete. Enligt Kim (a.a) bör omvårdnadsämnet studeras utifrån fyra olika domän som benämns; Client, Client-Nurse, Nursing practice och Environment. Domänerna studeras under sjuksköterskeutbildningens olika teoretiska kurser för att sedan omsättas i den verksamhetsförlagda utbildningen (vfu). För att nå kunskap och förståelse för dessa domäner samt hur de kan omsättas i praktiken arbetar studenterna i olika kurser med begrepp och fenomen som upplevs centrala i omvårdnaden. Ett sådant fenomen var ovisshet.

Studenternas tidigare erfarenhet av vård var skiftande där vissa hade tidigare vårderfarenhet medan andra inte hade arbetat i vård eller omsorg. Studenternas vårderfarenhet utgick framförallt ifrån den vfu som de genomfört under sin andra termin på sjuksköterskeprogrammet. Denna vfu hade genomförts inom sjukhusbaserad vård och efter att de arbetat med studieuppgiften kring fenomen och berättelser.

Kursgruppen var uppdelad i två grupper, klass A och klass B och Klass A tillfrågades först. Detta val gjordes av praktiska skäl då denna klass genomgick teoretiska kurser och studenterna fanns tillgängliga på skolan när det var aktuellt för förfrågan. Klass B genomgick samtidigt en vfu. När Klass A tillfrågades hade de genomfört sin första vfu i sjuksköterskeprogrammet. Kursen för vfu var förlagd inom sjukhusbaserad sjukvård. Samtliga studenter i klass A tillfrågades genom en kort muntlig information när de var samlade för ett obligatoriskt moment. Efter informationen lämnades intresselista till läraren

som tillhandahöll denna under dagen. Intresserade studenter fick skriva upp sig på listan om de önskade mer information och även önskade en ytterligare kontakt innan de fattade ett beslut om deltagande. Undervisande lärare förde skriftlig närvaro av klassen vilket gjorde att frånvarande studenter kunde kontaktas via telefon för att erhålla samma information. Samtliga studenter som skrivit upp sig på intresselistan kontaktades via telefon och de som önskade delta fick informationsbrev hemskickat (bilaga 1). Efter telefonkontakt var tjugoen studenter intresserade vilket skulle innebära tre fokusgrupper. Då flera studenter valde att avstå från att medverka återstod endast två fokusgrupper. Detta gjorde att även klass B tillfrågades och en fokusgrupp bildades ur den klassen. Sammanlagt bildades tre fokusgrupper med antalet fyra till sju deltagare i var grupp och där ålder varierade mellan tjuogoett och trettiosju år, där två var män och resterande kvinnor. Alla fokusgrupperna präglades av ett öppet klimat där samtliga studenter deltog aktivt.

Datainsamling och genomförande

För datainsamling användes i studien fokussamtal (Wennberg och Hane 2006). Metoden är väl användbar i och med att den skapar en gruppdynamik bland deltagarna, vilket innebär att deltagarna kan inspirera varandra till att se nya dimensioner (Wibeck 2000). Fokusgrupper används som en metod för att undersöka hur människor handlar, eller säger hur de skulle handla (Krueger och Casey, 2000). Metoden ger även en insyn i människors erfarenheter, attityder och vyer (Lehoux, Poland och Daudelin 2006). I fokussamtalet är det viktigt att skapa en interaktion mellan deltagarna (a.a). Då det är av vikt att deltagarna känner tillit, trygghet och förtroende i samtalet poängterades att det som sades i gruppen stannade där.

Deltagarna delades in i en grupp med sju deltagare och två grupper med fyra deltagare vardera. Fokussamtalen genomfördes på Högskolan som studenterna studerade vid. Varje fokusgrupp träffades vid ett tillfälle. För att ge studenterna en gemensam utgångspunkt för diskussionen konstruerades en ny berättelse baserad på studenternas tidigare analys av sina egna berättelser om ovisshet (bilaga 2). Fokussamtalet utgick ifrån denna berättelse och från den analys studenterna själva hade gjort.

Vid fokussamtalet fanns två moderatorer som hade till uppgift att leda diskussionen utifrån en intervjuguide (bilaga 3) och fungera som s.k. underlättare (facilatorer). En av facilitatorerna hade en tidigare erfarenhet av att leda fokusgrupper och båda hade erfarenhet av att leda studenter i reflektionsgrupper. I en fokusgrupp är interaktionen mellan gruppdeltagarna central. Facilatorernas uppgift var att underlätta för deltagarna att förstå varandra och få dem nyfikna på hur andra människor hanterar liknande situationer som de själva ställts inför.

Vid starten av fokussamtalen presenterade sig facilitatorerna för deltagarna mer personligt och gick igenom upplägget. Facilatorerna valde att ha uppdelade roller som underlättare och observatör. Observatören förde stödanteckningar som möjliggjorde att uppföljningsfrågor för tydliggörande kunde lyftas innan samtalet var över. Detta gjorde att observatören blev mest aktiv i mitten och slutet av samtalet. Fokussamtalen spelades in med digital inspelningsapparat. Efter avslutat samtal reflekterade facilitatorerna tillsammans över fokussamtalet. Denna reflektion digitalinspelades och kunde på så vis bevaras utan att viktiga tankar gick förlorade. Fokussamtalens längd varierade från 110 minuter till 132 minuter och transkriberades ordagrant.

Analys

Analysen som var inspirerad av Polkinghorne (2006) innebar att bilda sig uppfattning om och känsla för materialet. Polkinghorne (a.a) är kritisk till att använda kvalitativa metoder som ”recept” och menar att det är viktigare att noga beskriva hur man har tagit sig an materialet genom att lägga mindre kraft på att följa en ram och mer kraft på tänkande och kreativitet det kognitiva och kreativa samt att förstå vilket perspektiv som har anlagts.

Materialet genomlästes och genomlyssnades flera gånger. För att ytterligare komma närmare materialet skalades delar bort och kvar fanns stycken med för syftet centralt innehåll. Texten gjordes alltså kortare och mera lätthanterlig (kondensering) samtidigt som det centrala innehållet bevarades med strävan att inget väsentligt skulle gå förlorat (Graneheim och Lundman 2008). Ett intryck från denna första genomläsning var att deltagarna i samtliga tre grupper uppehöll sig länge vid hur viktigt det var att komma till insikt om vad ovisshet innebär, hur mycket det kan uppta människors värld och att möjlighet till lindring förutsätter

förståelse av fenomenet. Att kunna hjälpa personer som svävar i ovisshet sågs i en första analys som en process i tre steg. Denna process innebär att vårdpersonal 1) *får insikt om ovisshet som fenomen*, 2) *uppövar känslighet för att upptäcka ovisshet* och 3) *är beredda att lindra, förhindra och underlätta för patienter att leva med ovisshet*. Stegen var sammanflätade, beroende av varandra och följdes åt. Allt material sorterades därefter in under de tre stegen (Graneheim och Lundman 2004). Därefter lästes hela materialet och ljudinspelningarna lyssnades igenom igen. Detta gjorde att känslan för det deltagarna sagt kom ”nära” (bilaga 4).

Texten delades sedan in i tre steg; insikt, upptäcka (se tecken) och lindra. Därefter identifierades meningsenheter inom respektive steg. Dessa kondenserades, abstraherades och benämndes med en kod. Kondensering och kodning av ett fokussamtal i taget gjordes först enskilt och därefter tillsammans med handledare. Vid osäkerhet av hur tolkning skulle ske diskuterades analysen ytterligare, dels för att förvissa sig om att kodningen stämde med meningsenhetens kontext och med texten som helhet, dels för att uppnå konsensus. Koderna jämfördes med avseende på likheter och skillnader (Graneheim och Lundman 2004; 2008).

I analysen och resultatredovisningen användes dessutom poem. För att nå känsla för det sagda plockades de delar av texten ut där deltagarna i jagform beskrivit ovisshetsituationer de varit med om. Dessa skrevs ut som poem. Syftet med att använda poem var att hitta tyngd i orden och skapa en ”nära” känsla inom sig och senare även för läsaren. Poemen byggdes upp efter inspiration av Schuster (2006) och texten från fokussamtalen bröts utifrån pauserna i fokussamtalen. På så sätt antog transkriptionen formen av ett poem. Poem var en del av tolkningen och struktureringen av fokussamtalet. Genom att skriva transkriptionen i diktform och konstruera poem framträdde tystnader tydligare och orden fick en större tyngd. van Manen (1990) menar att det poetiska språket har sin styrka i sin långsamhet. Poem lyfter fram textens tystnader eller tomrum, som ibland talar högre än själva texten. Det ger läsaren en känsla bortom ordet. Poängen med långsamheten är att orden skall få tid och möjlighet att sjunka in (van Manen 1990). Schuster (2006) menar genom att skriva transkriptionen i diktform skapas textens existentiella andning med kraft att både beröra läsaren och att lämna utrymme för reflektion och tolkning. Det kan ses som ett sätt att visa respekt för orden som sagts. Stor vikt lades vid att hålla sig nära texten i analysen. Schuster (2006) säger att det

naiva kännetecknas av ett förhållningssätt grundat på att både hålla sig öppen mot sig själv och mot texten.

Poem fanns redan innan studiens start i min livsvärld som ett sätt att förstå och komma nära världen och ett viktigt uttryck för mina känslor. Där av föll det sig naturligt att jag inte bara tänkte använda datapoem för att skildra resultatet utan att jag även använde mig av dem för att nå min förförståelse innan datainsamlingen började. Som ett sätt att minska risken för att min egen förförståelse skulle påverka eller missrikta studien lät jag skriva en berättelse samt poem (första sidan) om ovisshet och försökte därigenom tydliggöra min förståelse och se för mig själv vad min förförståelse visade sig vara. Gadamer (1997) kallar detta för att sätta sina fördomar i rörelse. Trots att jag arbetat inom vården där patienter dagligen svävat i ovisshet är det därmed inte sagt att jag har en förståelse för ovisshet. Att jag själv som patient svävat i ovisshet utgör kanske en större förståelse. Man skulle kunna se detta som en tillgång under förutsättning, som Dahlberg et al. (2008) uttrycker det, att förförståelsen tyglas.

