



HÖGSKOLAN  
I SKÖVDE

**Sjuksköterskors erfarenheter  
och upplevelser av att vårda  
unga kvinnor som drabbats av  
bröstcancer – en kvalitativ  
intervjustudie**

**Nurses experiences of caring  
for young women with breast  
cancer – a qualitative interview  
study**

Examensarbete inom huvudområdet omvårdnad  
Grundnivå  
15 Höskolepoäng  
Vårtermin 2011

Författare: My Afzelius  
Anna Sjölund

## SAMMANFATTNING

Titel:	Sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda unga kvinnor med bröstcancer – en kvalitativ intervjustudie
Författare:	Afzelius, My; Sjölund Anna
Institution:	Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde
Program/Kurs:	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete i omvårdnad, OM525G, 15 Hp
Handledare:	Pettersson, Annika
Examinator:	Browall, Maria
Sidor:	23
Nyckelord:	Bröstcancer, unga kvinnor, sjuksköterskors upplevelser, sjuksköterskors erfarenheter, omvårdnad

---

**Bakgrund:** Att få diagnosen bröstcancer sätter hela tillvaron på spel, särskilt för unga kvinnor i fertil ålder, då de ofta befinner sig i en komplex livssituation. **Syfte:** Syftet med denna studie är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av vad som är viktigt i omvårdnaden av unga kvinnor som drabbats av bröstcancer. **Metod:** Kvalitativ metod med halvstrukturerade forskningsintervjuer, enligt Kvale och Brinkmann har använts. De transkriberade intervjuerna har analyserats med kodning, meningskoncentrering och meningstolkning. **Resultat:** Omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer skiljer sig inte från andra patientgrupper. Även om alla patienter ska behandlas på lika villkor, ska omvårdnaden individanpassas. Viktiga delar, exempelvis djupa samtal, upplevs som svåra i omvårdnaden och hänvisas till andra yrkesgrupper. Dock betonar sjuksköterskorna vikten av dessa samtal för att få en relation till patienterna. **Diskussion:** Vårdrelationen är viktig för att få tillgång till vad patienterna anser vara viktigt i omvårdnaden. Utan den är det inte möjligt att ge patienterna rätt stöd. Vårdandet bör vara individanpassat eftersom upplevelsen av hälsa är subjektiv. Sjuksköterskorna verkar ovana att reflektera över sig själva och sina erfarenheter, något som speglas i deras ovilja att diskutera känsliga ämnen.

## ABSTRACT

Title:	Nurses' experiences of caring for young women with breast cancer – a qualitative interview study
Authors:	Afzelius, My: Sjölund, Anna
Department:	School of Life Sciences, Högskolan I Skövde
Course:	Degree of Bachelor of Science in Nursing, Thesis in Nursing Care, 15 ECTS
Supervisor:	Pettersson, Annika
Examiner:	Browall, Maria
Pages:	23
Keywords:	breast cancer, young women, nurse perception, nurses experiences, caring

---

**Background:** Being diagnosed with breast cancer is an overwhelming experience, especially for young women of childbearing age, because they often find themselves in a complex life situation. **Aim:** The aim of the study was to describe nurses' experiences of what is important in caring for young women with breast cancer. **Method:** The data was collected by semi-structured qualitative interviews according to Kvale and Brinkmann. The transcribed interviews have been analyzed to understand their meaning. **Results:** Caring of young women with breast cancer do not differ from other patient groups. Although all patients should be treated on equal terms, caring should be individualized. Important elements, such as deep conversations, are perceived as difficult in caring and referred to other professionals. However, the nurses stress the importance of these conversations to get a relationship with the patients. **Discussion:** A caring relationship is important in order to get access to what patients considers important in caring. Without a caring relationship, it is impossible to give the patients the right support. Caring should be individualized because the perception of health is subjective. The nurses seem unfamiliar with self reflection which shows in their unwillingness to discuss sensitive topics.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING.....	1
BAKGRUND.....	1
Incidens.....	1
Symtom, diagnos och behandling vid bröstcancer.....	1
Unga kvinnors upplevelser av bröstcancer.....	2
Bevara sin identitet.....	2
Två olika världar.....	3
Livssammanhang.....	3
Omvårdnad vid bröstcancer.....	3
Vårdande.....	4
Hälsa och välbefinnande.....	5
Människan.....	5
Livssammanhang och miljö.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	5
SYFTE.....	6
METOD.....	6
Urval/deltagare.....	6
Datinsamling.....	7
Dataanalys.....	7
Etiska aspekter.....	8
RESULTAT.....	9
En vårdande relation.....	9
Individanpassad omvårdnad.....	9
Sjuksköterskans egenskaper.....	10
Känna empati.....	11
Samtal och information.....	11
Betydelsen av sjukdomsförloppet.....	12
Hjälpa patienterna att hitta egen kraft.....	13
Inge hopp.....	13
Göra sjukdomen hanterbar genom att ge stöd.....	14
Balans mellan frisk och sjuk.....	14
Förstå kroppens betydelse för välbefinnande.....	14
Uppleva meningsfullhet.....	15
RESULTATSAMMANFATTNING.....	16
DISKUSSION.....	17
Metoddiskussion.....	17
Resultatdiskussion.....	18
Slutsats.....	22
Kliniska implikationer.....	23
REFERENSER.....	24

## BILAGOR

Bilaga 1 Informationsblad

Bilaga 2 Intervjuguide

Bilaga 3 Beskrivning av analysprocess

## **INLEDNING**

Den vanligaste cancerformen för kvinnor är bröstcancer, både i Sverige och internationellt. Att få diagnosen bröstcancer sätter hela tillvaron på spel för den som drabbas, särskilt för unga kvinnor i fertil ålder, då de befinner sig i mitten av livet. Förutom den fysiska förändringen innebär diagnosen även en dramatisk förändring av självbilden och relationen till de närstående. Bröstcancer är ett laddat ord som skrämmer samt förknippas med lidande och död (Bergh, Brandberg, Ernberg, Frisell, Fürst & Hall, 2007). Unga kvinnor som drabbats av elakartad bröstcancer kräver mycket av vårdaren då kvinnorna har en komplex livssituation. Dessutom är recidivrisker stor. För att lyckas vårda på ett bra sätt krävs stor kunskap om sjukdomen, mänskliga behov och existentiella frågor (Coyne & Borbasi, 2009). Idag finns lite forskning om hur sjuksköterskor upplever omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer. Denna studie vill belysa deras erfarenheter och upplevelser för att öka kunskapen inom området. Det är viktigt att beakta sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser för att kunna utveckla vården. Denna studie har en vårdvetenskaplig utgångspunkt och utgår därmed från de ontologiska utgångspunkterna; människa, hälsa och välbefinnande, vårdande samt livssammanhang och miljö, enligt Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) och Wiklund (2003).

## **BAKGRUND**

### **Incidens**

I Sverige drabbas ca 7000 kvinnor varje år av bröstcancer; (Socialstyrelsen, 2009). År 2007 insjuknade 7049 kvinnor vilket representerar 29,2 % av alla cancerfall (Socialstyrelsen, 2009). Detta innebär att ett 20-tal kvinnor får sin diagnos varje dag (Bergh et al, 2007). Att drabbas av bröstcancer i 20-årsåldern är mycket sällsynt, men från 30-årsåldern och uppåt ökar incidensen med stigande ålder fram till klimakteriet. Efter menopaus visar statistiken på en plåtå, för att sedan stiga igen (Ringborg, Dalianis & Henriksson, 2008). Genomsnittsåldern för att drabbas av bröstcancer är 60 år och färre än 5 % är under 40 år vid insjuknandet (Socialstyrelsen, 2009).

### **Symtom, diagnos och behandling vid bröstcancer**

Många kvinnor är medvetna om vikten av att undersöka sina bröst själva (Budden 1996). Detta är viktigt eftersom diagnos och behandling i ett tidigt skede av cancer leder till bättre prognos (a a; Socialstyrelsen, 2009). Med mammografiscreening, som sker i åldern 40-75 år, upptäcks majoriteten av all bröstcancer ofta relativt tidigt i sjukdomsförloppet. Det vanligaste symtomet är en knöl i bröstet eller armhålan, som kan vara hård och oöm. Det finns även andra symtom som klar och genomskinnlig eller blodig vätska från bröstvårtan, indragning av huden samt utslag eller rodnad på bröstet (Socialstyrelsen, 2009).

Diagnostiseringen går till med så kallad trippeldiagnostik, vilket innebär en klinisk undersökning, en mammografi och en biopsi för att ta prov på cancercellerna (Bergh et al, 2007; Socialstyrelsen, 2009).

Behandlingen utgörs av kirurgi (Socialstyrelsen, 2009), där tumören opereras bort, antingen med en partiell mastektomi, där delar av bröstet opereras bort eller med en komplett mastektomi, där hela bröstet opereras bort (Järhult & Offenbartl, 2006). För att fastställa utbredningen av cancer görs även en operation av armhållans lymfkörtlar. Den kan utföras med två metoder, sentinel node-operation eller genom att ett flertal lymfkörtlar opereras bort. Sentinel node-operation innebär att det sker en identifiering av den första lymfkörtel som tumörområdet dränerar sig till för att undersöka om det finns cancerceller i den. I de fall lymfkörteln innehåller cancerceller opereras den och ett flertal andra lymfkörtlar bort, annars lämnas armhållan i övrigt orörd (Socialstyrelsen, 2009).

Alla kvinnor som behandlas med en mastektomi har rätt till en kirurgisk rekonstruktion av bröstet (Ringborg et al 2008). Efter operationen följer ofta en adjuvant (kompletterande) behandling, för att minska risken för återfall, i form av cellgifter, antihormon- och/eller strålbehandling samt antikroppar, beroende på cencertyp. De kvinnor som genomgått bröstbevarande kirurgi rekommenderas ofta strålbehandling för att minska risken för recidiv (Järhult & Offenbartl, 2006; Socialstyrelsen, 2009).

Bröstcancer hos unga kvinnor är ofta mer aggressiv och har därmed en sämre prognos, vilket gör det extra viktigt att använda kirurgi som behandlingsmetod (Axelrod et al, 2008). Cellgifter ges i sex kurer i olika kombinationer beroende på cencertyp. Det är en påfrestande behandling för kvinnorna på grund av biverkningar (Järhult & Offenbartl, 2006), såsom illamående, kräkningar och trötthet (Pelusi, 2006). Idag finns det dock läkemedel som reducerar biverkningarnas intensitet. Att ge symtomlindring är en viktig del i omvårdnaden av dessa patienter. Behandlingens aggressivitet och därmed biverkningar, bör vägas mot kvinnans egna önskemål, allmäntillstånd, ålder och cancers spridning (Svenska bröstcancergruppen, 2011).

Vid hormon känsliga tumörer kompletteras mastektomin med en femårig postoperativ behandling med antiöstrogener, som blockerar östrogenets effekter, vilket innebär att kvinnorna går in i ett för tidigt klimakterie (Järhult & Offenbartl, 2006). Även om kvinnan inte drabbats av infertilitet och för tidig menopaus under behandlingen finns risken att detta kan ske efter att behandlingen avslutats (Oktay et al, 2003). När flera olika kombinationer av behandlingar prövats utan verkan ändras behandlingens karaktär och blir palliativ (lindrande) (Järhult & Offenbartl, 2006).

## **Unga kvinnors upplevelser av bröstcancer**

### **Bevara sin identitet**

Enligt Coyne och Borbasi (2009) upplevde många unga kvinnor att det var svårt att bibehålla sin sociala förmåga efter insjuknandet då diagnos och behandling var en stressfaktor både psykiskt och socialt. De upplevde sämre välbefinnande jämfört med äldre patienter (a a). Ofta ledde bröstcancer till en försämrad självbild och/eller påverkad sexualitet i relation till kroppsförändringar (Beatty, Oxlad, Koczwarra & Wade, 2008; Fobair et al, 2006). En studie visade att en mastektomi, liksom övrig behandling,

påverkade unga kvinnor mer än äldre, då kroppsuppfattning, självförtroende och sexualitet förändrades. Att förlora ett bröst, tappa håret och få utslag i exempelvis ansiktet gjorde att unga kvinnor kände sig mindre attraktiva och feminina. Många kvinnor beskrev hur bröstcancern utmanade deras självbild och att de inte längre visste vilka de var (Beatty et al., 2008).