*Min yrkeserfarenhet som sjuksköterska
Styrde mitt sätt att tänka.
Jag var klar över
att ovisshet var ett fenomen,
som behövde finna lindring.
Men jag visste inte hur.
Det fanns en frustration
över en begränsad kunskap
som fanns i bland kollegiet
och därav studenterna.
Jag förstod
Att vi var tvungna att göra något
Tillsammans*

Mitt poem visade att jag såg det som självklart att ovisshet var ett centralt fenomen i omvårdnad och att jag därför ville gå direkt på frågan om vad sjuksköterskor kan göra för att lindra ovisshet. Poemet visade också att jag utgick från föreställningen att fenomenet ovisshet är något entydigt. Redan under analysarbetet sattes förförståelsen på prov i egna reflektioner och i diskussion med min handledare. En reflektion var att studenterna lade mycket tid på att tala om vikten av att få insikt i och kunna känna igen ovisshet. Förförståelsen lurade oss att tro att studenterna inte höll sig inom ramen för syftet för studien. I analysarbetet insåg vi att detta istället var ett fynd som var viktigt att ta med i resultatet då det insiktskapande arbetet

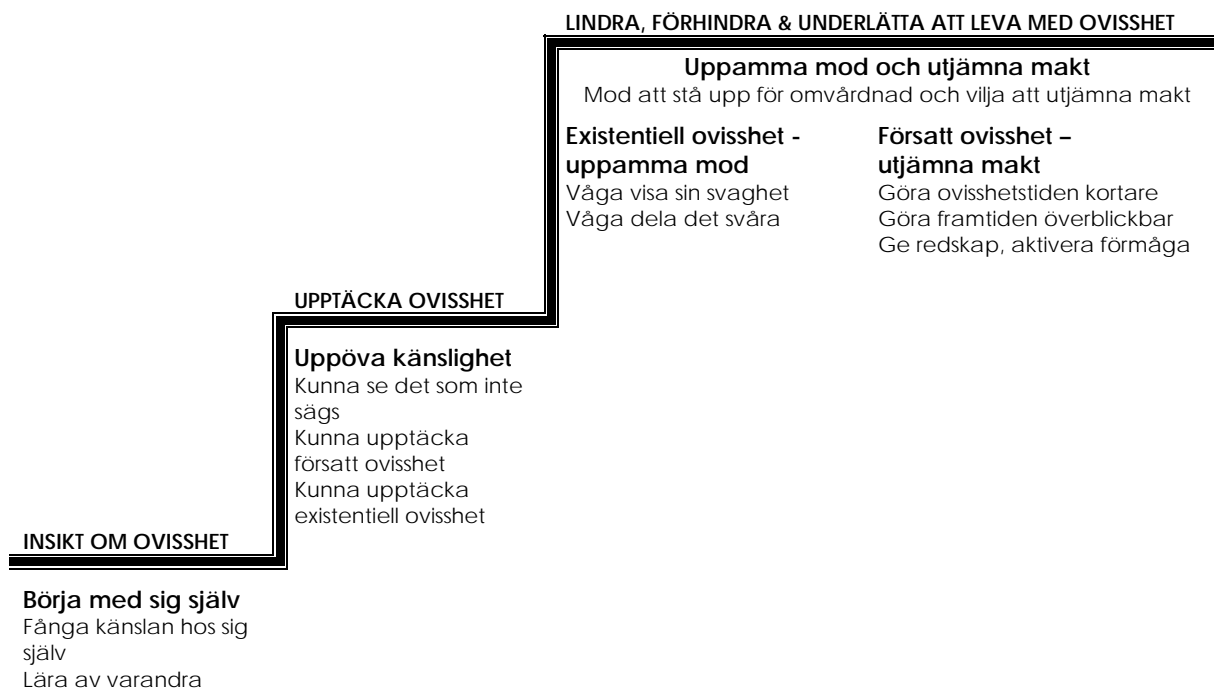
var en förutsättning för lindring av ovisshet. En annan upptäckt som skakade om den egna förståelsen var när studenterna i sina berättelser tydliggjorde att det finns olika sorters ovisshet och att dessa ställer helt olika krav på sjuksköterskan. Även detta blev ett fynd som lyftes fram i resultatdelen.

Etiska överväganden

En etisk ansökan lämnades till den etiska kommittén vid Högskolan Kristianstad [dnr ER2008-7] för att minska risken för några forskningsetiska dilemman (Forsman 1997). Deltagarna informerades både muntligt och skriftligt om studiens syfte, att deras deltagande var helt frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. Deltagarna informeras om att alla uppgifter lagras och behandlas konfidentiellt samt att forskningsgruppen ses som *en* röst vid transkription av materialet vilket gör det omöjligt att identifiera någon i rapporten. De eventuella olägenheter som deltagarna utsattes för bedömdes kompenseras av nyttan med studien, men även av att få möjligheten att delta samt att få samtala kring sin berättelse och reflektera över sina erfarenheter.

RESULTAT

Studien visade att omvårdnad för att lindra, förhindra eller underlätta att leva med ovisshet är en process i tre steg. De tre stegen innebär att finna insikt och förstå vad ovisshet innebär genom att *börja med sig själv*, att *uppöva sin känslighet* för att kunna *upptäcka ovisshet* och ovisshetsrelaterade situationer och för att slutligen *uppamma mod* och *utjämna makt* för att kunna lindra, förhindra och/eller underlätta för patienter att leva med ovisshet (figur 2). Dessa tre steg är sammanflätade med varandra och stegen förutsätter att de följs efter varandra. Resultatet kommer att presenteras med utgångspunkt från processens tre steg.



Figur 2. Arbetsredskap för ovisshetslindrande omvårdnad. *Norén & Blomqvist*

(2008).

Börja med sig själv

Processens **första steg** i ovisshetslindrande arbete är att få *insikt* i vad ovisshet är och hur det kan upplevas. Detta kunde man göra genom att börja med sig själv och därefter genom reflektion i grupp lära av varandra. För att kunna nå insikt om vad ovisshet är och hur det kan påverka patienter måste man låta känslan ”krypa under skinnet” på sig själv. På så vis kan man närma sig vad det innebär att sväva i ovisshet. Ett sätt att nå insikt i vad ovisshet innebär och vad det gör med människor är att fånga känslan hos sig själv och att ta vara på den egna erfarenheten.

Ovisshetslindrande arbete är att få insikt i vad ovisshet är och detta förstärks när studenten berättar om hur sjuksköterskan vågar känna in patienten:

*Börja med sig själv
 Rannsaka sig själv
 Sitta ned och tänka vad jag själv anser
 Att man skaffar sig självkännedom
 Och sedan är det lättare att känna sig själv*

*Och så vet man hur man reagerar
i sjuksköterskeyrket*

(Från fokussamtal 3)

Fånga känslan hos sig själv

För att kunna lindra ovisshet måste man först förstå vad ovisshet innebär och det upplevdes som det var lättare att förstå ovisshet om man drar sig till minnes tillfällen när man själv svävat i ovisshet och hur man då reagerat. För att kunna hjälpa patienter som svävar i ovisshet måste man först känna in tillståndet ovisshet hos sig själv. Deltagarna uttryckte att alla någon gång har upplevt ovisshet, men det gör inte automatiskt att förståelsen finns när någon annan befinner sig i tillståndet. En förutsättning är att förstå vad ovisshet gör med patienten och förstå vikten av att hjälpa den som svävar i ovisshet. Först när den förståelsen är grundad i sig själv kan den egna erfarenheten bli en hjälp i att utgå från sig själv för att förstå vad som behöver lindras hos patienten.

Lära av varandra

Även om den egna erfarenheten var central, så var den inte tillräcklig för att kunna lindra ovisshet. Det krävdes något mer än att bara ha en egen erfarenhet för att förstå tillståndet hos andra. Genom att reflektera i grupp menade deltagarna att man kan komma djupare och lära av varandra. För att komma till insikt kring förståelsen av ovisshet krävdes möjlighet till reflektion tillsammans med andra. Deltagarna menade att man kommer till en annan förståelse när man reflekterar, och att man inte tänker så djupt eller brett när man funderar ensam. Reflektionen öppnar upp ögonen för insikten att många tänker likadant men också att vi kan tänka olika och i samtalet finna respekt och förståelse för den andre. Genom att lyssna på andra lär man sig själv. Reflektionen blir ett sätt att byta erfarenheter och ger en medvetenhet när man kommer andra nära. Det kan vara lätt att hamna i ett mönster som är negativt för patienterna, men genom reflektion tvingas man ta in nya kunskaper och att lyssna till andras upplevelser. Detta föder bättre samarbete och samtalet i sig ger förståelse för varandra i arbetsgruppen.

Uppöva känslighet för att upptäcka ovisshet

Det **andra steget** i processen att kunna lindra, förhindra eller underlätta att leva med ovisshet var att uppöva sin känslighet för att kunna upptäcka ovisshet. Här behövs en förmåga att läsa

kroppsspråk, men även en känslighet för subtila tecken, samt en medvetenhet om vilka situationer som ofta medför ovisshet. Deltagarna skiljde mellan två typer av ovisshet, existentiell och försatt ovisshet. De talade om den existentiella ovissheten som en del av livet. Även om den inte går att förhindra går det att underlätta för patienter att leva med den. Den försatta ovissheten är den ovisshet som vården har skapat och som därför går att förhindra eller lindra.

Genom att kunna känna in och läsa av en annan människa blir det tydligt när studenten berättar kring att upptäcka ovisshet:

*Inte alltid att man kan ta på ovissheten
Men samtidigt som vårdpersonal
Så måste man kanske vara öppen för dem
och försöka se det
Det här med ansiktsuttryck
och liksom...
Att kunna se det som inte sägs
eller så* (Från fokussamtal 2)

*Det kändes när jag kom in till honom
Då tittade han med frågetecken i ögonen
Han undrade vad som kommer att hända
Vad jag ska göra för någonting*

*Han tittade liksom på mig
Han visste inte var eller om han skulle
göra någonting
Eller om han skulle gå någonstans eller
så...
Alltså man känner* (Från fokussamtal 2)

Kunna se det som inte sägs

Det som inte sägs i ord kan visas på många olika sätt och det är svårt att fånga det. Ett återkommande tecken var att man kan se det i ögonen. Ögonen talade ett tyst språk som deltagarna upplevde gick att utläsa, men det krävdes uppövning av den egna känsligheten för att kunna utläsa vad personen uttryckte. Subtila tecken för att uttrycka ovisshet kunde vara att andningen var annorlunda eller att kroppsspråket förhöll sig annorlunda t ex genom att sitta och stirra rakt fram. Ofta kan rastlöshet och upprepat vandrande i korridorerna vara ett tecken på oro och ångest, men med denna insikt kan man även bli känslig för att det kan vara ovisshet.

Kunna upptäcka "försatt" ovisshet

Deltagarna menade att patienter ofta försätts i ovisshet utan att vårdpersonalen alltid är medveten om det. Tid och väntan är centrala komponenter för den försatta ovissheten, komponenter som deltagarna menade ofta går att påverka men då krävs en medvetna om och förmåga att känna igen försatt ovisshet. Exempel på situationer av försatt ovisshet är när

patienten tvingas vänta på hjälp vid ett toalettbesök, väntan på läkare eller väntan på en mottagning i ett väntrum eller väntan vid utredningar då patienten skickas runt på olika undersökningar. De talade om att dessa situationer kan verka vara små och betydelselösa för personalen men för patient och närstående kan de kännas svåra då de saknar kontroll över situationen och känslan av att vara bortglömd blir total. Dessa ovisshetssituationer är påverkbara på ett sätt som gör det möjligt att lindra eller i vissa fall förhindra helt att ovisshet uppstår. Exempel på andra situationer som går att påverka kan vara då patienten inte förstår eller talar samma språk som vårdpersonalen samt när det i samband med inläggning och utskrivning från sjukhuset uppstår situationer som gör att patienten känner sig oviss.

Kunna upptäcka existentiell ovisshet

Viss ovisshet är av mera existentiell natur där situationen i sig är svår eller omöjlig för personal att påverka. Genom att ha insikt om vilka situationer som ofta utlöser ovisshet blir det lättare att upptäcka dem. Exempel på sådana situationer är ovissheten inför ett besked vid en sjukdom eller om en diagnos, hur själva sjukdomsförloppet kommer att utvecklas, när det är omöjligt att sia om utgången, vad som kommer att hända med kroppen och där det är svårt att påverka utfallet när patienten är i utredningsstadiet. Deltagarna menade att även om det inte går att "ta bort" den existentiella ovissheten går det att underlätta det lidande den medför.

Uppamma mod och utjämna makt

Det **tredje steget** i arbetet med att lindra, förhindra eller underlätta för patienter att leva med ovisshet förutsätter att vårdpersonalen är beredda att uppamma mod och att utjämna makt. I fokussamtalen framstod mod och makt som centrala aspekter/komponenter i ovisshetslindrande arbete. Gemensamt för både existentiell och försatt ovisshet var vikten av att våga stå upp för patienten, en uppgift där mod var en förutsättning för att utjämna den maktobalans som finns mellan olika personalkategorier, mellan medicin och omvårdnad och mellan olika organisationer som sjukhusvård och kommunal vård. Att uppamma mod var centralt för den existentiella ovissheten och att utjämna makt för den försatta ovissheten. Hur maktobalansen upplevs i sjuksköterskerollen beskriver en student så här:

*Det är självklart sjuksköterskan som berättar för läkaren om omvårdnaden...
Fast om läkaren liksom...
det var en sådan situation att han... (suck)
Det var en sjuksköterska som började berätta någonting...
och han sa att det behöver du inte berätta...
Och det var omvårdnadsdelen.
Jaja, så då kör man vidare liksom...
Så man vågar inte synas liksom.
Vad ska man säga...
Jo, du måste lyssna på det, eller...*

*Det var så att hon var en erfaren sjuksköterska...
Och hon sa...
det beror också på ens personlighet...
men hon sa att...
alla lyssnade på henne...
så, ja han lyssnade!
Det beror på situationen.
det beror ju på läkaren ju...
Har man en läkare som är intresserad och villig att lyssna på den biten eller om man måste stå på sig för att...
Om en läkare vill se helheten...*

*Det krävs nog en del mod.
Det tycker jag dom fick vara varje dag,
där jag var på praktik.
Dom fick stå upp och; NU så (skratt) ...
Det fick dom nog lära sig av varandra att med den och den...
Och alla är ju inte lika tuffa...
men dom fick lära sig att bli så där...*

(Från fokussamtal 3)

Mod att stå upp för omvårdnad och vilja att utjämna makt

En reflektion i samtliga fokussamtal var att omvårdnaden måste lyftas fram och att ansvaret för att göra det ligger hos sjuksköterskor. Det måste visas att omvårdnad är viktig som komplement till utredning och medicinsk behandling. För att kunna lindra, förhindra eller underlätta att leva med ovisshet måste patientens parti värnas. Då behövs både en utjämning av makt mellan medicin och omvårdnad och samarbete mellan professioner där allas kompetens tas tillvara. Att göra detta är en uppgift som kräver mod. Deltagarna betonade en medvetenhet att omvårdnaden inte är lika "synlig" som medicinska uppgifter. Det är ofta svårt att dokumentera omvårdnadsuppgifter och ofta mäts arbetsinsatsen i antal signaturer i journalen. En förutsättning för att överhuvudtaget kunna lindra ovisshet var att ha en relation till patienten. Deltagarna uttryckte att relationen måste vara skapad innan man tar sig an vad saken gäller och att skapa relationer kräver en medveten närvaro. Först när ett förtroende har byggts upp vågar patienten uttrycka tankar om ovisshet. När tecken på ovisshet finns ligger initiativet hos vårdpersonalen att ta initiativ till att samtala. Genom att själv prioritera omvårdnad fanns en förhoppning att det skulle smitta av sig på kollegorna genom modet att konfrontera medarbetare. Ibland fanns konfrontationer mellan kommun och landsting som upplevdes utlösa exempelvis ovisshet inför patientens hemgång. Samarbete, respekt för olika yrkesgruppers och organisationers perspektiv sågs som en förutsättning för att kunna lindra både existentiell och försatt ovisshet.

Existentiell ovisshet - uppamma mod

Deltagarna talade om den existentiella ovissheten som den alla människor svävar i, en ovisshet som inte går att påverka, som ingen annan försätter en i och som vården inte råder över utan den är en del av livet. Det är den ovisshet patientens upplever, som vårdpersonalen ställs inför när de inte har några svar. Trots att den existentiella ovissheten inte går att förhindra finns möjligheten till underlättande och lindring kvar. Det framgick i fokussamtalen att vårdpersonalen måste våga visa sin egen svaghet för att kunna hjälpa dessa patienter och vikten av att man våga visa att det finns någon att dela det svåra med. Att den existentiella ovissheten finns hos patienten påvisas ofta, men det finns sätt att underlätta den vilket framgår när en student beskriver:

Vi hade en dam.

Hennes fötter var nästan helt svarta.

Doktorn tyckte

Att de borde amputera.

Men hon ville absolut inte det.

Hon skulle kunna vara ute i

Sin trädgård och pula och så.

Och hon blev riktigt arg

För hon skulle minsann inte amputera.

Så de försökte att revidera.

Att det sedan skulle läka.

Det skulle ta jätte lång tid.

Hon skulle vara sängbunden

För hon skulle inte kunna stå på fötterna.

Men det var hon nöjd med.

Det spelade ingen roll.

Jag kan tänka mig att ovissheten kommer

Alltså att amputera.

Jag vill inte, jag vill inte, jag vill inte...

Hennes största intresse

Trädgården och huset.

Det var det hon levde för.

Jag kan tänka mig den ovissheten.

Om man då inte får ha kvar sina fötter.

Det går ju inte.

Jag tror hon skulle mista

Hela livsgnistan.

Och allting

Vi konfronterade läkaren.

Att hon inte vill.

Sedan gick han in och pratade med henne.

Och tillsammans kom dom överens om att

Dom skulle försöka klara det utan amputering.

Och då kände hon väl

en stor lättnad

kan jag tänka mig,

Men ovissheten fanns nog kvar lite ändå

det tror jag nog,

Alltså jag kan inte tänka mig

att den har försvunnit helt

eftersom det är en lång process

innan de verkligen vet

Om det läker som det ska.

Men hon blir ju lugn

av att veta

Att någon stod på hennes sida.

Hon behövde inte slåss själv

Utan hon hade ändå lite medhjälp.

Och det hjälpte nog henne i den situationen.

Hon kanske kunde kompromissa lite

eller kände sig

Mer delaktig i sådant beslut.

Det känns tryggt för henne

Att det fanns någon

Som kunde hålla med henne också.

(Från fokussamtal 1)

Våga visa sin svaghet

Ett ämne i fokussamtalen handlade om vikten av att våga bejaka sin svaghet och att våga visa svaghet kräver en styrka. För att finna svagheten måste man gå till sig själv, rannsaka sig själv och börja just där. Deltagarna var ense om att i ovissheten finns sökandet efter svar och att sjuksköterskor många gånger saknar svar. Deltagarna var även eniga om att man måste *våga vara ärlig* och att man i den ärligheten måste kunna säga att *jag inte har några svar*. Att våga säga detta kräver mod. Att erkänna att man inte vet ger en samhörighet, ”man sitter i samma båt”. Deltagarna uttrycker att det inte är fel svar att sakna svar. Istället är det viktigt att bekräfta känslor och visa på att patienten inte är ensam. Genom att vara tydlig om att man själv som vårdpersonal inte vet mer än patienten undviks risk för grubblorier om vad personalen känner till som inte patienten vet.

Våga dela det svåra

Ovisshet uppfattades som lättare att bära om man får någon att dela den med. Vårdpersonalen har en viktig funktion där de måste kunna möta och bemöta dessa personer i deras ovisshet genom att finnas till hands och våga *vara tillgänglig*. För att förstå patienten i svävandet av ovisshet måste de *vilja tas på allvar* genom att även våga ta in patientens svåra och obehagliga känslor. Först då finns möjlighet att hjälpa. Genom att få patienten att berätta så kan vårdpersonalen förstå vad de vill. Att låta dem berätta vad de känner minskar ovisshet, och de får möjlighet att reflektera kring ovisshet och sätta ord på sina känslor. Allt detta kräver tid och deltagarna uttrycker att denna tid är svår att finna men att det är den *tiden vårdpersonalen måste våga ta sig*.