Kvinnorna i en studie av Coyne och Borbasi (2009) hade svårt att acceptera rollen som sjuk och de plötsliga förändringar som det innebar. Efter att diagnosen ställts upplevde kvinnorna en fas där de ifrågasatte varför just de drabbats så tidigt i livet och insikten om hur allvarlig sjukdomen var blev ofta kaotisk. Särskilt då behandlingen ofta innebar ökad risk för tidig menopaus och relaterade konsekvenser (a a).

När kvinnorna fått sin diagnos och hört ordet cancer var det ofta svårt att ta till sig resterande information. Det kunde upplevas som att de betraktade sig själva utifrån utan att förstå vad som egentligen hände (Dentschuk, 2006). Unga kvinnor kunde uppleva att tiden mellan diagnos och behandling var för kort för att kunna anpassa sig till en livshotande sjukdom. Ofta skiljde sig behandlingen mellan unga och äldre kvinnor, då de yngre oftare än äldre fick en mer aggressiv form av cancer. Detta ställer andra krav på omvårdnaden, då sjukdomsförloppet kan gå snabbt och det är stor risk för recidiv (Coyne & Borbasi, 2009).

### **Two different worlds**

Unga kvinnor med bröstcancer upplevde att de levde i två olika världar. Den ena bestod av diagnos, medicin, behandlingar och diskussioner om döden. I den andra världen kämpade kvinnan för att behålla sin gamla identitet, få kontroll över sina känslor, vara tillsammans med vänner och familj som tidigare, samt försöka hitta en ny identitet för livet efter sjukdomen (Fisher, 2007). Kvinnans inställning till sjukdomen påverkade hennes förmåga till coping (förmåga att bemästra sin livssituation). Att känna hopp gjorde det lättare att bemästra cancer (Boehmke & Dickerson, 2006).

### **Livssammanhang**

De unga kvinnor som drabbades befann sig mitt i livet och många hade små barn. Det var även svårt för familjen att anpassa sig till en livshotande diagnos (Coyne & Borbasi, 2009). Att behöva vara stark inför familjen för att behålla en normalitet och ett lugn upplevdes många gånger som stressande. De kände att de måste finnas där för barnen trots att de själva behövde stöd och hjälp. Många kvinnor upplevde stor ensamhet även om de hade ett stort socialt nätverk (a a). Kvinnorna upplevde att det fanns dåligt med stöd till familjen och skrämdes av att barnen ofta förknippade sjukdomen med död (Ferrell, Grant, Otis-Green & Garcia, 1999). Kvinnorna kände rädsla för att dö och inte få se sina barn växa upp, vilket var en källa till oro (Dunn & Steginga, 2000). De kunde även känna skuld och rädsla för att deras döttrar skulle drabbas av bröstcancer (Ferrell et al., 1999).

### **Omvårdnad vid bröstcancer**

Enligt sjuksköterskor i en studie av Ödling, Norberg och Danielsson (2002) var det viktigaste inom omvårdnaden av kvinnor med bröstcancer att kunna ge information och stöd, att finnas där samt samtala om existentiella frågor (a a). Även behovet av

undervisning och emotionellt stöd har visat sig vara viktigt för att patienterna ska kunna hantera chocken som diagnosen kunde ge (Saraswathi, Nenny, Ho & Wong, 2005). I en studie var individuellt psykosocialt stöd givet av specialutbildade sjuksköterskor lika betydelsefullt och minst lika effektivt, vad det gällde välbefinnande och coping, som det stöd som gavs av psykologer. Patienterna upplevde att sjuksköterskornas stöd var mer helhetsbaserat och inkluderade såväl sjukdomen som upplevelsen av denna samt miljöns och närståendes betydelse (Arving et al, 2006). Enligt Ödling, Norberg och Danielssons studie (2002) hade många sjuksköterskor dock ett eget stort, icke tillfredsställt, behov av stöd och samtal samt bristande kunskap om vad patienterna och deras anhöriga behövde.

Många sjuksköterskor påpekade att de skulle vilja göra mer för patienterna men att de på grund av tidsbrist, brist på kunskap och låg personaltäthet fick ge avkall på detta (Reed, Scanlon & Fenlon, 2010). Enligt studien av Arving et al (2006) var det viktigt att det fanns specialutbildade sjuksköterskor då de flesta unga kvinnor som fick diagnosen bröstcancer fick en chock (a a). Rätt kompetens och stöd kunde hjälpa kvinnorna och deras familjer att hitta copingstrategier i ett tidigt skede av diagnos och behandling, vilket sparade mycket lidande (Coyne & Borbasi, 2009). Enligt Hardie och Leary (2010) önskade kvinnorna att sjuksköterskor med rätt kunskap skulle finnas till hands efter läkarbesök för att kunna förklara och ge råd.

I omvårdnaden var det viktigt att sjuksköterskor hade förståelse för betydelsen av relationer, sexualitet och kroppsuppfattning för att kunna uppmuntra till bättre självförtroende, både under och efter behandling. Detta för att undvika negativa effekter för kvinnans välbefinnande (Pelusi, 2006). I en kvalitativ intervjustudie beskrev bröstcancerdrabbade kvinnor, som väntade på en mastektomi, hur de led mer av psykiska påfrestningar än av fysiska. De uttryckte ett behov av framförallt känslomässigt stöd och en önskan om en relation till de sjuksköterskor som vårdade dem. Genom att lyssna, acceptera kvinnornas känslor och informera dem i detalj kunde sjuksköterskorna förmedla en känsla av trygghet som kunde hjälpa kvinnorna att behålla hopp och förmåga att hantera verkligheten. De skapade således den vårdande relation kvinnorna var i behov av (Remmers, Holtgräwe & Pinkert, 2009).

Eftersom många kvinnor idag skjuter upp sitt barnafödande ökar andelen fall av kvinnor som drabbats av bröstcancer innan familjen är komplett (Camp-Sorrell, 2009). Enligt Schattman och Navarro (2008) behöver de drabbade kvinnorna därför bli informerade om alla alternativa möjligheter för att få barn. Alla möjligheter borde diskuteras så fort diagnosen ställts (a a). Graviditet kan dessutom ha en positiv effekt på förmågan att kunna leva vidare efter diagnosen (de Bree, Makrigiannakis, Askoxylakis, Melissas & Tsiftis, 2010). Oavsett om kvinnan ville ha barn eller inte var fertilitet en viktig fråga, som skulle diskuteras, då det påverkade livskvalitén (Camp-Sorell, 2009). Sjuksköterskor förväntas kunna introducera känsliga ämnen för patienten, såsom exempelvis fertilitet och sexualitet. Dock kände sig många sjuksköterskor så dåligt förberedda att de undvek dessa ämnen (a a).

## **Vårdande**

Målet med vårdande är att främja patienters hälsa och välbefinnande, förebygga sjukdom och ohälsa, lindra lidande och verka för en fridfull död. Allt detta med respekt och öppenhet för autonomi, integritet, ålder, kön, etnisk bakgrund, tro och sociala villkor (Socialstyrelsen, 2005). Vårdandet bygger på en mellanmänsklig relation mellan



patient och vårdare där vårdaren inte räknar med att få ut något för egen del utan utgår från patienten (Dahlberg et al., 2003). Patienten skall ses som den främsta experten på sig själv och syftet med vårdandet är att stödja patientens tillväxtprocess vad det gäller välbefinnande (Wiklund, 2003). För att kunna förstå vad patienten anser att välbefinnande är, bör vårdaren lyssna samt sätta sina egna intressen och rädslor åt sidan. Reflektion, både över det som händer i vårdrelationen och det som händer med vårdaren själv, är ett viktigt verktyg i omvårdnaden (Dahlberg et al., 2003; Malmsten, 2008 & Wiklund, 2003).

## **Hälsa och välbefinnande**

Hälsa och välbefinnande är vårdandets målsättning, där hälsa är en subjektiv upplevelse som kan kopplas till känslan av välbefinnande (Dahlberg et al., 2003). Därmed behöver hälsa inte betyda frånvaro av sjukdom, utan kan istället förstås i förhållande till lidande (Wiklund, 2003). Vårdaren bör bemöta lidandet och låta det "lida ut" för att skapa förutsättningar för hälsa (Eriksson, 1994). Välbefinnandet hos unga kvinnor som drabbats av bröstcancer var ofta dåligt då diagnosen satte hela tillvaron på spel (Beatty et al., 2008). De upplevde lidande i form av sjukdomssymtom, biverkningar av behandling, känslor av hopplöshet, skuld och ensamhet samt existentiellt lidande med frågor som – Varför just jag? (Coyne & Borbasi, 2009).

## **Människan**

Utifrån ett vårdvetenskapligt synsätt ses människan som en unik enhet bestående av kropp, själ och ande, där helheten är större än dessa delar (Dahlberg et al., 2003). Att utgå från en sådan begreppslig utgångspunkt kan vara till hjälp för att kunna förstå och tillmötesgå människans olika behov, såväl kroppsliga som känslomässiga och existentiella (Wiklund, 2003). För att omvårdnaden av unga kvinnor som drabbats av bröstcancer ska bli så bra som möjligt bör den som vårdar kunna se kvinnan som den komplexa helhet hon är. Vårdaren bör kunna tillfredsställa kroppsliga behov men också kunna möta kvinnans känslor och tankar samt finnas där och lyssna på existentiella funderingar (a a).

## **Livssammanhang och miljö**

Människan kan aldrig ses isolerad från det livssammanhang och den miljö hon befinner sig i då detta utgör hennes livsvärld. Att förstå patientens livssituation, miljö och dagliga liv är en del i att se människan i sin helhet eftersom hon både påverkar och påverkas av sin omgivning (Wiklund, 2003). Eftersom många unga kvinnor som drabbats av bröstcancer befinner sig i en komplex livssituation, med exempelvis ansvar för familj och barn eller karriär, är det extra viktigt att vårdaren ser till kvinnans livssammanhang och involverar närstående i omvårdnaden (Coyne & Borbasi, 2009).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Det finns idag gott om forskning om omvårdnad vid bröstcancer generellt men den är mest inriktad på patienternas upplevelser av omvårdnad. Kunskapen om

sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser av att vårda unga kvinnor med bröstcancer är inte lika utbredd. För att sjuksköterskor ska kunna vårda unga kvinnor med bröstcancer på bästa sätt, krävs kunskap om omvårdnad från såväl sjuksköterskesom patientperspektiv. Ett sjuksköterskeperspektiv är viktigt då sjuksköterskor är omvårdnadsansvariga. Ökad kunskap kan identifiera möjligheter och hinder i omvårdnaden för att denna ska kunna utvecklas. Målet med denna studie är att få ökade kunskaper om sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda dessa kvinnor, då det kan bidra till en ökad förståelse för vad som är viktigt i omvårdnaden.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av vad som är viktigt i omvårdnaden av unga kvinnor som drabbats av bröstcancer.

## **METOD**

Metoden som har använts för att få svar på studiens frågeställningar är kvalitativ. Detta då kvalitativ metod har som mål att ge ökad förståelse för upplevelser, erfarenheter eller andra fenomen som inte kan mätas. Metoden refererar till och vill förstå värden, motiv, innebörd, avsikt eller intention i mänskliga upplevelser, erfarenheter och beteenden (Starrin & Svensson, 1994).

Den valda metoden är kvalitativa halvstrukturerade forskningsintervjuer enligt Kvale och Brinkmann (2009) och analysen har gjorts med fokus på meningen, vilket innebär en djupare tolkning utöver det som sägs.

### **Urval/deltagare**

Inklusionskriterier för deltagarna i denna studie var att de skulle vara legitimerade sjuksköterskor, arbeta på en avdelning eller mottagning på ett sjukhus i Sverige samt ha erfarenhet av att vårda unga kvinnor som drabbats av bröstcancer.