Försatt ovisshet - utjämna makt

Deltagarna talade om den försatta ovissheten som den ovisshet som vården har kontroll över. Det är den ovisshet som patienterna försätts i av vården och därmed den ovisshet som vårdpersonal kan lindra eller förhindra att den uppstår. Detta kan göras genom att; *göra ovisshetstiden kortare, göra framtiden överblickbar, ge patienterna redskapen att aktivera deras egen förmåga*. Detta visar på att det kan vara det enkla för sjuksköterskan som blir det

avgörande för patienten. Detta framgår när en student beskriver ett sätt att lindra ovisshet så här:

*Jag kommer ihåg.
Det var en liten tant.
Hon var inte på min avdelning.
Men hon satt alltid i sin lilla rullstol.
De får ju inte gå ned själva till röntgen.
Och när hon sitter i sin lilla rullstol...
Jag tror det var hon som inte kunde se...
Hon satt där hela tiden
i korridoren och väntade
På vårdpersonalen som skulle köra ned henne.*

*Bara det att vem kommer
och hämtar mig...
Det är ju inte den
som vårdar mig,
som skulle följa
med mig ned
utan det är ju någon annan
från transport som kommer...
Och vem är det som kommer.*

*Och då att kanske inte kunna se...
Det måste ju vara hemskt.*

*Hon satt där i den korridoren.
Ganska ofta.
Och väntade på transport.
Ganska ofta och
Ganska så länge.
Dom ringde så fort dom...
och sedan så
Kunde dom ha andra.
Så hon kunde sitta där
och vänta
i 10 minuter kanske...*

*En sådan sak
om man tänker
Med äldre och ovisshet.
Och det måste ju vara hemskt.
Då att inte kunna få prata.
Att vilja bli bra uppfattad
av personalen då... ja...*

*Men det är nog det som slog mig mest...
Och jag såg det nästan.
Som misshandel emellanåt
Och så satte man sig ned.
Försökte prata med dom lite.
Fick tiden gå för dom lite och så...*

(Från fokussamtal 1)

Göra ovisshetstiden kortare

I samtliga fokussamtal poängterades tiden som central. Genom att få patienterna att uppleva tiden som kortare så skulle det underlätta att leva med ovisshet. Samtala om vad som helst, så har några minuter gått och tiden känns kortare. Vikt lades även vid att i samtalet *visa att man har tid*. Deltagarna betonade även betydelsen av att patienten inte ska känna sig bortglömd. Att sitta i ett väntrum kan upplevas som väntan i timmar och att inte veta när någon kommer. Eller att ha blivit hjälpt till toaletten och att sedan ringa på klockan när man är klar och inte veta när de kommer eller *om* dem kommer. Att tillit till vårdpersonalen och att *visa sig tillgänglig* ger lindring av ovisshet liksom att de självmant kommer ut i väntrummet och säger att 'vi har inte glömt bort dig'.

Göra framtiden överblickbar

Vikten av att göra framtiden överblickbar var ett samtalsämne i samtliga fokussamtal. För att kunna lindra så fanns *informationen* som viktigt inslag. Detta innebar inte att endast informera utan om *vad* och *hur*. Deltagarna framförde att informationen bör vara fortlöpande och anpassas till individen att det är viktigt att patienten verkligen förstått den information som inges och att denna information ger svar på frågor om varför. Sådan information hjälper patienten att acceptera det som ska hända. Patienten behöver förberedas inför det som skall komma och i akuta situationer tilldela en person denna uppgift och på så vis klargöra för patienten vad som händer.

För att kunna göra framtiden överblickbar krävs en handlingsplan eller beredskap. Deltagarna talade om vikten av att genom få patienten att berätta om sin situation för att kunna göra upp en plan utifrån det och *förbereda sig* för mötet. Att man redan innan tänkt ut vilka frågor och funderingar patienten väntas ställa. Om inte patienten berättar finns risk att vårdpersonal handlar utifrån det de själva tror. Det kräver att vårdpersonalen förbereder sig inför den patient man ska möta. Genom att man vet vad man ska säga och göra vissa överväganden så har man skapat en bra förutsättning för att nå patienten. För att kunna skapa en handlingsberedskap lyfte deltagarna betydelsen av kommunikation. Genom kommunikationen skapas mötet, genom att prioritera patientens behov, genom att samtala och förklara hur en undersökning går till blir det möjligt att göra framtiden överblickbar och därmed minska ovissheten.

Ge redskap, aktivera förmåga

Att lindra ovisshet handlar om att *återge kontrollen* till patienten som svävar i ovisshet, i detta fall patienten. Eftersom ovisshet till stor del handlar om framtiden innebär detta att patienten måste få vara delaktig i det som händer och sker på ett sätt så att de känner sig bekväma. Som vårdpersonal kan ett sätt vara att man sätter sig ned och verkligen frågar hur de vill ha det, vilken hjälp de skulle behöva. Att man berättar att detta kan vara ett mål och för att nå målet så får vi sätta upp dessa delmål. På så vis blir patienterna delaktiga i hela processen och att beslut fattas tillsammans med patienten. Denna delaktighet uttryckte deltagarna även som

självklar i sin relation till de närstående då även dessa kan uppleva ovisshet när deras nära blir sjuka. En sådan sak skulle kunna vara att de erbjuds hjälp med kontakta läkare eller liknande. En annan aspekt som deltagarna lyfte fram var vikten av att be om tillåtelse eller fråga innan man handlade. Ett exempel var när personal behövde flytta på patientens säng på salen utan att fråga om det går bra och utan att ta hänsyn till patienten som låg i sängen. Att fråga om lov borde vara ett sätt att göra patienterna delaktiga och förhindra deras ovisshet. Deltagarna uttryckte att detta sätt bör gälla i alla situationer i mötet med patienten.

Att hjälpa patienten att tänka på annat sätt var en annan möjlighet att aktivera patienters egen förmåga och därmed förändra deras situation när de svävar i ovisshet. I ovisshetsituationer finns det en risk att patienter blir begränsade i sina tankar. Därför gavs det förslag på att vårdpersonal skulle kunna försöka hjälpa patienten att reda ut saker och ting som de inte kan tänka klart kring.

DISKUSSION

Metoddiskussion

För att tillsammans med studenter komma fram till vad man som vårdpersonal kan göra för att lindra, förhindra eller underlätta att leva med ovisshet valdes en kvalitativ ansats med en forskningsdesign utifrån deltagarbaserad aktionsforskning där datainsamlingen var fokussamtal. Stringer och Genat (2004) menar att det finns ett antal aspekter när man bedömer validiteten i ett deltagarbaserat aktionsforskningsprojekt (PAR). En aspekt är den pragmatiska validiteten som är särskilt viktigt att uppmärksamma. Här bedöms studiens användbarhet (utility) vilket handlar om ifall studien är god och värdefull och om den kan användas i praktiken (Stringer och Genat 2004). En av tankarna med att använda PAR är att om forskningsdeltagare involveras i hela forskningsprocessen ökar sannolikheten för att forskningens resultat ska komma till användning. I denna studie var studenterna med och utvecklade kunskap om fenomenet ovisshet. De deltog som medskapare av kunskap om fenomenet ovisshet och de fick möjlighet att läsa rapporten och ge synpunkter på innehållet. På grund av begränsning i tid var de däremot inte med i hela analysprocessen. Därmed finns en risk att de inte kommer att använda sig av det framkomna resultatet i omvårdnadsarbetet. I ett efterföljande samtal uttryckte dock en av deltagarna spontant att sättet att tänka kring och arbeta med ovisshet inte bara hade förändrat sättet att tänka utan även det praktiska arbetet.

Den pragmatiska validiteten handlar inte enbart om studiens direkta användbarhet, men också om forskningen har genererat kunskap för alla inblandade, inte enbart hos forskaren utan även hos deltagarna. Vid utvärdering i direkt anslutning till fokussamtalen uttryckte samtliga deltagare spontant att de på egen hand inte kunnat nå till samma kunskap då man inte tänker så djupt eller brett när man funderar ensam. De uttryckte att reflektionen öppnar upp ögonen för insikten i att många tänker likadant men också att vi kan tänka olika och i samtalet finna respekt för den andre (Guba och Lincoln 1989). Men kunskap har också genererats tillsammans med studentkamrater i magisterutbildning. Genom hela processen har handledning enligt deltagarbaserat aktionsforskningens principer genomförts. Detta har bland annat inneburit grupphandledning av flera magisterstudenter som arbetar med PAR. Handledningssituationerna har därigenom varit en ytterligare dimension i den gemensamma kunskapsutvecklingen. Slutligen visade sig sättet att genomföra datainsamlingen på att bli en ytterligare aspekt på kunskapsutveckling och därmed ett uttryck för den pragmatiska validiteten. En efterreflektion efter varje fokussamtal samt snabb transkription och reflektion direkt efter varje utskrivna intervju möjliggjorde för facilitatorerna att lära sig av misstag och planera nästkommande fokussamtal utifrån föregående samtals styrkor och svagheter.

Trovärdigheten (credibility) är även central inom PAR. Trovärdighet är om studien har nått ett tillräckligt djup och om resultaten framställts på ett sätt som stämmer överens med deltagarnas verklighet och inte endast är forskarens subjektiva syn (Hamberg, Johansson, Lindgren och Westman 1994). Genom att deltagarna var vana vid att reflektera i grupp ökade sannolikheten för djup i samtalet. Deltagarna hade förberetts inför fokussamtalen genom att få information vid två tillfällen. För att nå ett djup i samtalet betonades att det som gruppen samtalat om inte skulle spridas till utomstående. Två av grupperna var homogena och hade en tidigare uppbyggd relation vilket kan ha bidragit till djup i fokussamtalen. En tredje grupp var mera heterogen. Det föreföll dock som om deltagarna i den heterogena gruppen var mycket benägna att aktivt lyssna till varandra. Stor vikt lades också vid att skapa en trygg miljö. En facilitator tog rollen att hålla samtalet levande och etablera ett öppet samtalsklimat. Den andra facilitatorn fungerade som observatör och fångade upp aspekter som kunde återupptas senare och hade som uppgift att se till att allas röster blev hörda. Efter fokussamtalen reflekterade facilitatorerna och handledare över innehållet i fokussamtalet, om samtalet hade nått tillräckligt

djupt och om de så kallade naiva frågorna hade ställts. Det fanns risk att de naiva frågorna kunde bli en svårighet eftersom båda facilitatorerna hade arbetat inom palliativ vård och upplevt de svåra mötena i vården. Efterreflektionen syftade till att upptäcka och åtgärda sådana brister i efterföljande samtal. Gruppen reflekterade också över att tidigare vårderfarenheten visade sig vara en styrka genom att som Kvale (1997) skriver, våga sitta kvar.

En svårighet med fokussamtal kan vara om någon deltagare tar mycket plats. I den aktuella studien tvingades facilitatorerna vid enstaka tillfällen bromsa en enskild deltagare så att andra fick komma in i samtalet. Information kan därför ha gått förlorad. Det finns också en risk att de som deltog var en speciell grupp med stort intresse för dessa frågor och att övriga studenter skulle ha tänkt annorlunda och kommit till ett annorlunda resultat. Samtidigt blev detta en styrka och bidrog troligen till djup i samtalen. Att en av grupperna kom att bestå av studenter som inte ursprungligen anmält intresse att delta i studien, men ändå kom fram till samma resultat som övriga grupper indikerar att resultatet är trovärdigt. Ett sätt att undersöka en studies credibility är att göra så kallade ”member checks”. I en efterföljande ”member check” (Guba 1981) där samtliga deltagare fått möjlighet att läsa ett rapportutkast uttryckte de via e-mail att de kände igen sig i resultatet. En styrka är även att de använda poemen är tagna direkt ur texten och att de speglar samtliga fokusgrupper, vilket underlättar för läsaren själv att göra en bedömning av studiens trovärdighet.

Stringer och Genat (2004) lyfter fram överförbarhet (transferability) som en annan viktig aspekt av en studies trovärdighet. För att läsaren ska kunna avgöra till vilka kontext studiens resultat är överförbara krävs en kontextbeskrivning. En sådan beskrivning gör att läsaren känner igen sig och själv kan avgöra om studiens resultat är tillämpliga på den egna verksamheten. I rapporten finns en kontextbeskrivning som visar att innan studien hade deltagarna utfört en vfu inom sjukhusbaserad vård. Resultatet bör därför vara överförbart till liknande kontexter, dvs. patienter som vårdas inom sjukhusvård. Men eftersom studenterna också utgick från händelser när de var yngre, från den egna erfarenheten av att vara patient och/eller vårdare ökar sannolikheten för att kunna överföra resultatet även till andra kontext. Abstraktionsgraden i analysen är en ytterligare aspekt som påverkar överförbarheten. I analys och rapportskrivning fanns en strävan efter att låta resultatet ”komma nära” genom poemen

samtidigt som modellen skulle göras tillräckligt abstrakt för att resultatet rimligen skulle kunna överföras till att gälla även i andra sammanhang än sjukhusvård . En studie av makt inom den tvångspsykiatriska vården visar stora likheter med den aktuella studien vilket ger stöd för att resultaten även går att överföras till denna typ av verksamheter. Slutligen inkluderades i både män och kvinnor studien men andelen kvinnor övervägde. Resultatet kan ha blivit annorlunda med en jämnare könsfördelning. En styrka var däremot att det i samtliga fokusgrupper fanns personer representerade med olika etnisk bakgrund och med olika vårderfarenhet.

En studies trovärdighet (dependability) handlar om ifall studiens resultat hade blivit annorlunda om den gjorts om eller om en annan forskare hade sett annorlunda på texten. Sandelowski (1995) menar att det inte är rimligt att tro att två forskare ska komma fram till exakt samma sak i en kvalitativ analys, men att det måste finnas överensstämmelse mellan dem. I denna studie fördes hela tiden kontinuerligt diskussioner med handledare och medarbetare om olika tolkningar och om vilken tolkning som var rimligast (Sandelowski 1995). Trovärdigheten styrks därmed av att analysen genomfördes av mer än en person samt att projektgruppen bestod av två deltagare med lång erfarenhet av palliativ vård, där den tredje saknade den erfarenheten. Samtidigt finns alltid en risk att handledaren haft alltför stor inverkan på analysen. Genom att det var mer än en person i analysen så kunde mer än en aspekt lyftas fram då man hade olika erfarenhet av både att arbeta i vården men även i att arbeta med ett material i en analysprocess. Arbetet tillsammans har präglats av en ömsesidig förståelse och respekt där det inte har varit en självklarhet att lägga sig platt för handledarens kunskap och erfarenhet, trots den större erfarenheten, utan det har getts möjlighet till ifrågasättande och det har inte alltid rått enighet men genom att arbeta tillsammans har vi kommit fram till enighet. Gadamer (1997) uttrycker det som horisontsammansmältningar.

Att i bakgrunden presentera förförståelsen syftade till att göra det möjligt för läsaren att se om studiens resultat överensstämmer med förförståelsen och bedöma risken för att resultatet speglar det som forskaren vill (be-)visa, att det mer är en spegling av forskarens verklighetsuppfattning än av deltagarnas. Studiens giltighet (confirmability) visas genom att vår utgångspunkt och min förförståelse endast delvis överensstämde med deltagarnas uppfattning då analysen visade att det var en nödvändighet att både uppamma mod och

utjämna makt för att komma till lindring samt att komma till insikt om känslan själv för att kunna upptäcka ovisshetsituationer. Detta var aspekter på lindring av ovisshet som ingen i gruppen hade reflekterat över före studien. Det fanns alltså ett element av ett 'förvånat jag' (Forsman 1997) vilket stärker studiens confirmability och därmed dess trovärdighet.

Resultatdiskussion

Från fokussamtalen framgick att det finns olika slags ovisshet. Ovisshet är ett tillstånd som patienter, ofta omedvetet, försätts i av vårdpersonal, men det finns också ovisshet av en mera existentiell art som varken patienter eller personal råder över. Trots att ovisshet framstår som ett centralt och plågsamt tillstånd är lindring av ovisshet förhållandevis lite studerat i vårdforskning. Redan Florence Nightingale (1954) konstaterade hur 'ensamhet, bekymmer, osäkerhet, väntan samt rädsla för överraskningar ger upphov till lidande'. Mishel (1988) uttryckte på 1980-talet att det finns behov av en teoretisk modell som beskriver vad människor som svävar i ovisshet gör för att minska ovissheten. Hon poängterade samtidigt att vi som personal måste tillåta ovisshet att finnas. I likhet med den aktuella studien menar Mishel (a.a) att det är lättare för en person att leva med ovisshet om det finns hopp. Däremot nämner Mishel (a.a) inte något om att det finns olika typer av ovisshet, sådan som människor försätts i av någon annan och existentiell ovisshet som vi inte råder över. Den försatta ovissheten har däremot stora likheter med Erikssons (1994) studier av lidande. Eriksson (a.a) menar att det lidande som människor åsamkar varandra ofta är ett dolt lidande och att det ibland sker det helt omedvetet. Eriksson uttrycker att sådant lidande människor har sin grund i mänskliga relationer, där avsaknad av meningsfulla relationer kanske utgör det största lidandet. Eriksson säger att om vi vill söka en förklaring till det lidande som människor medvetet eller omedvetet åsamkar varandra måste vi granska vår verklighetsuppfattning, världsbild och värdegrund (a.a.). I en studie gjord av Shelp (1984) beskrivs att det i rollen vårdare-patient finns en förbindelse av ovisshet. Denna är skapad av att vårdaren har oförmåga att ge patienten garantier, men att lidandet kan lindras om vårdaren gör patienten sällskap på en pilgrimsfärd som han kallar 'Dangerous unknown'. Detta kan jämföras med den aktuella studiens fynd där vikten av att våga dela det svåra med patienten betonas. Ovisshet har också stora likheter med det Bauman (2002) skriver om fenomenet ambivalens som sammanfaller med det han uttrycker som "förnuftets tvivel och viljans obeslutsamhet" (s. 76). Bauman menar att det är den oförutsägbarhet som skapas i dessa tillstånd som leder till oro, ångest och lidande. Ambivalensen uppkommer av att befinna sig i ingenmansland, man

vet inte vad som kommer att hända. Ambivalensen kan liknas vid pendeln mellan hopp och förtvivlan vid ovisshet. För att komma till handling krävs, enligt Bauman, att förmåga och önskan kan sammanfalla. Bauman menar att då dessa inte sammanfaller blir man ambivalent, man upplever sin oförmåga att inte kunna uppfylla sin önskan. Om valmöjligheter överstiger förmågan att välja uppstår i rastlöshet och oro. När man i stället vill uppnå något men inte har handlingskraften kan detta upplevas som vanmakt och leda till resignation. Samma känsla som maktlösheten när tillståndet ovisshet infinner sig. Vårt resultat visade att inte kunna påverka eller agera i situationen då man, på grund av ovisshet, inte visste vilket val man skulle göra ledde till rastlöshet. Att som vårdpersonal hjälpa till att göra framtiden överblickbar skulle, enligt fynden i denna studie, kunna ses som ett redskap för att lindra rastlöshet som var ett uttryck för ovisshet. På motsvarande sätt skulle aktiviteter för att hjälpa patienten att ta kontroll över och aktivera egna resurser kunna vara ett redskap för att komma över vanmakt och resignation som orsakats av ovisshet.

En fråga som framstår som viktig är om fenomenet ovisshet har en mening. Om den existentiella ovissheten inte går att förhindra, är det ett tecken på att den fyller en funktion? Är funktionen i så fall något meningsfullt att leva med? Om det i den existentiella ovissheten endast går att underlätta för människor att leva, är då meningen med ovisshet att hålla pendeln (den s.k. lågan) mellan hopp och förtvivlan levande? Om lågan dör ut så förlorar den sin mening? Är det så att den försatta, och förutsedda, ovissheten skall lindras/förhindras medan den existentiella ovissheten måste genomlevas? Och genom att den levs så lindras den... Kanske fyller den en funktion genom att mentalt förbereda en patient på exempelvis en livshotande diagnos. Inga funna studier diskuterar detta väsen. Trots att flera forskare har efterfrågat mer kunskap om ovisshet saknas fortfarande den teoretiska modell som Mishel (a.a) efterlyser. Genom att arbeta tillsammans med studenter i ett aktionsforskningsprojekt har ett arbetsredskap börjat utvecklas och förståelse har fötts för hur lindring av ovisshet kan ges. I vad mån arbetsredskapet går att omsätta i en verksamhet återstår att pröva.