Rekrytering av intervjupersoner har skett genom telefonkontakt med verksamhetschefer på fem olika sjukhus inom Västra Götalands och Hallands län. Informationsblad (bilaga 1), med förfrågan om deltagande i studien, har sedan skickats till sjuksköterskor på de olika mottagningar som visat intresse.

Deltagarna i intervjuerna var sex sjuksköterskor på tre olika onkologiska mottagningar och en bröstmottagning, med lång erfarenhet av att vårda unga kvinnor med bröstcancer. Intervjupersonerna var fem kvinnor och en man. De hade cirka 15-25 års erfarenhet som sjuksköterskor och var i 30- till 60-årsåldern. Fyra av dem var specialistutbildade inom onkologi, en var direkt utbildad till onkologisjuksköterska och en hade tilläggsutbildning som bröstsköterska.

## **Datainsamling**

Datainsamlingen har genomförts i form av kvalitativa halvstrukturerade forskningsintervjuer med utgångspunkt från Kvale och Brinkmann (2009) som spelats in med diktafon. Kvalitativ metod syftar till att ta reda på vad som är meningsbärande i intervjun, identifiera nya fenomen och företeelser för att sedan kunna presentera dessa under olika kategorier och teman. Det är viktigt att ha bakgrundsinformation, såsom kunskap om metod och ämne, och samtidigt vara öppen för ny kunskap för att inte själv styra forskningen (Svensson & Starrin, 1996). Datainsamlingen har börjat genom att en frågeguide har konstruerats, i vilken ett fåtal övergripande frågor funnits, vilka i sin tur har öppnat upp för följdfrågor. Den färdiga frågeguiden bestod av två huvudfrågor samt exempel på eventuella följdfrågor (bilaga 2). Syftet med de halvstrukturerade intervjuerna har varit att inte styra intervjuerna för mycket, utan istället ge utrymme för intervjupersonerna att berätta det de själva upplever som relevant, men samtidigt ha en struktur för att inte avvika från studiens syfte.

Författarna är två sjuksköterskestudenter, vilka gjort denna studie som ett examensarbete i omvårdnad, på kandidatnivå. Författarnas personligheter är olika, vilket har varit positivt då vi kompletterat varandra under arbetets gång och då i synnerhet under datainsamlingen. En av författarna är lugnare och mer analytisk och en är mer energisk, systematisk och effektiv. En av författarna har lång erfarenhet av att arbeta med människor men bara ca ett års erfarenhet av att arbeta som undersköterska i vården. Den andra har ca sju års erfarenhet av att arbeta som vårdbiträde samt undersköterska inom såväl kommun som landsting.

Intervjuerna började med att intervjupersonerna informerades om exempelvis syftet med studien och inspelningsteknik samt fick möjlighet att ställa frågor om studien i enlighet med Kvale och Brinkmann (2009). Författarna genomförde tre intervjuer var, där båda författarna var med under de tre första intervjuerna. En författare utförde intervjun och den andra var med som observatör. De resterande intervjuerna gjordes av en författare utan observatör. Intervjuerna har genomförts med hjälp av en frågeguide (bilaga 2) med två huvudfrågor, där svaren öppnat upp för eventuella följdfrågor. Exempel på följdfrågor finns med i frågeguiden. Intervjuerna var planerade till cirka 30 minuter och varade mellan 17 och 47 minuter. Intervjuerna utfördes på sjuksköterskornas arbetsplatser när de var i tjänst, då det upplevdes som mest praktiskt av alla parter.

## **Dataanalys**

Intervjuerna är analyserade genom kvalitativ textanalys med stöd från Kvale och Brinkmann (2009). Den insamlade datan bearbetades med fokus på meningen med hjälp av kodning, meningskoncentrering och meningstolkning med inspiration av analysens sex steg (a a):

- Intervjupersonen beskriver
- Intervjupersonen själv upptäcker genom att, opåverkat, förtydliga sina uttalanden, både för sig själv och för intervjuaren
- Intervjuaren koncentrerar och tolkar under intervjun
- Intervjuaren tolkar den registrerade intervjun
- Ny och kompletterade intervju görs vid behov
- Intervjupersonen handlar utifrån de nya insikter hon/han fått genom intervjun

Enligt Kvale och Brinkmann (2009) börjar analysen redan i intervjun i enlighet med de första stegen. I början av intervjuerna har författarna försökt hålla sig passiva för att låta intervjupersonen beskriva med målet att dennes subjektiva och opåverkade mening ska bli synlig och upptäckas av denne själv. Därefter har författarna med följdfrågor försökt förtydliga det som intervjupersonen har beskrivit av sina upplevelser och erfarenheter.

Sedan har intervjuerna transkriberats ordagrant och lästs som en helhet för att ge ett intryck av sammanhanget. Samtidigt har anteckningar gjorts konstant för att försöka klargöra, utveckla och tolka det som sagts.

De transkriberade intervjuerna har sedan analyserats och tolkats med hjälp av kodning, meningskoncentrering och meningstolkning. Vid kodningen har betydande meningar i texten tagits ut och granskats. Vid meningskoncentreringen har dessa meningsbärande intervjuuttalanden dragits samman till kortare formuleringar, för att få en hanterbar struktur i texten, men ändå bevarat intervjupersonens språk utan djupare tolkning. Efter det har de koncentrerade meningarna tolkats djupare, mer kritiskt och utöver vad meningarna ordagrant säger.

Detta har resulterat i att intervjuerna har strukturerats upp i olika underkategorier (bilaga 3) som sedan delats upp i två huvudkategorier och ett övergripande tema (Kvale & Brinkmann, 2009). De nyckelord som antecknats i analysens tidiga skede har använts för att identifiera intervjuernas meningsinnehåll. Att bevara nyckelordens ursprungliga sammanhang var viktigt i analysen.

## **Etiska aspekter**

Denna studie har genomförts i enlighet med etiska riktlinjer om informerat samtycke, konfidentialitet, nyttjande, konsekvenser och forskarens roll, enligt Medicinska forskningsrådet (2003). Innan intervjuerna genomförts har intervjupersonerna fått både muntlig och skriftlig information om studiens syfte, bakgrund och metod samt hur resultatet kommer att redovisas. Detta för att säkra ett informerat samtycke. Intervjupersonerna fick även behålla en kopia av informationsbladet. Deltagandet i intervjuerna skedde på frivillig basis och intervjupersonerna informerades om att de kunde avbryta utan skäl om så önskades. Detta för att intervjuarens intressen ej skall gå före intervjupersonens (a a). Intervjumaterialet har hanterats konfidentiellt så att intervjupersonen inte kan identifieras, utan bibehållit sin integritet. De citat som förekommer i det färdiga textmaterialet har behandlats på ett sådant sätt att intervjupersonen inte ska kunna identifieras.

## RESULTAT

Efter bearbetning och analys framkom tio underkategorier som sedan har delats upp i två huvudkategorier; *en vårdande relation* och *hjälpa patienterna att hitta egen kraft* med ett övergripande tema; *sjuusköterskors erfarenheter och upplevelser i omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer* (tabell 1). Kategorierna beskriver sjuusköterskornas erfarenheter och upplevelser av vad som är viktigt i omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer. Sjuusköterskorna har under intervjuerna återkommit till patienternas erfarenheter och upplevelser istället för sina egna.

Eftersom få unga kvinnor drabbas av bröstcancer, möter intervjupersonerna inte dessa kvinnor så ofta. Då sjuusköterskorna i studien ändå har lång erfarenhet, inom onkologisk omvårdnad, upplever de ändå att deras erfarenhet har lärt dem vad som är viktigt i omvårdnaden av dessa patienter. De beskriver att kvinnorna de möter är mycket olika men har en komplex livssituation gemensamt.

Tabell 1 Tema, huvudkategorier och underkategorier

<b>Sjuusköterskors erfarenheter och upplevelser i omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer</b>	
<b>En vårdande relation</b>	<b>Hjälpa patienterna att hitta egen kraft</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Individanpassad omvårdnad</li><li>• Sjuusköterskans egenskaper</li><li>• Känna empati</li><li>• Samtal och information</li><li>• Betydelsen av sjukdomsförloppet</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ge stöd</li><li>• Inge hopp</li><li>• Göra sjukdomen hanterbar</li><li>• Balans mellan frisk och sjuk</li><li>• Förstå kroppens betydelse för välbefinnande</li><li>• Uppleva meningsfullhet</li></ul>

### **En vårdande relation**

#### **Individanpassad omvårdnad**

Att skapa en relation med patienten anser sjuusköterskorna är viktigt för att omvårdnaden ska kännas tillfredsställande för båda parter. Relationen kommer ofta naturligt då sjuusköterskorna i studien är ansvariga för ett visst antal patienter och behandlingarna upprepas med jämna mellanrum under en relativt lång period. Relationerna med patienterna upplevs vara mycket lärorika och meningsfulla. Sjuusköterskorna menar att de genom att vara patientansvariga får en nära relation till

patienterna som ofta blir personlig. Sjuksköterskorna framhåller att i de fall någon part känner att en god kontakt inte kan etableras, är det möjligt att byta patientansvarig sjuksköterska. När patienterna är färdigbehandlade innebär det att vårdrelationen tar slut, då det inte alltid finns möjlighet till uppföljning. Detta upplevs som både positivt och negativt av sjuksköterskorna. Positivt för att patienterna behöver komma ut i verkligheten och klara sig själva, vilket många av dem upplever som svårt då relationen med sjuksköterskorna utgör en stor trygghet. Negativt för att sjuksköterskorna ibland har svårt att släppa ansvaret, då de är osäkra på om patienterna kommer få det stöd de behöver efter behandlingen. Sjuksköterskornas erfarenhet säger att många patienter mår som sämst efter att behandlingen är avslutad och verkligheten hinner ikapp dem. När sjuksköterskorna anser att behovet av stöd är som störst är relationen redan bruten och de kan känna att de sviker patienterna. Att finnas där för patienterna utgör relationen. Det innebär både att vara närvarande rent fysiskt genom att ta sig tid med patienterna men även att vara här och nu med personligt engagemang och närvaro.

Genom att utgå från individen skapas en relation till patienten och sjuksköterskorna får därmed kunskap om vad som är viktigt i omvårdnaden. Omvårdnaden av alla patienter ska alltid utgå från individen och hennes livssituation. Unga kvinnor med bröstcancer skiljer sig inte från någon annan patientgrupp i liknande situation. Den professionella utgångspunkten är att omhänderta och behandla alla patienter lika.

*Alltså, jag måste säga att jag tycker ändå det, att det spelar ingen roll vilken ålder patienten har, så är den lika rädd för att dö om den är 70 år eller om den är 20 år. // Jo, men det klart att du kan jämföra dig och tänka själv att tänk om det hade varit jag, jag har ju också barn, och är i samma situation, man är i samma ålder och... Så det är klart att du kan känna lite mer så... Men jag vet inte om jag kan tycka att omhändertagandet är annorlunda så... // Man får ju också vara professionell. (IP 2)*

### **Sjuksköterskans egenskaper**

Sjuksköterskornas egen ålder och erfarenheter har betydelse i omvårdnaden då det kan vara mer känsligt att vårda unga om de själva är unga eller har liten erfarenhet. Erfarenheten stärker dem i att hålla den distans som är nödvändig för att orka utföra ett bra arbete. Flera av sjuksköterskorna tycker dock att det krävs mer i omvårdnaden av unga kvinnor.

Studien visar att en viktig egenskap som vårdare är att vara lyhörd inför patienterna, att kunna möta henne där hon befinner sig. Lyhördhet visas genom att låta patienterna styra samtalet och vilka ämnen som berörs, särskilt känsligare ämnen som sexualitet och död. En sjuksköterska benämner lyhördheten som följsamhet för patienterna som en unik individ, en uppfattning som de andra sjuksköterskorna delar. Att anpassa omvårdnaden efter individen är något som alla betonar som den kanske viktigaste delen i omvårdnadsarbetet.