Ett annat av studiens fynd var förståelse för ovisshet och att ovisshetslindrande arbete underlättas av att man har rannsakat sig själv eller låtit känslan komma nära en själv. Processen som studenterna arbetade efter blev avgörande för att förstå och upptäcka situationer som präglas av ovisshet, en förståelse som har likheter med det som Nortvedt och Grimen (2006) kallar sensibilitet. Nortvedt och Grimen (a.a) menar att sensibilitet är den kunskap om personens subjektiva situation som man får genom empati och att vara känslig

för intryck. Förståelsen är situationsbestämd, omedelbar och svår att artikulera. Att vara sensibel anspelar även på att ha sinne för, vara uppmärksam på och mottaglig för intryck, samtidigt som det hänvisar till att man förstår en situations betydelse och mening. Detta liknar fyndet att lindring av ovisshet kräver att vårdpersonalen kan komma till insikt om vad de själv känner och låta känslan komma under ytan som ett medel för att förstå. Människan förstår och tolkar sig själv i ljuset av andra människor och andra människor i ljuset av sig själv. Tolkningen sker utifrån den betydelse som händelser och relationer har för den egna personen. Sensibilitet berör alltså förhållandet till en själv. Nortvedt och Grimen (2006) menar att sjuksköterskors erfarenhet gör att de kan verbalisera många tecken på en tänkbar klinisk förändring av den sjukes tillstånd. Däremot menar de att hur denna insikt eller hur denna kunskap uppkommit är svår att beskriva.

En förutsättning för att kunna förhindra, lindra eller underlätta för patienter att leva med ovisshet är modet att ta patientens parti och lämna över delar av makten till patienten. I studien kom fokusgrupperna fram till att personalen, ofta omedvetet, utövar makt och försätter patienter i ovisshet. Att välja att inte säga allt, att medvetet förlänga ovisshetstiden uppfattades som uttryck för makt. I samtliga fokusgrupper fördes diskussionen om mod var en förutsättning för och att utjämna makten, om det krävs mod för att lindra ovisshet. Studien visade att man måste våga tro på sig själv och våga stå för det man tror på och att stå upp för sin yrkesroll och omvårdnad kunde vara ett sätt att börja. Samtidigt visade studien att det inte var självklart att vara modig. Den danske filosofen och existentialisten Søren Kierkegaard uttrycker 'att hjälpa är inte att härska utan att tjäna'. Kirkegaard menar att 'förmår du inte närma dig en människa så att hon upplever en sann lindring i det att hon talar med dig om sitt lidande, då kan du inte heller hjälpa henne, hon sluter sig för dig och för dig återstår bara predikan (Skau 1992, s. 39). Vår studie uppvisade samma krav på den som strävar efter att lindra ovisshet, viljan att utjämna maktförhållandet. En definition av makt är "möjligheten att få igenom sin vilja i en social relation, också i händelse av motstånd, oavsett vad denna möjlighet beror på" (Skau 1992). Makten behöver inte utövas för att existera, utan den består i själva möjligheten att driva igenom sin vilja (a.a). Även om patient och vårdares vilja är den samma – att lindra lidande, menar Skau (a.a.) att åsikterna om hur detta ska ske ofta går isär. Patienten känner sig ofta underlägsen och för att vårdare ska kunna möta patienten på samma nivå krävs en vilja att 'kliva ned från piedestalen'. Detta har stora likheter med fyndet i den aktuella studien - att ovisshet kan lindras om vårdaren vågar dela det svåra med patienten. På så vis utjämnas makten. En färsk avhandling (Hörberg 2008) visar starka stråk av fostran och

disciplinering i den rättspsykiatriska vården samt att vården genomsyras av makt. Hörberg (a.a) menar att makt och maktlöshet agerar gemensamt och är påtagliga och synliga hos vårdare och patient. Vården är i ett ständigt maktspel och karaktäristiskt för detta maktspel är att individerna har olika förutsättningar. Hörberg (a.a) uttrycker även att makten mellan vårdare och patient kan framställas som ett spel med en starkare och en svagare part. För att kunna lindra ovisshet krävs modet att utjämna delar av den makt som finns mellan vårdare och patient. Silfverberg (1999) talar om mod som den handlingsberedskap som finns för att vi ska stå upp för det vi är övertygade om är rätt och riktigt och att handla enligt den övertygelsen. Att handla utifrån sin övertygelse visade sig under fokussamtalen ofta vara svårt. För att kunna förstå och ta en patient som svävar i ovisshet på allvar krävs att sjuksköterskan vågar stå på sig under rondan, lyfta omvårdnaden och ta patientens parti. Enligt Bauhn (2003) är mod att konfrontera det som upplevs farligt och att övervinna sin egen rädsla. Detta kan också härledas till studiens resultat, att våga visa sin svaghet eller våga dela det svåra. Mod handlar här om att våga, att våga möta sin egen rädsla. Fagerberg (2004) uttrycker i en studie att sjuksköterskor visade mod i sitt arbete och använde denna för att patienter skulle få en god omvårdnad. De var på så vis villiga att stå upp för patienterna vilket kan jämföras med den aktuella studiens att ha mod att stå upp för omvårdnaden. Även om studien hade fokus på vad som gynnar patienten är det troligt att sjuksköterskor som lindrar patienters ovisshet själva upplever tillfredställelse. Foot (2000) menar att mod gynnar den som är modig till skillnad från rättvisa som gynnar andra.

Trots att den maktobalans som finns i vården är relativt välkänd är den inte självklar att hantera. Svenaeus (2003) menar på att man diskuterat vikten av att respektera patientens egen önskan i mer än trettio år och att den auktoritära och okänsliga inställning som tidigare skildrats i vården har förbättrats och ersatts med en omfördelning av makt genom en förändring av gamla hierarkier och tankesätt. Det har på ett nytt sätt placerat fokus på patienten som en person med tankar, känslor och värderingar. Den medvetna makten är möjligen omfördelad som Svenaeus hävdar, men den försatta och ofta omedvetna makten som studien gav exempel på är svårare att hantera så länge som den inte är uppenbar för vårdpersonalen. Mod är en egenskap som bör lyftas fram som viktig, då studien visar att det är en förutsättning för omvårdnad och i lindrandet av ovisshet.

FRAMTIDA FORSKNING

Så långt vi vet så finns det förhållandevis lite forskning kring ovisshet som fenomen. Att studenter är med är ett annorlunda sätt att utforska, men är en av aktionsforskningens grundpelare med tanken att forska med och inte forska på. Genom att själv få vara med och upptäcka kommer viljan att förändra. Att enbart läsa denna rapport ger sannolikt inga större förändringar i vård av människor som svävar i ovisshet. Att använda erfarenhetsbaserad kunskap (Nortvedt & Grimen 2006) skulle däremot kunna prövas som ett sätt att utveckla kunskap om andra centrala fenomen i omvårdnad. I framtida studier skulle arbetsredskapet (figur 2) kunna prövas som ett medel för att bygga upp förståelse, kunskap och empati, det som Nortvedt & Grimen (2006) benämner sensibilitet. Att tillsammans med vårdpersonal utgå från egna berättelser och skapa förståelse för ovisshet och ovisshetslindring skulle kunna prövas i praktiken. Den process studenterna har arbetat sig igenom med fenomenet ovisshet skulle kunna användas även för fenomen som makt och mod.

SLUTORD

Under ett semestervikariat som sjuksköterska på en medicinsk vårdavdelning, fick jag rapport till nattpasset jag skulle arbeta. De två kollegorna gav mig rapport om en patient som jag träffat natten innan. Patienten var 22 år och hade blivit inlagd på grund av synbortfall och med misstänkte om Multipel Skleros (MS). Sjuksköterskan rapporterade att röntgensvaret hade kommit och det bekräftade misstanken om MS. Jag frågade om patienten kände till sin diagnos och den yngre sjuksköterskan svarade att det gjorde han inte utan man ville göra en lumbalpunktion för att vara helt säker på diagnosen. Då undrade jag om patienten kände till vilken misstanke man hade kring diagnosen. Då svarade den äldre sjuksköterskan att "det är inget besked vi ger här, patienten tillhör ett annat län och ska överflyttas i morgon". Jag undrade om avsikten var att patienten skulle ligga sömlös hela natten och grubbla över röntgensvaret. Jag uttryckte aningen förtvivlat; "Han kommer att se på mig att jag vet något som inte han vet". Den yngre sjuksköterskan började nu vrida sig i stolen och kände sig obekvämt. Hon svarade med flackande blick att läkarna hade diskuterat vad de skulle göra och om de skulle säga något. De hade kommit fram till att det var bäst att vänta. Så beskedet till patienten fick vänta. Ansvar att meddela patienten ansågs ligga i någon annans händer. Kvar fanns den unga patienten med sin ovisshet.

Berättelsen illustrerar ett åsidosättande av patientens rättighet att få veta, rädsla över att lämna svåra besked, oförmåga att dela det svåra med patienten, ovilja att ta patientens parti gentemot kollegor och en obalans mellan medicin och omvårdnad. Men kanske också en okänslighet för vad ovisshet innebär och hur ovisshet känns att bära. Berättelsen illustrerar, enligt min mening, ojämlikhet i makt och bristande mod.

REFERENSER

- Abma, T A & Widdershoven, G A M (2005). Sharing stories: Narrative and Dialogue Responsive Nursing Evaluation. *Evaluation & the health Professions*, Vol. 28: 1, ss. 90-109.
- Bauman, Z (2003). *The value of courage*. Lund: Nordic Academic Press.
- Bauman, Z (2002). *Det individualiserade samhället*. Göteborg: Daidalos.
- Björklund, L (2005). Att lämna svåra besked. I: Beck-Friis & Strang (red.) *Palliativ medicin*. Stockholm: Liber AB.
- Brülde, B (2003). Lindrat lidande som den palliativa vårdens huvudmål. I: Sandman, L & Woods, S (red.) *God palliativ vård: etiska och filosofiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K, Dahlberg, H & Nyström, M (2008). *Reflective Life world Research*. 2nd Ed. Lund: Studentlitteratur.
- Dodgson E J, Garwick, A, Blozis A, S, Patterson M J, Bennett C F & Blum W R (2000). Uncertainty in childhood chronic conditions and family distress in families of young children. *Journal of Family Nursing*, Vol. 6: 3, ss. 252-266.
- Eriksson, K (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Fagerberg, I (2004). Registered Nurses' work experiences: personal accounts integrated with professional identity. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 46: 3, ss. 284–291.
- Foot, P (2002). *Virtues and Vices and other essays in moral philosophy*. Berkeley: University of California Press: Oxford Blackwell.
- Forsman, B (1997). *Forskningsetik: en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Frankl, V E (1986). *Livet måste ha mening: erfarenheter i koncentrationslägren; logoterapins grundbegrepp*. Stockholm: Natur & Kultur.
- French, B (2005). Uncertainty and information need in nursing. *Nurse Education Today*, Vol. 26: 3, ss. 245-252.