*Som vårdpersonal måste man vara uppmärksam på olikheterna... och inte utgå från sig själv, som man så ofta gör. // Man måste hitta patientens strategi, hur hon tacklar den här situationen och stötta henne i detta. Och det är en konst. Ja, det är verkligen en konst! (IP 5)*

## Känna empati

Empati upplevs som en förutsättning för att kunna arbeta med den här typen av patienter. Att kunna visa empati beskrivs som en personlig styrka som inte kan tas för given. Sjuksköterskorna anser att det är viktigt att poängtera för patienterna att de inte kan förstå fullt ut, eftersom de inte själva är eller har varit drabbade, men att de ändå kan känna medkänsla och finnas där för patienterna.

*Man möter ju saker som man blir... som tar hårdare i en. Det möter man ju. Och det är man ju känslig för... och det hoppas jag, att den dagen jag inte är känslig för det, då kanske jag inte skulle vara här längre. För det är ju en medmänsklighet, en empatiförmåga som... alltså att möta varje patient. (IP 5)*

Empati är en viktig del i sjuksköterskornas professionalitet. Det gäller dock att hitta en balans mellan empati och distans. Lika viktigt som det är att känna med patienterna, är det att kunna hålla en professionell distans. Det är möjligt att vara ledsen med patienterna, men det är viktigt att reflektera kring varför. Är det för patienternas skull eller för sin egen? Det framkommer att förväntningen på att känna empati kan leda till en inre konflikt. Exempelvis gällande att känna medkänsla med dem som har en god prognos och efter sin mastektomi betraktas som friska. Många patienter som får adjuvant behandling upplevs må sämre psykiskt till följd av biverkningar och kroppsförändringar, än de som har en spridd cancer och är i ett senare skede av sjukdomen. Detta kan vara svårt att möta för sjuksköterskorna, då de upplever att de som överlever borde uppskatta livet mer. Att uttrycka en sådan sak för patienter eller kollegor är dock otänkbart.

Det upplevs som viktigt att patienterna ska känna sig bekräftade och sedda. Sjuksköterskorna visar detta genom små saker som de upplever har stor betydelse, exempelvis att erbjuda en extra filt, en kopp kaffe och visa att de kommer ihåg patienterna. Genom att få uppskattning av denna omtanke får även sjuksköterskorna bekräftelse tillbaka.

## Samtal och information

Samtal är en viktig och naturlig del i sjuksköterskornas arbete. Samtalen syftar till att skapa en relation med patienterna samt ge information. Information är viktigt för att patienterna ska förstå sjukdomen, sina reaktioner samt sin kropp och därigenom kan de vara delaktiga i sin omvårdnad. Ju mer välinformerade patienterna är från början, desto enklare blir det både för sjuksköterskorna och patienterna.

*För de flesta kvinnorna som kommer hit och speciellt de unga kvinnorna då... det är ju... kan fortfarande vara kvar i sitt chocktillstånd... och hela kroppen skriker nej. Nej nej nej! Och då ska man liksom få in den här patienten på banan... //... och då är det ju väldigt mycket information. (IP 5)*

Sjuksköterskorna uttrycker att patienterna behöver och förväntar sig att sjuksköterskorna kan ge relevant och korrekt information. De betonar särskilt vikten av hur informationen bör ges för att möta patienternas behov och förväntningar. Det uttrycks svårigheter med att informera patienterna, då de ofta kan ha svårt att ta till sig all information på en gång. Att ge informationen i små doser, i en lugn miljö, vid upprepade tillfällen och gärna med en anhörig till patienterna närvarande skapar bättre villkor. Att ha gott om tid, särskilt

vid det första besöket, anses vara en förutsättning för att mötet ska bli bra. Informationen som ges av kirurgen vid cancerbeskedet upprepas ofta av sjuksköterskorna efteråt, för att sedan låta patienterna stanna upp och få lov till eftertanke samt reflektera över beskedet. Sjuksköterskorna uttrycker att det är viktigt att visa sig tillgängliga för att ge ytterligare information och framhäva att de finns där. Unga patienter upplevs ofta som mer pålästa, vilket är en utmaning som kräver både ödmjukhet och stora faktakunskaper.

Trots att alla sjuksköterskorna tar upp samtal som en viktig del i omvårdnaden, anser flera att det inte är deras primära uppgift att ha de djupa samtalen.

*...//... vi har ju kanske inte det tidsutrymmet, så jag kan ha regelbundna samtal... utan det samtal som jag kan ha med min patient är ju i samband med behandlingen. Och vi har inget enrum i dagsläget. //... rent praktiskt... det funkar ju inte så bra. // ... men då får man ju tänka... vad är min uppgift som sjuksköterska här? // ... det är ju behandlingen. Rent krasst är det ju så. Sen är vi ju inte så krassa utan vi ser ju till helheten och gör så gott vi kan utifrån de möjligheterna vi har. // För allas bästa är ju det... att man går till någon som är utbildad för det och har tid avsatt för det. (IP 5)*

På frågan om sjuksköterskorna upplever att de medvetet undviker vissa samtalsämnen, är svaret ja. Detta för att de inte vill riskera relationen med patienterna genom att vara påträngande. Detta gäller främst ämnen som sexualitet och död. Sjuksköterskorna uttrycker att de inte själva är rädda för dessa ämnen, men att de vill invänta patienternas initiativ. Många av sjuksköterskorna menar att de snuddar vid exempelvis sexualitet genom att berätta om biverkningar som torra slemhinnor i underlivet och därmed lämnar över ämnet till patienterna.

*...//... man behöver inte fråga rätt ut, gå rakt på sak. // Allting har man faktiskt inte med att göra och det behöver inte vara en rädsla att prata om det...//... även vad det gäller liksom döden och existentiella frågor. Att man säger att är det så att du vill prata om jobbiga tankar...//... så finns vi här för det också. (IP 6)*

Att diskutera fertilitet upplevs som ett annat svårt samtalsämne. Detta eftersom sjuksköterskorna inte kan ge raka svar på hur kvinnornas kroppar kommer att fungera efter behandlingarna. Då kvinnorna redan har barn kan samtal kring dessa vara laddade för att kvinnorna känner en sorg för att dö och inte få uppleva barnens uppväxt, enligt sjuksköterskorna.

### **Betydelsen av sjukdomsförloppet**

Behandlingsmöjligheter, cancertyp och skede i sjukdomsförloppet är avgörande för att sjuksköterskorna ska kunna möta patienterna. Det uttrycks att de kvinnor som vårdas på en vårdavdelning ofta är i slutskedet av sin sjukdom och är medvetna om att de snart kommer att dö, vilket medför dödsångest. De som kommer till en mottagning för att få behandling har också dödsångest, men de behöver även tackla att de kommer att bli friska, vilket ställer andra krav på vårdaren.

*Det här gänget har ju också dödsångest... // ... att man, ja behöver bejaka dem, att jag förstår att detta är ångestskapande samtidigt som man då får... det får ju inte heller bli så att man klappar på huvudet... och säger – du ska bli frisk, tänk*



*på dem som inte blir friska. Så kan man ju inte heller göra, utan någonstans behöver man ju bedöma att, okej just nu är det så här... (IP 3)*

## **Hjälpa patienterna att hitta egen kraft**

### **Inge hopp**

Hopp framställs som en viktig del för att sjuksköterskorna ska motiveras i sitt arbete. Att vara glad och skratta tillsammans med kollegor anses viktigt eftersom arbetet ofta är mentalt krävande. Om sjuksköterskorna inger hopp om en framtid upplever de att det blir lättare för patienterna att hantera sjukdomen. Att förmedla hopp tar majoriteten av sjuksköterskorna upp som en viktig del i omvårdnaden. Detta görs exempelvis genom att prata om tiden efter cancer och uppmuntra patienterna till att planera framtiden. Att uppmuntra det sociala livet och att prata om det friska beskrivs också som ett sätt att få och inge hopp.

*//... man pratar också om det friska, och om det vanliga, och man säger aldrig så att... vad har du jobbat med, utan det är ju vad jobbar du med och så där. Nä, men man lyfter fram det lite i samtalet. För man kan prata om tunga saker också, men ändå är det viktigt att hjälpa patienten att se framåt. (IP 6)*

Sjuksköterskor upplever att de inger hopp till patienterna när de möts vid den första behandlingen, då miljön är annorlunda och mer positiv än vad patienterna hade förväntat sig. Informationen om biverkningsbilden blir ofta en positiv överraskning för patienterna då de inte får alla biverkningar de har förväntat sig, tack vare utvecklingen av läkemedel. Att inge hopp är väldigt viktigt för att motivera patienterna, vilket behövs när de går igenom behandlingen och dess biverkningar. Detta upplevs av sjuksköterskorna som viktigt eftersom patienterna efter operationen betraktas som friska av kirurgen, vilket kan göra det svårt för patienterna att hitta motivation till att fullfölja den adjuvanta behandlingen. Även efter behandlingen är det viktigt att inge hopp för att patienterna ska gå vidare i livet. Det framkommer att sjuksköterskorna känner ansvar för att inte låta sjukdomen ta över patientens liv, trots en ständig rädsla för återfall eller om behandlingen har gått över till ett palliativt skede.

*//... om man stannar upp och låter den här cancersjukdomen infiltrera hela huvudet på en...//... ja då blir man aldrig frisk... //... sen kan du aldrig bli av med det, det kommer alltid finnas en tanke att jag kan få tillbaka min cancer. (IP 4)*

Ju tidigare kvinnorna drabbas av cancer, desto längre behöver de leva med vetskapen att de har haft cancer och att den kan komma tillbaka. Oron för återfall kan påverka kvinnornas välbefinnande. Det upplevs som svårt, av intervjupersonerna, att motivera patienterna till att känna hopp när de ofta känner sig svikna av sin kropp. Sjuksköterskorna upplever att det är lättare att motivera patienterna om de ser till deras livssammanhang. Det upplevs att vardagen kan vara helande och därför viktig att upprätthålla.

*Och vardagen helar ju också, det gör den ju. Vardagen är fruktansvärt viktig. För alla sjuka patienter. Så är det. För att, ja innan man blev sjuk så ville man ha både det ena och det andra, och sen ville man bara ha vardagen. (IP 6)*

## **Göra sjukdomen hanterbar genom att ge stöd**

Förmågan att ge stöd till patienterna är viktigt och sjuksköterskornas erfarenhet hjälper dem i detta. De upplever att deras stödjande funktion går ut på att hjälpa patienterna att hitta egen kraft till att ta tag i den nya och svåra situationen. Att ge stöd beskrivs som att bekräfta patienterna och därigenom stärka dem.

Att göra patienten medveten om att cancer kommer att förändra livssituationen är viktigt för att sjuksköterskorna och patienterna ska känna en hanterbarhet, enligt intervjupersonerna. Att prata om att cancer kommer att förändra patienternas liv och kräva mycket av dem, är viktigt för att sjuksköterskorna ska kunna ge ett ärligt stöd.

*// ... man blir inte som man har varit innan. Det kan man aldrig bli. Och det kravet ska man aldrig ställa på sig själv heller utan det är före och efter cancer. Oavsett om man är frisk livet ut. // Det tycker jag är viktigt att prata om, att det är jobbigt, det kommer att vara jobbigt och man får jobba med sig själv. (IP 6)*

Även om sjuksköterskorna uttrycker att det är viktigt att ge stöd, upplever de ändå att det stora arbetet ligger på patienterna. De behöver lära sig att leva i den situation där de befinner sig och sjuksköterskornas erfarenheter säger att de allra flesta klarar det beundransvärt bra. Därför är det viktigt att ibland pressa patienterna till att våga möta det nya livet eftersom sjuksköterskornas erfarenhet visar att patienterna klarar det.

## **Balans mellan frisk och sjuk**

Många gånger tycker sjuksköterskorna det är en balansgång mellan frisk och sjuk. Det är svårt att förhålla sig till om patienterna, som har genomgått en mastektomi, är friska eller sjuka. Rent medicinskt betraktas de som friska trots att de inte upplever hälsa. Detta utgör en konflikt i sjuksköterskornas förhållningssätt till patienterna. De menar att den medicinska professionen inte präglas av en holistisk människosyn, där frånvaro av sjukdom inte är synonymt med hälsa.

*Det är lite skillnad på den värld som vi befinner oss i här och kirurgtänket. Där är kvinnan opererad och beräknas som frisk. // Medan vi här har jobbat med den palliativa behandlingen och vet att det är väldigt många kvinnor som får tillbaka det. // Då är det ju svårare för mig att säga att du är frisk. (IP 5)*

## **Förstå kroppens betydelse för välbefinnande**

Studien visar att sjuksköterskorna anser att kroppen är viktig i omvårdnaden. Kroppens signaler och symtomlindring är något sjuksköterskorna har kontroll över och är bra på. De upplever att detta har stor betydelse kvinnornas välbefinnande. Sjuksköterskorna vill ogärna skilja på biomedicin och omvårdnad och menar att båda delar bör integreras i varandra för att hjälpa kvinnorna att uppleva välbefinnande.

*Men det som är viktigt, eller bland det viktigaste är ju det här omhändertagandet. Mötet, hur det sker. Att man ger information på rätt sätt. Men också det här att man inte får glömma att omvårdnad är även medicintekniska saker. // Är du duktig på att sätta nål, vi är ju experter på det här. Det är ju också en omvårdnadsgrej, istället för att plåga patienterna... (IP 1)*

I intervjuerna framkommer att yngre kvinnor har ofta bättre fysiska förutsättningar för att klara av behandlingen, men upplevs ändå vara mer besvärade än äldre. Detta kan vara generationsbundet eftersom vi lever längre idag och är friskare. Yngre människor kommer sällan i kontakt med lidande och död, vilket gör att de inte ser det som en naturlig del av livet. Detta påverkar omvårdnaden då sjuksköterskorna behöver få patienterna att acceptera att allt lidande inte går att eliminera.

När kroppen förändras, exempelvis med ett bortopererat bröst, påverkas kvinnornas självuppfattning, ofta på ett negativt sätt. Studien visar att detta bör bejakas för att kunna hjälpa kvinnorna till en mer positiv inställning, då sjuksköterskorna tycker att det är avgörande för patienternas förmåga till coping. Många kvinnor känner sig svikna av sin kropp, antingen för att de drabbats av sjukdomen eller för att de inte hade känt av några symtom innan diagnosen, enligt sjuksköterskorna.

*De känner sig svikna, av sin kropp ofta för att, de har inte känt något, de har inte känt sig sjuka. Vissa tar ju aldrig ens på sig själva. Det är bara en slump, de har kommit åt när de skulle sätta på sig behån och känt något. // De känner sig svikna, det är ju svårt att bygga upp, det är där deras stora jobb ligger sen. Bygga upp förtroendet för sin egen kropp och lita på sin egen kropp. (IP 6)*

Sjuksköterskorna upplever att det är svårt för kvinnorna att bygga upp förtroendet för kroppen igen, vilket gör det problematiskt att motivera kvinnorna i detta arbete. Det upplevs som svårt att lämna patienterna med allt det hårda arbete det innebär att bygga upp förtroende för kroppen, eller att lära sig leva med vetskapen att de inte kan lita på den. Samtidigt är det nödvändigt att betona att det är patienternas eget arbete. Varje kännning i kroppen kan av patienterna tolkas som ett återfall. För sjuksköterskorna är det svårt att ge rätt stöd i detta då de inte kan lämna några klara besked om varför kännningen finns där. Studien visar att sjuksköterskorna genom sin erfarenhet upplever det som svårt att benämna patienterna som friska när de inte upplever välbefinnande och sjuksköterskorna vet att recidivrisken är stor.

### **Uppleva meningsfullhet**

Intervjupersonerna beskriver sitt arbete som meningsfullt, då de känner att de gör skillnad för patienterna i deras kaotiska situation. En meningsfullhet som får dem att känna tillfredsställelse för ett väl utfört arbete. Detta medför att de inte tar med arbetet hem utan känner sig nöjda när de slutar för dagen.

*Man får mycket tillbaks. Det är ett väldigt roligt arbete. Bra arbetsgrupp. Det är A och O tror jag, att man har roligt tillsammans, för det är väldigt mycket tråkigheter också. // Sedan är det ju tufft att jobba med det vi gör, men det finns inget roligare arbete än detta. // ... man kan liksom ge 100 % när man är här och när man går ut genom dörren så är man nöjd med sitt arbete. (IP 1)*

Det krävs ett engagemang för att arbeta med den här typen av patienter och det underlättar om det finns ett hopp och hoppet utgör en stor del av meningsfullheten. Sjuksköterskorna uttrycker en beundran för patienterna då de i sig själva är starka och kämpar sig igenom sjukdomen och behandlingen. En styrka som sjuksköterskornas erfarenhet har lärt dem att använda sig av i omvårdnaden.

*Men de flesta blir ändå inte bittra. De lever på, de är helt fantastiska alltså. (IP 6)*

*Fast jag måste ändå säga att de är otroliga patienterna att hantera sin situation. Jag tycker att det här med de flesta liksom, det går jättebra. (IP 2)*

Sjuksköterskorna upplever inte att de blir begränsade av tid och resurser. De tycker i stort sett att verksamheterna gör det möjligt att utföra de omvårdnadshandlingar som deras erfarenhet lärt dem är viktiga. En viktig anledning till detta är att många av dem arbetar självständigt och planerar sitt arbete själva, vilket förstärker känslan av meningsfullhet. Självständigheten gör även att de växer yrkesmässigt genom att fatta egna beslut och hela tiden utvecklas. När de beskriver sitt arbete och sin kompetens är de stolta och de uttrycker att de är duktiga på sitt arbete.

## **RESULTATSAMMANFATTNING**

För att omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer ska bli tillfredsställande är det viktigt att skapa en vårdrelation med patienterna. Vårdrelationen i sin tur gör det möjligt att föra de samtal som är betydelsefulla i omvårdnaden, då de är en viktig och naturlig del i sjuksköterskornas arbete. Samtalen syftar till att skapa den vårdrelation som är nödvändig. Sjuksköterskorna betonar vikten av samtal för att informera patienterna. Dock är det svårt för patienterna att ta till sig all information, därför ger sjuksköterskorna informationen vid upprepade tillfällen.

Det är svårt för sjuksköterskorna att förhålla sig till om en patient med adjuvant behandling är frisk eller sjuk. Det är viktigt att ta ställning för att kunna erbjuda patienterna ett ärligt stöd.

Det rent kroppsliga har stor betydelse för välbefinnande hos unga kvinnor med bröstcancer. Kvinnornas självuppfattning förändras vid mastektomi, ofta på ett negativt sätt. Kvinnorna känner sig svikna av sin kropp och har svårt för att bygga upp förtroendet för kroppen igen. Bemötande och omhändertagande är en stor del av omvårdnaden, men då kroppen spelar så stor roll är det viktigt att även inkludera medicinteknik i omvårdnaden.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

En kvalitativ intervjustudie medför en trovärdig och mångfacetterad bild av sjuksköterskornas verklighet. Att göra en intervjustudie upplevdes som ett relevant val av metod då det ansågs vara det bästa sättet att besvara studiens syfte. Vidare ansågs en intervjustudie vara mer motiverande, än en litteraturbaserad studie, och lärorik för författarna i deras blivande sjuksköterskeroll. Analysens sex steg har varit vägledande men ändå öppna, vilket har inspirerat till en självständig tolkning. Dessa sex steg utgår ifrån att den viktigaste delen av analysen görs redan under intervjun och att det är i interaktionen mellan intervjuperson och intervjuare som kunskapen framträder (Kvale & Brinkmann, 2009), något som författarna anser stämmer.

Tre intervjuer var genomfördes och våra personligheter synliggörs genom att en författare uttryckte mer egna åsikter för att låta intervjupersonen dementera eller bekräfta. Den andra författaren lät intervjupersonerna välja mer själva vad de ville ta upp. Detta anses inte vara negativt då vi har lärt av varandra, exempelvis genom att inte vara rädd för att prata för att få igång ett samtal och därigenom skapa en relation med intervjupersonen. En relation som kan ge tillgång till djupare kunskap.

Genom att lyssna på varandras intervjuer har det blivit tydligt att det som sägs kan tolkas på olika sätt. Tonfall och gester som intervjuaren har upplevt kommer inte alltid fram i transkriberad text, vilket kan påverka analysen. Detta för att kommunikationen i intervjun är så mycket mer än verbal. Tvekan under intervjun kan vara talande men försvinner i transkriberad text. En paus kan ha flera betydelser; att intervjupersonen tänker igenom svaret och lägger vikt på det som sägs, en betonande konstpaus eller att intervjupersonen inte vill svara på frågan. I den transkriberade texten framkommer inte sådana nyanser. Därför är det viktigt att den som transkriberar ska ha varit närvarande under intervjun, men att tolkningen görs tillsammans för att inte förbise något.

Vad det gäller tillförlitligheten av studien har det varit en fördel att vi har varit två då vi har kunnat ifrågasätta vad som indirekt har sagts genom att kritiskt granska varandras tolkningar. Förförståelsen fick läggas åt sidan för att inte påverka intervjupersonernas upplevelser, vilket var svårt och inte alltid fungerade. Ibland känns det som att resultatet har begränsats då författarna har accepterat vad deras förförståelse redan lärt dem. Då författarna exempelvis lärt sig vikten av information, vårdrelationer och samtal, har de inte ställt tillräckligt med följdfrågor för att intervjupersonerna ska få förklara vad begreppen betyder för dem. Genom att lära sig att lyssna aktivt på vad intervjupersonen säger och hur det sägs är det möjligt att utveckla förmåga att ställa följdfrågor. Att göra testintervjuer är ett sätt att utveckla denna förmåga (Kvale & Brinkmann, 2009). Anledningen till att det inte gjordes någon testintervju var svårigheten att få tag på intervjupersoner. Fördelarna med att kunna redovisa sex intervjuer i resultatet vägdes mot att göra testintervjuer och därmed redovisa färre intervjuer. Testintervjuer hade eventuellt kunna tydliggöra resultatet mer, men valdes bort då de första två intervjuerna svarade tydligt på våra frågeställningar. Om antalet är för litet är det svårt kunna ge en helhetsbild i resultatet (Kvale och Brinkmann, 2009).

De första tre intervjuerna genomfördes med sjuksköterskor på samma arbetsplats, där båda författarna var delaktiga. En författare genomförde intervjuerna och den andra var med som observatör. Detta kan ha påverkat sjuksköterskorna då det i alla samtal finns en skiftande asymmetri av makt (Fossum, 2007), vilket kan ha förstärkts av att det var två intervjuare och därmed utgjorde en majoritet. Resterande tre intervjuer gjordes på två olika sjukhus, där de två sista var på samma sjukhus men på olika mottagningar med en författare närvarande. Att flera intervjupersoner arbetar på samma arbetsplats kan ha påverkat resultatet, då sjuksköterskorna kan influeras av varandra eller för att de har haft samma värdegrund. Svaren har varierat beroende på vilken mottagning intervjupersonerna har arbetat på.

Att genomföra intervjuerna med hjälp av en frågeguide med öppna frågor stärkte resultatet i denna studie. De öppna frågorna gav tillgång till sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser (Starrin & Svensson, 1994), vilket leder till att tillförlitligheten i denna studie ökar, då syfte och frågeställningar kan besvaras. Intervjuerna har gjorts enskilt med intervjupersonerna och därmed gett en bild av deras egna erfarenheter och upplevelser. Pålitligheten i framställningen av resultatet anses som god då den genomförts noggrant och tillvägagångssättet redovisats ärligt. Dock kan resultatet ifrågasättas då det bygger på en av oss subjektiv tolkning. Med tanke på denna studies omfattning har vi valt att begränsa oss och inte göra någon kompletterande intervju. Genom att intervjupersonerna själva fått insikter om ny kunskap eller blivit medvetna om betydelsen av deras erfarenheter, kommer de kunna använda dem i sitt arbete, i enlighet med det sjätte steget i analysen (Kvale och Brinkmann, 2009). Detta på grund av att en intervju är en reflektionsstund som troligtvis väcker nya tankar och känslor. Att ha fler intervjupersoner kunde ha medfört större tillförlitlighet, men studiens omfattning och svårighet att få tag på intervjupersoner gjorde att vi valde att begränsa oss till sex intervjupersoner.