- Friedrichsen, M (2003). Justification for information and knowledge: Perceptions of family members in palliative home care in Sweden. *Palliative and Supportive Care*, Vol. 1: 3, ss. 239-245.
- Gadamer, H-G (1997). *Sanning och metod (i urval)*. Göteborg: Daidalos.
- Graneheim H, U & Lundman, B (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I: Granskär & Höglund Nielsen (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim H, U & Lundman, B (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to archive trustworthiness. *Nurse Education Today*, Vol. 24: 2, ss. 105-112.
- Guba, E G (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Communication and Technology: A Journal of Theory, Research and Development*, Vol. 29: 2, ss. 75-91.
- Guba, E G & Lincoln S Y (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hamberg, K, Johanson, E, Lindgren, G & Westman, G (1994). Scientific rigour in qualitative research – examples from a study of women's health in family practice. *Family Practice*, Vol. 11: 2, ss. 176-181.
- Husserl, E (1964). *The idea of phenomenology*. The Hague: Nijhoff.
- Bergseth, B (2007). *Utvärdering av grundutbildningar i medicin och vård vid svenska universitet och högskolor. D. 1, Den nationella bilden: kvalitetsgranskning*. Stockholm: Högskoleverket Tillgänglig på Internet:
http://www.hsv.se/download/18.5b73fe55111705b51fd80002810/0723R_del01
- Hörberg, U (2008). *Att vårdas eller fostras: Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionella grepp*. Diss. Växjö: Växjö Universitet.
- Kim, Hesook S (2000). *The nature of theoretical thinking in nursing*. 2nd Ed. New York: Springer Publishing Company.

- Kirk, P, Kirk, I & Kristjanson, L-J (2004). What do patient receiving palliative care for cancer and their families want to be told? A Canadian and Australian qualitative study. *British Medical Journal*, Vol. 328: 7452, ss. 1343-1347.
- Knight, F H (1921). *Risk, Uncertainty and Profit*. Boston, MA: Hart, Schattner & Marx: Houghton Mifflin Company.
- Krueger, R A & Casey, M A (2000). *Focus groups: a practical guide for applied research*. 3rd Ed. California: Thousand Oaks.
- Kübler-Ross, E (1997). *Livets hjul: en självbiografi i dödens närhet*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Kvale, S (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Kvåle, K (2001). Familjen och den svårt sjuke. I: Kaasa, S.(red.) *Palliativ behandling och vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Lehoux, P, Poland, B & Daudelin, G (2006). Focus group research and 'the patient view'. *Social Science Medicine*, Vol. 63: 8, ss. 2091-2104.
- Levander, L & Wessén, E (1932). *Våra ord: deras uttal och ursprung: kortfattad etymologisk ordbok*. Stockholm: Kungl. Boktryckeriet.
- Lilja Andersson, P (2007). *Vägar genom sjuksköterskeutbildningen: studenters berättelser*. Diss. Lund: Lunds universitet.
- Lindquist, U-C (2004). *Ro utan åror: en bok om livet och döden*. Stockholm: Norstedt.
- Lundman, B (2006). Patientens och den vårdgivares erfarenhetskunskaper i relation till evidensbaserad kunskap. I Östlinder, G, Norberg, A, Pilhammar-Andersson, E & Öhlén, J (red.) *Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi den?* Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Malmström, S, Györki, I & Sjögren, P A (2000). *Bonniers svenska ordbok*. Stockholm: Bokförlaget Bonnier Utbildning AB.
- Meleis, A I, Sawyer, M L, Im, E-O, Hilfinger Messias, DA K & Schumacher, K (2000). Experiencing Transitions. An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in*

Nursing Science, Vol. 23: 1, ss. 12-28.

Mishel, M H (1988). Uncertainty of illness. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 20: 4, ss. 225-232.

Mishel, M H (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 22: 4, ss. 256-262.

Nightingale, F (1954). Anteckningar om sjukvård. (Orig.titel: *Notes on nursing. What is and what is not*). Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Nortvedt, P & Grimen, H (2006). *Sensibilitet och reflektion. Filosofi och vetenskapsteori för vårdprofessioner*. Göteborg: Daidalos.

Penrod, J (2006). Living with uncertainty: concept advancement. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 57: 6, ss. 658- 667.

Polkinghorne, E D (2006). An agenda for the second generation of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, Vol. 1: 2, ss. 68-77.

Ricoeur, P (1991). *From text to action. Essays in Hermeneutics*, II. Chicago: The University of Chicago Press.

Rönnerman, K (red.) (2004). *Aktionsforskning i praktiken: erfarenheter och reflektioner*. Lund: Studentlitteratur.

Sandelowski, M (1995). Qualitative analysis: What it is and how to begin. *Research in Nursing and Health*, vol. 18: 4, ss. 371-375.

Schuster, M (2006). *Profession och existens: en hermeneutisk studie av asymmetri och ömsesidighet i sjuksköterskors möten med svårt sjuka patienter*. Diss: Stockholm: Stockholms Universitet.

Shelp, E E (1984). Courage: a neglected virtue in the patient-physician relationship. *Social Science Medicine*, Vol. 18: 4, ss. 351-360.

- Silfverberg, G (1999). *Praktisk klokhet. Om dialogens och dygdens betydelse för yrkesskicklighet och socialpolitik*. Stockholm: Brutus Östlings Bokförlag Symposion.
- Skau, G-M (2001). *Mellan makt och hjälp. Förhållandet mellan klient och hjälpare i ett samhällsvetenskapligt perspektiv*. 2. uppl. Stockholm: Liber.
- Skott, C (red.) (2004). *Berättelsens praktik och teori – narrativ forskning i ett hermeneutiskt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Stringer, E T & Genat, W J (2004). *Action research in health*. Upper Saddle River, NJ: Merrill Prentice Hall.
- Svenaesus, F (2003). *Sjukdomens mening. Det medicinska mötets fenomenologi och hermeneutik*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Taylor-Piliae, R E & Molassiotis, A (2000). An exploration of the relationships between uncertainty, psychological distress and type of coping strategy among Chinese men after cardiac catheterization. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 33: 1, ss. 79-88.
- Thompson, C & Dowding, D (2001). Responding to uncertainty in nursing practice. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 38: 5, ss. 609-615.
- van Manen, M (1990). *Researching lived experience. Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- Wade, D T & Halligan, P W (2004). Do biomedical models of illness make for good health systems. *British Medical Journal*, Vol. 329: 7479, ss. 1398-1401.
- Waterman, H, Tillen, D, Dickson, R & de Koning, K (2001). Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technology Assessment*, Vol. 5: 23, ss. 11-16.
- Wennberg, B-Å & Hane, M (2005). *Metodologisk plattform: för vår användning av fokusgrupper och fokusberättelser*. 2. uppl. Göteborg: Copyshopen.

Wibeck, V (2000). *Fokusgrupper: om fokuserande gruppintervjuer som undersökningsmetod*. Lund: Studentlitteratur.

Öhlén, J (2001). *Lindrat lidande. Att vara i en fristad – berättelser från palliativ vård*. Nora: Nya Doxa.

Du tillfrågas härmed om deltagande i denna forskningsstudie kring fenomenet ovisshet

I en tidigare kurs har du och dina kurskamrater skrivit berättelser om ovisshet. Berättelserna har ni i grupp analyserat genom att ställa frågor till texterna; vad innebär ovisshet, vad är det som utlöser ovisshet, vad gör ovisshet med människor? Den aktuella studien syftar till att komma ett steg närmare sammankopplingen mellan teori och praktik genom att i grupp diskutera frågan: Utifrån det vi har kommit fram till om ovisshet: vilka förslag har vi på omvårdnadsåtgärder i arbetet som sjuksköterska?

Fokusgruppen träffas vid *ett* tillfälle under cirka 90 minuter. Gruppen träffas på Högskolan Kristianstad och moderatorer är Johanna Norén och Ingela Beck. Inför fokusgruppsamtalet kommer du att få läsa en ny berättelse som bygger på de berättelser din klass skrivit. Under samtalet kommer även den analys som klassen gjorde att finnas tillgänglig. Även om utgångspunkten för fokusgruppsamtalet är den nya berättelsen är det naturligtvis frivilligt att lyfta vad som stod i din egen berättelse. Fokusgruppsamtalet kommer att bandinspelas och skrivas ut. Inga namn kommer att antecknas.

Efter att materialet har analyserats kommer du att få ta del av analysen samt ha möjlighet att påverka innehållet. Resultatet kommer att publiceras i form av ett självständigt arbete på magisternivå under vårterminen 2008.

Att berätta om ovisshet kan eventuellt väcka svåra minnen till liv. Om du efter samtalet vill prata mer med någon av oss får du gärna ta kontakt. Projektgruppen kan inte förutse några andra risker med ditt deltagande. Om du väljer att delta eller ej kommer inte att påverka dina betyg framöver. Eftersom inga namn antecknas kommer ingen att veta vad just du har sagt. Utskrifterna behandlas konfidentiellt och endast projektgruppen bestående av nedanstående personer samt Ingela Beck kommer att ha tillgång till materialet.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan att motivera varför. Det kommer inte att få några negativa konsekvenser för Dig.