I de transkriberade intervjuerna framkommer att – som man frågar får man svar. Med detta menas att författarnas ringa erfarenhet av intervjuer exempelvis har ställt ledande frågor och/eller använt värdeladdade ord. Brister i intervjutekniken kan påverka resultatet, vilket kan ses som en svaghet i studien. Ju fler intervjuer som genomfördes desto bättre blev författarna på att ställa frågor vid rätt tillfälle och ge intervjupersonerna utrymme, bekräfta dem och ställa följdfrågor. Författarna blev också mer bekväma i sin roll som intervjuare och lärde sig att tystnad inte alltid är negativt.

## **Resultatdiskussion**

Det vårdvetenskapliga förhållningssättet var påtagligt i intervjuerna och sjuksköterskorna betonar vikten av de omvårdnadsteoretiska utgångspunkterna; människan, hälsa och välbefinnande, vårdande samt livssammanhang och miljö. Det var något förvånande att dessa utgångspunkter används som verktyg i den kliniska verkligheten, men det tyder på att sjuksköterskorna i denna studie har förmåga att reflektera och intresse av att förändra och utveckla verkligheten. Enligt Wiklund (2003) kan begreppen/utgångspunkterna vara till hjälp i de situationer sjuksköterskorna upplever inre konflikter och svårigheter, om de ses som något mer än abstrakt teknologisk processkunskap (a a).

Sjuksköterskorna i studien återkommer till patienternas erfarenheter och upplevelser, vilket vi tolkar som att det är vad patienterna tycker är viktigt som utgör grunden för

sjuksköterskornas omvårdnadsarbete. Denna inställning visar på att sjuksköterskorna ger en patientcentrerad vård.

I enlighet med Remmers et al (2009) beskriver sjuksköterskorna att en fungerande vårdrelation är nödvändig för att omvårdnaden ska kännas tillfredställande för båda parter. När någon part upplever att relationen inte fungerar är det insiktsfullt av sjuksköterskorna i studien att erbjuda en annan patientansvarig sjuksköterska. Att sjuksköterskorna betonar vikten av relationen med patienterna visar att de är villiga att gå in i en sådan och bli berörda.

Sjuksköterskorna uttrycker, i enlighet med Socialstyrelsen (2005), att den professionella utgångspunkten är att omhänderta och behandla alla lika, men de säger samtidigt att omvårdnaden bör utgå från den unika individen, vilket leder till dubbla budskap. Att göra skillnad på patienterna innebär, enligt studiens författare, inte att särskilja omvårdnaden utan snarare att individanpassa den. Omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer ställer inte högre krav, men den ställer andra krav, på vårdaren, enligt sjuksköterskorna i denna studie. Något som även Coyne och Borbasi (2009) poängterar. En förklaring till dessa dubbla budskap kan vara att det kan ses ur olika perspektiv, exempelvis att varje individ har samma rätt till hälsa och vård på lika villkor, enligt Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Sjuksköterskorna i studien uttrycker att en av de viktigaste delarna i omvårdnaden av unga kvinnor som drabbats av bröstcancer är att utgå från individen. Detta kan tänkas ha att göra med deras erfarenhet som, i enlighet med Dahlberg et al (2003), har lärt dem att hälsa är vårdandets målsättning och patienternas upplevelser av hälsa, lidande, välbefinnande samt miljö och livssammanhang är subjektiva (a a). Författarna upplever dock att några sjuksköterskor uttrycker att det är prestigefullt att behandla alla lika, oavsett patienternas ålder och livssammanhang. Prestigen borde istället ligga i att kunna stå för att behandla alla olika.

Reflektion är ett sätt att hantera sina känslor och få bättre kunskap om sig själv (Ödling et al, 2002). Oreflekterade känslor kan komma upp till ytan när som helst, vilket kan ha negativa effekter på omvårdnaden (Sandgren, Thulesius, Fridlund & Petersson, 2006). Genom tillåtelse och utrymme för personliga värderingar, känslor och fördomar i kombination med reflektion, kan en medvetenhet skapas som gör att dessa inte påverkar omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Detta framkommer tydligt i de intervjuer där sjuksköterskorna erkänner vissa svårigheter i omvårdnaden. Personliga värderingar har betydelse för interaktionen mellan sjuksköterskorna och patienterna. Genom att vara uppmärksam på och vara medveten om detta skapas förutsättning för att utveckla sin förmåga till etisk medvetenhet. Utan etisk reflektion och en gemensam värdegrund baserad på ett humanvetenskapligt synsätt, i enlighet med omvårdnadsteoretiska begrepp, skulle sjuksköterskornas egna värderingar styra omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I vissa intervjuer upplevs att sjuksköterskorna gömmer sig bakom sin profession. Detta kan beskrivas som att de skyddar sig med hjälp av en emotionell sköld för att inte bli för djupt involverade med patienterna, vilket skapar en distans (Sandgren et al, 2006). Detta kan vara både medvetet och omedvetet. Enligt studien av Ödling et al (2002) menar sjuksköterskorna att denna distans möjliggör att de kan utföra ett tillfredsställande arbete. Distansen kan då uttryckas om en professionell sköld och är viktig för att behålla den energi som krävs för att kunna ge en god omvårdnad (Sandgren et al, 2006).

Lyhörddhet tas upp som viktigt del i omvårdnaden. Att inte ta upp känsliga ämnen, exempelvis sexualitet och död, benämns som lyhörddhet för patienten, men upplevs av författarna som en rädsla från sjuksköterskornas sida. Författarna upplever dock att rädslan grundar sig i att sjuksköterskorna inte vill tränga sig på och skada vårdrelationen snarare än rädsla för ämnena i sig. Många sjuksköterskor kanske känner sig osäkra på vad patienterna egentligen tycker är viktigt, vilket överensstämmer med vad Ödling et al (2002) beskriver. Resultatet i denna studie visar att sjuksköterskorna vill låta patienterna styra samtalet för att inte inkräkta på deras integritet. I tidigare studier visas dock att patienterna förväntar sig att sjuksköterskorna ska ta första steget och bjuda in till relation genom att ställa personliga och ibland känsliga frågor. För att få reda på vilka behov patienterna har behöver sjuksköterskorna lära känna dem (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007). Kärnan i omvårdnaden är patienternas situation och behov. För att kunna utföra en god omvårdnad krävs att sjuksköterskorna har kunskap om patienternas behov, vilket kräver en vårdrelation (Remmers et al, 2009).

Sjuksköterskorna har ett personligt ansvar för sitt sätt att utöva yrket och för att ständigt söka ny evidensbaserad kunskap för att behålla sin kompetens (International Council of Nurses, 2007). Egen utveckling genom reflektion är också ett sätt att utveckla sin kompetens. Sjuksköterskor kan inte utgå ifrån vad de tror att patienterna behöver utan bör ta reda på vilka behov patienterna har. Erfarenheten är viktigt men den bör kompletteras med en förmåga att söka och värdera kunskap på en vetenskaplig nivå (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2006).

Att arbeta med svårt sjuka patienter är både givande och emotionellt krävande, vilket medför en risk för att bli emotionellt utbränd (Sandgren et al, 2006). Sjuksköterskorna i denna studie upplever att de förväntas känna empati. Empati kan förklaras som att kunna leva sig in i en annan människas situation, förstå hennes behov, tankar och känslor (Holm, 1995) vilket författarna tror kan utgöra en stress. Att inte identifiera sig med patienterna är ett sätt att skydda sig från att bli emotionellt utbränd, i enlighet med Sandgren et al (2006). Resultatet i denna studie visar att empati är en förutsättning för sjuksköterskornas arbete, precis som att hålla en professionell distans. Distansen gör det möjligt att känna empati med fler patienter (a a), istället för att empatin övergår till sympati och en för nära relation skapas. Att, såsom sjuksköterskorna i denna studie, erkänna för sig själv att det kan vara svårt att känna empati för vissa patienter, tror författarna är viktigt för att inte bli avtrubbad. Att själv vara medveten om detta är en förutsättning för att utföra ett bra omvårdnadsarbete.

Resultatet visar att samtal är en viktig del i omvårdnaden, där information och stöd till patienterna utgör den största delen, i enlighet med Ödling et al (2002). Sjuksköterskorna i denna studie anser att cancerbeskedet är ett chockbesked, vilket även Dentchuk (2006) beskriver. De upplever att behovet av stöd från patienternas sida är stort till följd av chockbeskedet, vilket även framkommer i studien av Saraswhati et al (2005). Kvinnorna behöver information om behandlingen och dess biverkningar samt stöd genom behandlingarna (Bloom, Stewart, Chang & Banks, 2004) eftersom både diagnos och behandling påverkar patienternas livskvalitet (Larsson, Sandelin & Forsberg, 2010). Enligt intervjupersonernas erfarenhet är det viktigt att upprepa information för att försäkra sig om att patienterna har tagit till sig den. Att få information vid upprepade tillfällen är något som Hardie och Leary (2009) beskriver att cancerpatienter uppskattar.



Trots att intervjupersonerna inte upplever sig begränsade av verksamheten, anser de att det ändå saknas tid och plats för djupa samtal. Ödning et al (2002) skriver att kvinnorna, enligt sjuksköterskorna i deras studie, har behov av samtal men att det inte alltid kan utföras på grund av tidsbrist (a a). Enligt Reed et al (2010) vill sjuksköterskorna göra mer för patienter men saknar resurser för detta. De menar att sjuksköterskorna på grund av tidsbrist inte kan utföra en komplett omvårdnad (a a), där samtal ingår. Att de djupa samtalen inte utförs kan också bero på att vissa sjuksköterskor menar att dessa samtal inte ingår i deras arbetsuppgifter. Istället anser de att djupa samtal bör ske med en kurator, som är utbildad och har tid avsatt. Detta blir motsägelsefullt då de å ena sidan betonar samtalets betydelse i omvårdnaden samtidigt som de anser att någon annan ska ha de djupa samtalen. Författarnas tolkning är att den inkonsekvens som uppstår beror på att sjuksköterskerollen är splittrad när det kommer till att definiera vad som är viktigast i omvårdnaden. Det upplevs som att vissa av sjuksköterskorna gör skillnad på samtal om information och samtal om existentiella frågor.

Då människan bör ses som en helhet av kropp, själ och ande (Dahlberg et al, 2003) bör sjuksköterskorna tillfredsställa kroppsliga symtom i form av symtomlindring samt möta kvinnornas känslor och tankar med hjälp av exempelvis samtal och information. Existentiella samtal bör därför också utgöra en viktig del i omvårdnaden. Sjuksköterskorna bör kunna identifiera patienternas fysiska och psykiska behov och möta dessa för att omvårdnaden ska bli god (Larsson et al, 2010). Remmers et al (2009) skriver dock att patienterna inte förväntar sig att samtala om existentiella frågor med sjuksköterskorna, snarare att de skulle hjälpa till med kontakter med exempelvis kuratorer (a a). När sjuksköterskorna hänvisar de djupa samtalen till någon annan är risken att de förlorar helhetsbilden av patienten. I den bästa av världar går det att kombinera behandlingar och samtal, men för detta krävs större utrymme med bland annat enkelsalar och större personalresurser, vilket gör det till en ekonomisk fråga.

Resultatet visar att sjuksköterskorna ibland kunde uppleva det som enklare att vårda de patienter som har en begränsad tid kvar att leva, då sjuksköterskorna upplever sig mer säkra i den vård de ska ge. Patienterna som går på en adjuvant behandling har en oviss framtid, vilket gör det svårare att förhålla sig till. Enligt McCabe (2004) har patienterna förväntningar på att sjuksköterskorna ska ge svar på deras frågor. Kanske är det denna förväntning sjuksköterskorna upplever när de känner sig osäkra och otillräckliga för att de inte har några klara svar att ge gällande framtiden till de patienter som genomgår en adjuvant behandling. När de upplever att de inte kan ge några svar tvekar de på sin förmåga att kunna möta patienternas behov.

Ett stort fynd i resultatet är att hopp är viktigt för att sjuksköterskorna ska uppleva att de utför ett bra arbete. Att uppleva hopp är enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) grundläggande mänskligt och därmed en drivkraft. Under svåra förhållanden, för såväl sjuksköterskor som patienter, blir hoppet extra påtagligt (a a). Sjuksköterskorna behöver ventileras med sina kollegor för att behålla energi och hämta ny kraft för att ge en god omvårdnad. Även att ge varandra feedback är viktigt för att uppleva att de utför ett bra arbete (Sandgren et al, 2006). Sjuksköterskorna vill prata om det friska, om livet efter cancer, eftersom det hjälper dem att se meningsfullheten i arbetet. Resultatet visar att sjuksköterskorna upplever att genom att vara glada och skratta på arbetet är det lättare att förmedla känslan av tro på framtiden. Det är även viktigt för patienten att vara en del av ett lättsamt och trevligt bemötande, i den annars kanske allvarliga stämningen som finns på ett sjukhus. Skratt och vänligt bemötande får patienterna att slappna av och

känna sig väl till mods (McCabe, 2004; Remmers et al, 2009; Sandgren et al, 2006). Ett hoppfullt och positivt klimat leder till en öppenhet som kan utgöra en fristad, vilket är viktig i omvårdnaden för att hjälpa cancerpatienter att samla kraft och nå välbefinnande. Eftersom hälsa inte är synonymt med frånvaro av sjukdom, kan patienterna även uppleva hälsa och välbefinnande under sjukdoms- och behandlingstiden (Wiklund, 2003). Det är viktigt att poängtera för patienterna att de har möjlighet till välbefinnande trots sjukdomen, vilket i sig inger hopp (a a).

Vi lever idag i ett utseendefixerat samhälle, där kvinnor ofta bedöms utifrån sin kropp och sitt utseende. Men kroppen är mycket mer än det fysiska. Kvinnans kropp har olika betydelser, som exempelvis sexualitet och identitet (Dahlberg et al, 2003). Kvinnorna i en studie av Beatty et al (2008) beskriver att de vill ha en identitet som inte är sammankopplad med sjukdomen och behålla en så normal livsstil som möjligt under behandlingen (a a). Även kulturella skillnader på hur kroppen uppfattas kan vara av vikt för upplevelsen av den. Det är betydelsefullt att sjuksköterskorna är medvetna om detta. Sjuksköterskan bör läsa av patienten för att varken förstora eller förminska betydelsen av utseendet och kroppsuppfattning, för att kunna ge rätt stöd. Sjuksköterskorna i denna studie uttrycker att kvinnorna känner sig svikna av sin kropp, något som även Boehmke och Dickerson (2006) kommit fram till. De skriver att kvinnorna inte anser att de ska vara så sjuka i så unga år. Det går aldrig att glömma att de har haft cancer och tanken på recidiv är konstant. De kroppsliga förändringar som sker under behandlingstiden påverkar kvinnornas självbild (a a). Sjuksköterskorna behöver ge stöd åt kvinnorna, då de ofta känner sig mindre attraktiva och feminina (Beatty et al, 2008). Precis som sjuksköterskorna i denna studie poängterar tror författarna att det är viktigt att bekräfta kvinnorna som individer för att stärka deras självkänsla, då detta kan skapa bättre förutsättningar för att uppnå hälsa. För att stärka självkänslan är det omöjligt att bara fokusera på kroppen utan sjuksköterskorna bör även se till kvinnornas tidigare erfarenheter, livssammanhang och miljö. Sjuksköterskor behöver samtidigt förstå att kvinnornas osäkerhet för sina egna kroppar finns kvar livet ut (Boehmke & Dickerson, 2006).

Meningsfullheten i att sjuksköterskorna känner att de gör skillnad för patienterna gör att de själva tycker att de utför ett bra arbete. Vi tror att denna uppfattning leder till att de faktiskt utför det och därmed gör skillnad för patienterna. Alltså kan meningsfullheten ses som en positiv spiral.

## **Slutsats**

Omvårdnad kan inte delas upp i olika delar, utan är en helhet där medicinteknik ingår, då det spelar stor roll för välbefinnandet hos unga kvinnor som drabbats av bröstcancer. Det finns en tveksamhet kring om det är sjuksköterskornas primära uppgift att ta de djupa samtalen och att diskutera känsliga ämnen. Författarna tvivlar inte på sjuksköterskornas kompetens gällande att samtala om dessa ämnen, däremot på deras ovilja att ta de djupa samtalen och vad oviljan grundar sig i. Det upplevs som svårt att ta ställning till de adjuvanta patienterna, något som regelbunden reflektion skulle kunna underlätta. Det är svårt att vårda unga kvinnor med bröstcancer som anses som friska, då recidivrisken är stor. Detta tror författarna kan bero på att det saknas en gemensam värdegrund för sjuksköterskor i det dagliga arbetet. Det är viktigt att omvårdnaden individanpassas eftersom upplevelsen av hälsa är subjektiv. Att få handledning i sitt

arbete kan öka sjuksköterskornas förmåga till reflektion, vilket författarna anser är en viktig del i allt omvårdnadsarbete.

### **Kliniska implikationer**

Cancer är väldigt mytomspunnet, det finns många rykten kring cancerbehandling. Det är därför viktigt att ge en rättvis bild av verkligheten. Eftersom patienternas bild av cancerbehandling blir mer positiv efter den första behandlingen tyder det på att sjuksköterskorna erfarenheter och upplevelser är viktiga i omvårdnaden.

Ytterligare forskning behövs då sjuksköterskor är omvårdnadsansvariga och har en nyckelroll i vården. Det behövs studier gällande om sjuksköterskornas bild, av vad som är viktigt i omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer, överensstämmer med patienternas önskemål.

Det har varit lärorikt och inspirerande att göra denna studie och i framtiden kommer förhoppningsvis sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser utgöra en större del av omvårdnadsforskning.

## REFERENSER

Arving, C., Sjöden, P-O., Bergh, J., Thalén Lindström, A., Wasteson, E., Glimelius, B. & Brandberg, Y. (2006). Satisfaction, Utilisation and Perceived Benefit of Individual Psykosocial Support for Breast Cancer Patients – A randomised study of nurse versus psychologist intervention. *Patient Education and Counseling* 62(2), 235-243

Axelrod, D., Smith, J., Kornreich, D., Grinstead, E., Singh, B., Cangiarella, J. & Guth, A.A. (2008). Breast Cancer in Young Women. *Journal of the American College of Surgeons*. 206(6), 1193-1203

Beatty, L., Oxlad, M., Koczwara & Wade, T. D. (2008). The Psykosocial Concerns and Needs of Women Recently Diagnosed with Breast Cancer: a Qualitative Study of Patient, Nurse and Volunteer Perspective. *Health Expectations*. 11(4), 331-342

Bergh, J., Brandberg, Y., Ernberg, I., Frisell, J., Fürst, C J. & Hall, P. (2007). *Bröstcancer*. Stockholm: Karolinska Institutet University Press

Bloom, J.R., Stewart, S.L., Chang, S. & Banks, P.J. (2004). Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 13(3), 147-160

Boehmke, M.M. & Dickerson, S.S. (2006). The Diagnosis of Breast Cancer: Transition From Health to Illnes. *Oncology Nursing Forum*. 33(6), 1121-1127

Budden, L. (1995). Young Women´s Breast Self-Examination Knowledge and Practice. *Journal of Community Health Nursing*. 12(1), 23-32

Camp-Sorrell, D. (2009). Cancer and Its Treatment Effect on Young Breast Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*. 25(4), 251-258

Coyne, E. & Borbasi, S. (2009). Living the experience of breast cancer treatment: The younger women´s perspective. *Australian Journal of Advanced Nursing*. 26(4), 6-13

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur

de Bree, E., Makrigiannakis, A., Askoxylakis, J., Melissas, J. & Tsiftis, D.D. (2010). Pregnancy after Breast Cancer. A Comprehensive Review. *Journal of Surgical Oncology*. 101(6), 534-542

Dentschuk, A. (2006). The impact of diagnosis and treatment of early breast cancer in young women – my own perspective. *The Breast*. 15(s2), 15-16

Dunn, J. & Steginga, S.K. (2000). Young women´s experience of breast cancer: Defining ypung and identifying concerns. *Psycho-Oncology*. 9(2), 137-146

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning

- Ferrell, B.R., Grant, M.M., Otis-Green, S. & Garcia N. (1997). Quality in life in breast cancer survivors as identified by focus groups. *Psycho-Oncology*. 6(1), 13-23
- Fisher, C. (2007). A Foot in two Worlds: Young Women and Identity Construction in the Context of Cancer. Hämtad från WWW 2010-11-20  
<http://www.tasa.org.au/conferences/conferen cepapers07/papers/57.pdf>
- Fobair, P., Stewart, L.S, Chang, S., D'onofrio, C., Banks, P. & Bloom, R.J. (2006). Body Image and Sexual Problems in Young Women with Breast Cancer. *Psycho-Oncology*. 15(7), 579-594
- Fossum, B. (Red). (2007). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur
- Hardie, H. & Leary, A. (2010). Value to patients of breast cancer clinical nurse specialist. *Nursing Standard*. 24(34), 42-47
- Holm, U. (1995). *Det räcker inte att vara snäll: förhållningssätt, empati och psykologiska strategier hos läkare och andra professionella hjälpare*. Stockholm: Natur och kultur
- International Council of Nurses. (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening
- Järhult, J. & Offenbartl, K. (2006). *Kirurgiboken. Vård av patienter med kirurgiska, urologiska och ortopediska sjukdomar (4:e uppl)*. Stockholm: Liber AB
- Kvale, S.& Brinkmann, B. (2009) *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Larsson, S., Sandelin, K. & Forsberg, C. (2010). Health-related quality of life and healthcare experiences in breast cancer patients in a study of Swedish women. *Cancer Nursing*. 33(2), 164-170
- Larsson, I. E., Sahlsten, M.J.M., Sjöström, B., Lindencrona, C.S.C. & Plos, K.A.E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 21(3), 313-320
- Malmsten, K. (2008) *Etik i basal omvårdnad... i någon annans händer*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*. 13(1), 41-49
- Medicinska forskningsrådet (2003). *MFR-rapport 2. Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning*. Hämtad från WWW 2010-11-26  
[http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk\\_humanforskning\\_13.pdf](http://www.vr.se/download/18.6b2f98a910b3e260ae28000355/medicinsk_humanforskning_13.pdf)

- Oktaý, K., Buyuk, E., Davis, O., Yermakova, I., Veeck, L. & Rosenwaks, Z. (2003). Fertility preservation in breast cancer patients: IVF and embryo cryopreservation after ovarian stimulation with tamoxifen. *Human reproduction*. 18(1), 90-95
- Pelusi, J. (2006). Sexuality and Body Image. Reserch on Breast Cancer Survivors Documents altered Body Image and Sexuality (Review). *American Journal of Nursing*. 106(s3), 32-38
- Reed, E., Scanlon, K. & Fenlon, D. (2010). A survey of provision of breast care nursing for patients with metastatic breast cancer – implications for the role. *European Journal of Cancer care*. 19(5), 575-580
- Remmers, H., Holtgräwe, M. & Pinkert, C. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing*. 14(1), 11-16
- Ringborg, U., Dalianis, T. & Henriksson, R. (Red). (2008). 2:a uppl. *Onkologi*. Stockholm: Liber AB
- Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B. & Petersson, K. (2006). Striving for emotional survival in palliative cancer nursing. *Qualitative Health Research*. 16(1), 79-96
- Saraswhati, N., Nenny, S., Ho, G.H. & Wong, C.Y. (2005). Needs and concerns of breast cancer patients – SGH experience. *Singapore Nursing Journal*. 32(4), 34-41
- Schattman, GL. & Navarro, J. (2008). Breast Cancer and Fertility Preservation. *Placenta*. 29(s2), 147-151
- SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad från WWW 2011-03-07  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?bet=1982:763&nid=3911>
- Socialstyrelsen, (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från WWW 2010-11-28  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1\\_20051052.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf)
- Socialstyrelsen. (2009). Cancer i siffror 2009 – Populärvetenskapliga fakta om cancer. Hämtad från WWW 2011-03-23  
[http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-126-127\\_2009126127.pdf](http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8348/2009-126-127_2009126127.pdf)
- Starrin, B. & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur
- Svenska Bröstcancergruppen. (2011). Nationella riktlinjer för behandling av bröstcancer. Hämtad från WWW 2011-03-25  
[http://www.swebcrg.se/Files/Docs/Nationella\\_riktlinjer110131.pdf](http://www.swebcrg.se/Files/Docs/Nationella_riktlinjer110131.pdf)
- Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad från WWW 2011-03-03  
[http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55\\_13okt\\_NYWEB.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf)

Svensson, P-G. & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur

Willman, A., Stoltz, P. & Bahtsevani, C. (2006). *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur

Ödling, G., Norberg, A. & Danielsson, E. (2002). Care of women with breast cancer on a surgical ward: nurse's opinions of the need for support for women, relatives and themselves. *Issues and Innovations in Nursing Practice*. 39(1), 77-85

**Bilaga 1**  
**Informationsdokument och**  
**samtyckesblankett**



Institutionen för vård och natur

**Information till berörda personer om samtycke till deltagande i studien,  
"Sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda unga kvinnor som  
drabbats av bröstcancer - en kvalitativ intervjustudie"**

Hej!