Har du några frågor får du gärna kontakta någon av nedanstående

Johanna Norén
044-204062 alt. 070-660 67 67
jn22gs@student.hik.se

Kerstin Blomqvist
044-208561 alt. 073-512 46 30
kerstin.blomqvist@hkr.se

Högskolan i Kalmar
Humanvetenskapliga institutionen
Stagneliusvägen 14
391 82 Kalmar

Högskolan Kristianstad
Institutionen för hälsovetenskaper
Elmetorpsvägen 15
291 88 Kristianstad

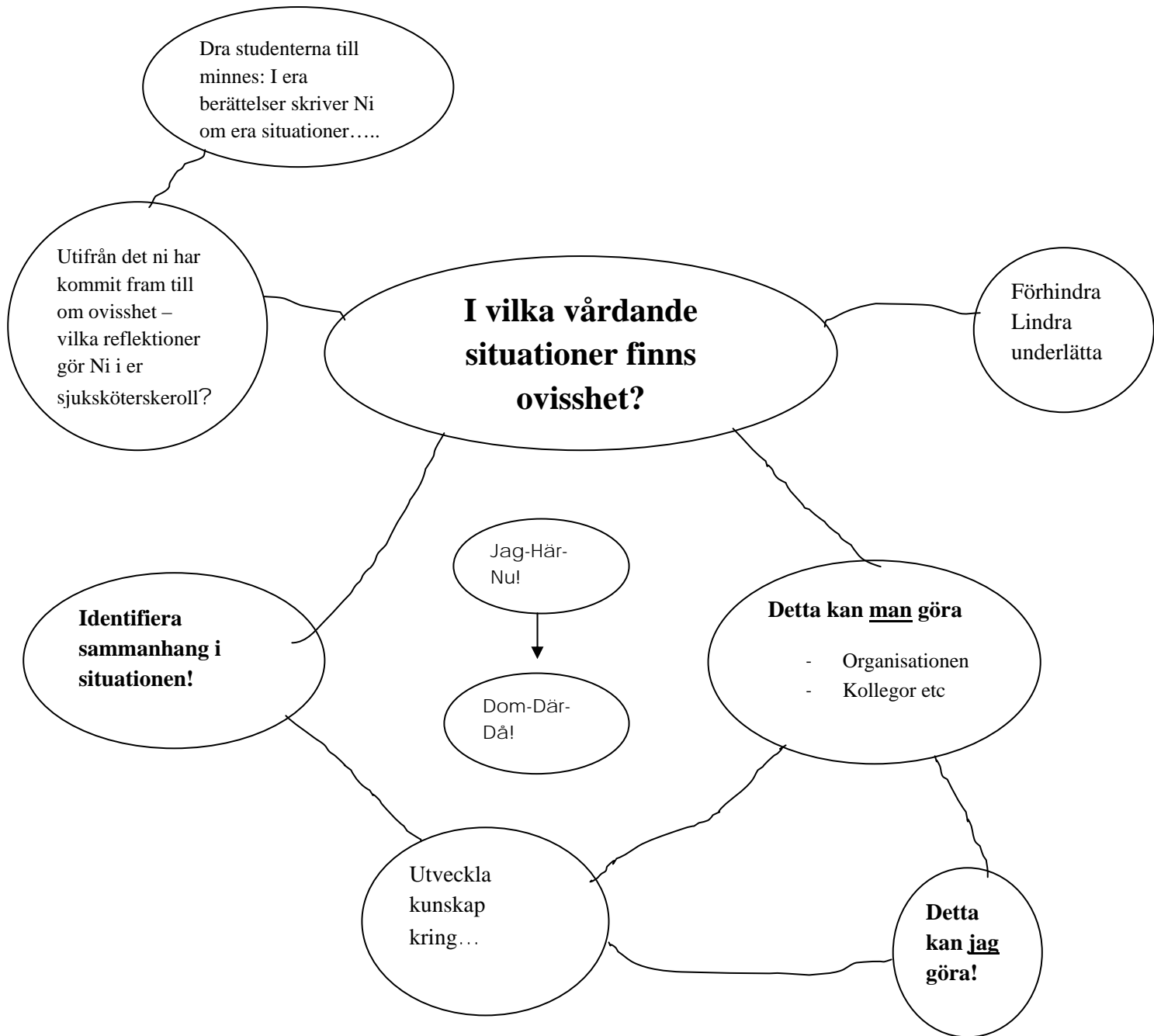
Berättelse om fenomenet ovisshet

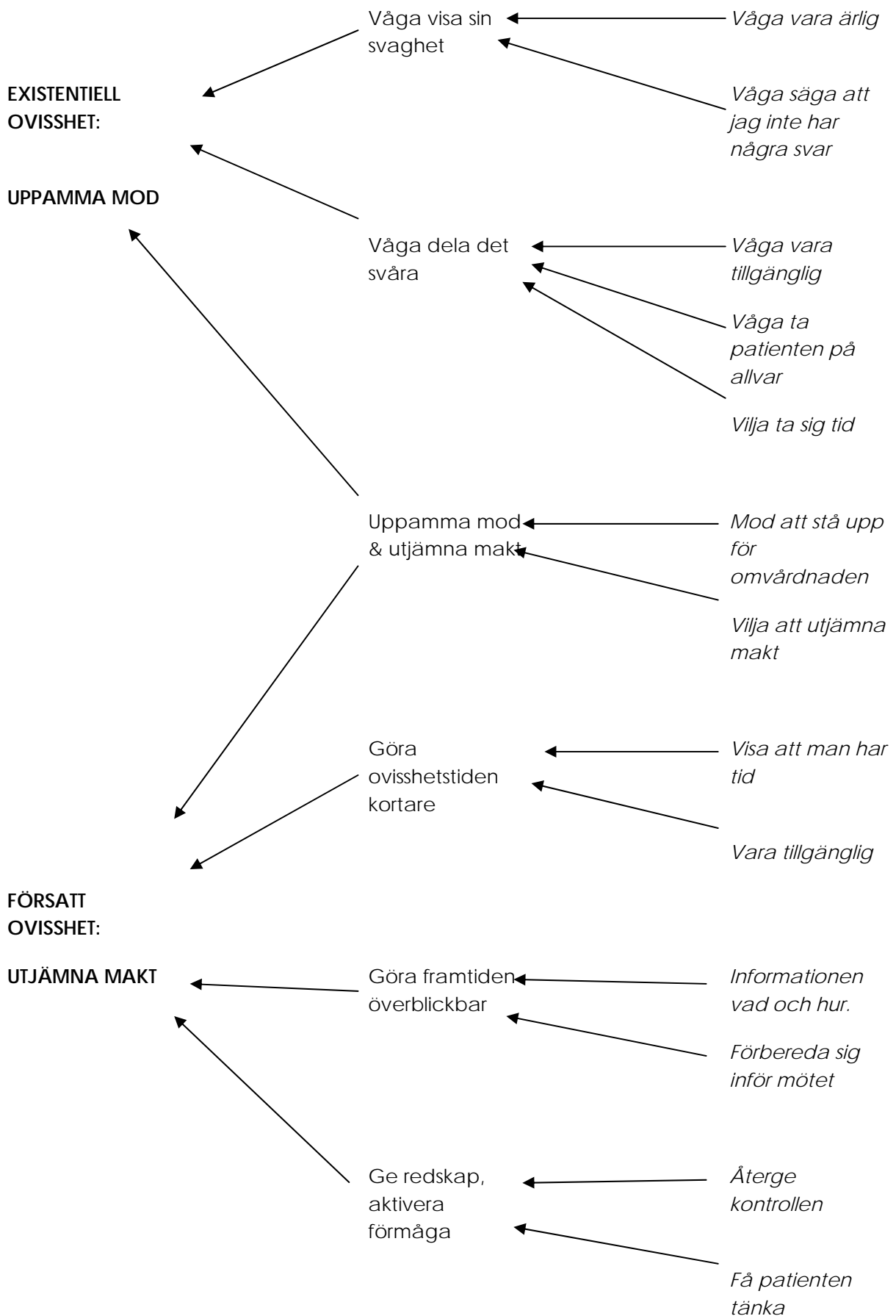
Det var en gång för många år sedan. Jag befann mig i en ny roll i mitt liv. Jag hade bara några veckor innan blivit mamma för första gången. Just denna dag som jag minns så tydligt var det söndag eftermiddag och jag hade lagt mig för att vila eftersom jag var helt slut. Som alla nyblivna mammor hade jag svårt att sova om nätterna. Jag vaknade av det minsta knyst från min lilla dotter Isabell och hon brukade vakna flera gånger om natten och bara skrek. Jag upplevde det svårt att veta vad hon ville förmedla. Vilde hon ha mat? Vilde hon ha kontakt? Hade hon ont? Utöver detta var det svårt för mig att få rätt på amningen. Såriga, läckande och värkande bröst och dessutom hade jag feber. Jag kände att jag fick bra stöd av min man Håkan. Dels genom att han tog hand om hemmet och genom att ta hand om Isabell.

Just denna söndagseftermiddag hade jag lagt mig i sängen och faktiskt somnat. När jag vaknar efter en stunds god sömn känner jag direkt att kroppen är på helspänn och jag hoppar ur sängen. Tankarna far igenom huvudet... Var är hon? Var är han? Kan inte tänka på något annat än att jag måste vara där Isabell är. Var är de? Hon behöver mig säkert, skriker och vill ha mat? Jag går runt och letar i huset men ingen är hemma förutom jag. Kan de ha gått ut för att gå? Det kan de bara inte, inte utan mig? Min kropp är spänd, mina axlar kryper upp mot öronen och det värker i kroppen. Jag blir rädd. Kan det hänt dom något? En stor klump växer fram i magen, en obehaglig klump som blir större och större allt eftersom tiden går. Känslan upptar mina tankar och jag känner att jag vill gråta.

Han har tagit Isabell utan att fråga mig! Hur kan han göra så här mot mig? När har han tänkt komma tillbaka? Förmodligen aldrig! Känner att min oro blir till ilska inom mig. Han förstår ingenting om barn! Nu är det han som förstör så inte jag kommer att kunna amma.

Plötsligt hördes ett ljud ifrån ytterdörren. Håkan står innanför dörren alldeles rosigt om kinderna och vid sidan om honom ligger Isabell tryggt och gott i barnvagnen... Håkan ropar glatt att de varit ute och gått en riktigt lång runda och varit och hälsat på hans syster. Han hade tagit med sig bröstmjölken som fanns i frysen så de skulle kunna vara borta en bra stund. Han undrar om jag passat på att sova gott?!





annorlunda