Vi är två sjuksköterskestudenter vid Högskolan i Skövde som nu påbörjat vårt arbete med att skriva uppsats på kandidatnivå inom omvårdnad. Ämnet vi har valt att fördjupa oss i är sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda unga kvinnor som drabbats av bröstcancer. Därför söker vi Dig som är sjuksköterska, med erfarenhet av att vårda unga kvinnor med bröstcancer, som vill delta i en intervju för att berätta om just Dina erfarenheter.

Vid intervjun kommer du att med egna ord beskriva vad du har för erfarenheter av att vårda unga kvinnor med bröstcancer samt vad du tror att dina erfarenheter kan bidra med för att utveckla vården av dessa kvinnor. Idag finns en del forskning om hur unga kvinnor upplever det att drabbas av bröstcancer, vilket är en god grund för hur dessa kvinnor skall vårdas. Dock finns det lite forskning som beskriver vad sjuksköterskor har för upplevelser av att vårda dessa kvinnor. Syftet med studien är öka kunskapen om vad sjuksköterskor har för erfarenheter av att vårda unga kvinnor med bröstcancer samt hur de uppfattar att deras erfarenhet kan bidra med för att förbättra denna vård i framtiden.

Intervjuerna, som spelas in med diktafon, tar ca 30-60 minuter och de kommer att vara konfidentiella. Ljudupptagningarna bevaras på ett sådant sätt att ingen obehörig kan nå informationen och de kommer att raderas när uppsatsen är färdig, rättad och godkänd. De citat och beskrivningar som kommer att förekomma i det färdiga textmaterialet kommer att behandlas på ett sådant sätt att intervjupersonerna inte skall kunna identifieras. Resultatet av studien kommer att publiceras för allmänheten som en C-uppsats på Högskolan i Skövdes hemsida. Vill du ha en kopia av uppsatsen skickad till dig så är detta möjligt om du kontaktar oss.

För att studien skall kunna genomföras önskar vi få intervjua 6-10 sjuksköterskor som har erfarenhet av att vårda unga kvinnor som drabbats av bröstcancer.



Vidare kommer vi att kontakta dig i en andra kontakt för att se om ditt intresse för deltagandet i studien kvarstår. Då du fortfarande vill delta bokar vi en tid och plats för intervju. Har du några frågor får du gärna kontakta oss innan vi hör av oss.

Ditt deltagande i studien är helt frivilligt och du kan när som helst och utan närmare förklaring avbryta intervjun eller ditt deltagande utan att det får några följder för dig.

Ansvariga för studien och vetenskaplig handledare;

My Afzelius  
Tel: 0735-012708  
Mail: a08myaf@student.his.se

Anna Sjölund  
Tel: 0768-531825  
Mail: f08anns@student.his.se

Handledare: Annika Pettersson  
Institutionen för vård och natur, Högskolan i Skövde.  
Tel: 0500-448423  
Mail: annika.pettersson@his.se



Institutionen för vård och natur

**Samtycke till deltagande i studien "Sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av att vårda unga kvinnor som drabbats av bröstcancer - en kvalitativ intervjustudie"**

Jag har tagit del av ovanstående skriftliga information om studien "Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda unga kvinnor som drabbats av bröstcancer - en kvalitativ intervjustudie". Jag har haft möjlighet att kontakta ansvariga för studien för att få mina frågor besvarade. Jag är medveten om att deltagandet i studien är frivilligt och att jag när som helst och utan närmare förklaring kan avbryta mitt deltagande även om jag har gett mitt samtycke till deltagandet.

Jag ger mitt samtycke till att delta i denna studie:

---

Ort och datum

---

Namnsteckning

---

Namnförtydligande

Skicka detta undertecknade samtyckesformulär åter till studiens ansvariga i det medsända frankerade svarskuvertet.

My Afzelius  
Anna Sjölund  
c/o Annika Pettersson  
Högskolan i Skövde/IVN  
Box 408  
541 28 Skövde

## **Bilaga 2**

### **Frågeguide**

Inledningsvis, skulle vi gärna vilja veta lite om dig (ålder, utbildning; ort, år samt specialistutbildning? Arbetslivserfarenhet och hur länge har du arbetat på denna arbetsplats).

Hur ofta upplever du att du möter unga kvinnor med bröstcancer? (Med unga kvinnor räknar vi innan klimakteriet)

- Ge gärna exempel på erfarenheter och upplevelser av detta

**Tycker du att din erfarenhet har lärt dig vad som är viktigt i omvårdnaden av unga kvinnor med bröstcancer?**

- Ge exempel på vad du upplever som viktigt

- Vad har du för erfarenheter och upplevelser kring detta?

Finns det situationer/frågor/ämnen som du medvetet undviker att ta upp då det känns för jobbigt?

- För dig?

- För patienten?

- Vilka situationer/frågor/ämnen?

- Varför?

Hur kan du som sjuksköterska främja det friska hos patienten?

- Vad har du för erfarenheter och upplevelser av detta?

**Upplever du att omvårdnaden ställer andra krav på dig som vårdare beroende på patientens ålder?**

- Varför?

- Ge exempel

Påverkar kvinnans livssammanhang omvårdnaden (familj, barn, arbete)?

- Hur?

- Ge exempel

Upplever du att verksamheten begränsar dig i ditt arbete? Gällande att utföra de omvårdnadshandlingar din erfarenhet har lärt dig är viktiga?

- Hur?

- Ge exempel

**Bilaga 3**  
**Beskrivning av analysprocess**

<b>Kodning</b>	<b>Meningskoncentrering</b>	<b>Meningstolkning</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
<p>Jag kan tycka att det är jättehemska och synd att se någon bli drabbad när man är ung, det är det ju. Men jag vet inte om jag kan... om det påverkar själva omvårdnaden i så stor utsträckning. // Man ska ju ta varje människa för sig, vad lever den här personen för liv? Vad kan jag ge den för stöd?</p>	<p>Det är hemska när unga drabbas, men det påverkar inte omvårdnaden i så stor utsträckning. Man ska utgå ifrån varje individ</p>	<p>Individen avgör omvårdnaden</p>	<p>Individanpassad omvårdnad</p>	<p>En vårdande relation</p>
<p>Jag vet inte om jag tycker att unga människor ställer större krav än vad äldre gör. Många gånger kan äldre ställa större krav än vad unga gör. // Det klart att man tycker att det är förfärligt att en ung människa... får hela sin livssituation... ja, det blir tumult i hela hennes livssituation... Men annars, själva vårdandet då, det är inte annorlunda. // Lika väl en äldre person kan ju vara lika mån om att bli frisk som en ung tjej.</p>	<p>Det är förfärligt när en ung människa drabbas och får hela sin livssituation i tumult, men vårdandet är inte annorlunda. Unga ställer inte större krav än äldre, det kan snarare vara tvärtom. Alla är lika måna om att bli friska.</p>	<p>Alla människor är olika och har olika behov. Vårdandet blir inte annorlunda. Alla är lika måna om att bli friska.</p>	<p>Individanpassad omvårdnad</p>	<p>En vårdande relation</p>

<b>Kodning</b>	<b>Meningskoncentration</b>	<b>Meningsstolkning</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
<p>Något som vi trycker på här är ju väldigt mycket information. Att de ska vara välinformerade och delaktiga då i sin behandling. // När de kommer hit och startar sin behandling, så informerar, så sitter vi och har lite mer tid. Och ger mycket informationen och ber patienten berätta om sitt, vad de har för funderingar, frågor och tankar om sin behandling.</p>	<p>Genom att informera patienterna ges en möjlighet till delaktighet. Att ge ordentligt med tid till dessa samtal underlättar för att patienterna ska förstå vad det innebär</p>	<p>Patienterna behöver få gott om information och vara delaktiga i sin vård.</p>	<p>Samtal och information</p>	<p>En vårdande relation</p>
<p>Man kanske inte, eller jag gör inte, det tror jag inte att de andra heller direkt, alltså det här med sexualitet och så. // Man kanske utgår från biverkningsbilden, att det är vanligt att man får sköra slemhinnor. // Att man kan vinkla det från det hållet. // Man kan också säga att är det så att det blir några problem med slemhinnorna i underlivet så säg gärna till, för det finns hjälp att få. Att man kan vinkla det från det hållet, men man behöver inte fråga rätt ut. Gå rakt på sak. // Ja, allting har man faktiskt inte med att göra. Det behöver inte vara en rädsla för att prata om det.</p>	<p>Det finns svårigheter att ta upp känsliga ämnen som sexualitet. Det är lättare att gå runt ämnet istället för att gå rakt på sak, exempelvis genom att prata om biverkningar. Det behöver dock inte vara en rädsla att prata om det.</p>	<p>Svårigheter att prata om sexualitet och andra känsliga ämnen behöver inte betyda en rädsla för ämnena i sig.</p>	<p>Samtal och information</p>	<p>En vårdande relation</p>

<b>Kodning</b>	<b>Meningskoncentrering</b>	<b>Meningsstolkning</b>	<b>Underkategori</b>	<b>Huvudkategori</b>
<p>Men nåstans är det väl lättare då när man vet att de ska ut till nån slags... att vara friska. // Jag tror att man behöver den här delen också. – Hopp!</p>	<p>Det är lättare när de ska vara friska. Man behöver hopp i arbetet.</p>	<p>Hoppet är viktigt</p>	<p>Inge hopp</p>	<p>Hjälpa patienten att hitta egen kraft</p>
<p>Det är ändå lite skillnad på den värld som vi befinner oss i här och kirurgtänket. För där är kvinnan opererad... och man ger... beräknas som frisk. Och så ges en tilläggsbehandling för att säkerställa "friskheten". Och ja, det är ju ett sätt att se på det hela, som stämmer i väldigt hög procentsats... // ... medan vi här då... //... och vet att det är väldigt många kvinnor som får tillbaka det. // Då är det ju svårt för mig. Svårare för mig... att säga att du är frisk.</p>	<p>Det är skillnad på tänket här och på kirurgen. Där räknas kvinnan som frisk och får en tilläggsbehandling för att säkerställa friskheten. Vi vet att många får tillbaka cancer. Det är svårt att säga att du är frisk.</p>	<p>Den medicinska professionens bild av vad som är friskt överensstämmer inte med sjuksköterskans, vilket gör det svårt i förhållningssättet till patienten.</p>	<p>Balans mellan frisk och sjuk</p>	<p>Hjälpa patienten att hitta egen kraft</p>