

SOPHIAHEMMETS SJUKSKÖTERSKEHÖGSKOLA
STOCKHOLM

Rev. datum 020110
Godkänd
Signatur *Emelie Condén*

**DEN TRADITIONELLA OCH DEN ANTROPOSOFISKA
SJUKSKÖTERSKANS OMHÄNDERTAGANDE AV KVINNOR MED
DIAGNOSEN BRÖSTCANCER**

Beskrivet utifrån en helhetssyn

Examinationsdatum 011127

Kurs 15

Examensarbete 10 poäng

Handledare: Anne-Cathrine Mattiasson
Ingrid Randers

Författare: Emelie Condén
Leena Källqvist

Förord

Ett varm tack till alla som gjorde denna studie möjlig. Till de sjuksköterskor som tog sig tid att dela med sig av sina erfarenheter. Till Anki och Ingrid som med sina kunskaper och tålamod handledde oss hela vägen. Vi vill också tacka de som hjälpt oss med praktiska detaljer som bibliotekarierna, Conny och datakillarna som alltid varit tillmötesgående och alltid funnits till hands.

SAMMANFATTNING

Under vår kliniska utbildning på Vidarkliniken var den största patientkategorin kvinnor med diagnosen bröstcancer. Eftersom antroposofin ser sig som ett komplement till den traditionella vården fann författarna det intressant att studera omhändertagandet av patienter med bröstcancer utifrån de två olika vårdkulturer författarna mött, nämligen traditionell och antroposofisk vårdkultur.

Den antroposofiska läkekonsten verkar ur en helhetssyn på människan. Varken kroppen, själen eller anden kan ses som isolerad, lika lite som människan kan ses isolerad från den värld hon lever i. Hälso- och sjukvårdslagen betonar vikten av att ha en humanistisk människosyn inom vård och omsorg. I den humanistiska människosynen betonas helhetsuppfattningen om människan i världen. Den beskriver, enligt litteraturen, människan som en fri, medveten och ansvarig kulturvarelse. Hon förverkligar sig i fem dimensioner; den biofysiska, sociokulturella, den emotionella, den intellektuella och den andligt-existentiella. Trots att de fem dimensionerna ses som skilda, är det viktigt att komma ihåg att en människa utgör en helhet.

Syftet med denna studie var att utifrån en helhetssyn beskriva sjuksköterskans omhändertagande av kvinnor med diagnosen bröstcancer vid ett sjukhus där man bedriver antroposofisk vård och ett sjukhus där man bedriver traditionell cancervård.

Studien är deskriptiv och datainsamlingsmetoden är den kvalitativa forskningsintervjun.

Av resultatet framgår att en av skillnaderna mellan antroposofiskt respektive traditionellt omhändertagande är betydelsen av miljön runt patienten. Inom båda vårdkulturerna anses miljön vara viktig men den beaktas mer i den antroposofiska vårdkulturen, där en tillfredsställande miljö ses som en del av behandlingen. Dessutom framkommer att i den traditionella vården behandlas själva sjukdomen i första hand, i detta fall bröstcancer. Primärmålet är att bota patientens bröstcancer. Antroposofin anser istället att sjukdomen är ett symptom på något som är fel i människans liv och livsstil och genom sina behandlingar vill de ge patienten en chans att bota sig själv. Detta kan kräva en förändring av hela patientens liv. Studiens resultat visar dock på att de intervjuade sjuksköterskorna inom de båda vårdkulturerna uttrycker en vilja att omhänderta patienterna utifrån en helhetssyn.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sidan

INLEDNING	1
BAKGRUND	
Historik	1
Incidens och prevalens	1
Orsaker och risker	2
Screening och diagnostik	3
Omhändertagande efter erhållen diagnos	3
TRADITIONELL VÅRD	4
Den traditionella människosynen	4
Behandling av bröstcancer	4
Psykosocial omvårdnad	4
Sjuksköterskans roll	5
ANTROPOSOFI	6
Den antroposofiska människosynen	7
Antroposofiska behandlingar	7
Synen på värme	8
Antroposofiska läkemedel	8
Patientens egen roll för tillfrisknandet	9
STUDIENS TEORETISKA REFERENSRAM	9
Helhetssyn	9
SYFTE	10
METOD	10
Datainsamlingsmetod	11
Provintervju	11
Urvalsgrupp och urvalskriterier	11
Genomförande	12
Bearbetning an insamlat material	12
Tillförlitlighet	13
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	14
RESULTAT	14
DEN BIOFYSISKA DIMENSIONEN	14
Att ge lindring vid biverkningar	15
Att vara lyhörd för bröstets betydelse för kvinnan	15
Att ombesörja för en tillfredställande miljö	16

DEN SOCIOKULTURELLA DIMENSIONEN	17
Nödvändigheten av en god relation till patienten	17
Nödvändigheten av en god relation till kollegorna	18
DEN EMOTIONELLA DIMENSIONEN	18
Att ta sig tid	18
Att vara lyhörd för vad patienten har svårt att uttrycka	19
Att se och bemöta patientens emotionella behov	19
Att se och bemöta emotionella reaktioner hos anhöriga	19
Att förstå vikten av beröring	20
Att vara öppen för patientens livsglädje	20
DEN ANDLIGT-EXISTENTIELLA DIMENSIONEN	20
Att medverka till patientens upplevelse av livskvalitet	20
DEN INTELLEKTUELLA DIMENSIONEN	21
Att förstå vikten av patientundervisning	21
Att ge tillfälle till uppföljande samtal	21
Att ge tillfälle till intellektuell stimulans	22
DISKUSSION	22
Metod	22
Resultat	23
Slutsatser	24
Fortsatta studier	25
LITTERATURLISTA	26

INLEDNING

Att med öppet sinne och sunt kritiskt omdöme prova något nytt och annorlunda inom ramen för omvårdnad upplevde författarna som en utmaning värd att prova. Vi har haft möjlighet att inom ramen för vår sjuksköterskeutbildning få lägga en del av den kliniska utbildningen på det antroposofiska sjukhuset Vidarkliniken i Järna. Där möttes vi av en vacker vårdmiljö med pastellfärgad arkitektur, i vilken den välagade maten och de väldoftande oljorna var en del av omhändertagandet.

Under vår kliniska utbildning på Vidarkliniken var den största patientkategorin kvinnor med diagnosen bröstcancer. Dessa kvinnor hade själva valt att få komma till denna klinik. Några av patienterna kom för att få behandling och speciella terapier, andra kom för att vila upp sig och stärka sig mellan eller efter påfrestande cytostatika och strålbehandlingar samt operationer. Alla patienter vi mötte under vår vistelse hade olika hopp och förväntningar inför vad som skulle ske på Vidarkliniken.

Eftersom antroposofin vill se sig som ett komplement till den traditionella vården (SOU 1989:60) fann författarna det intressant att studera omhändertagandet av patienter med bröstcancer utifrån de två olika vårdkulturer vi mött, nämligen traditionell kultur och antroposofisk kultur.

BAKGRUND

Historik

Redan under antiken sökte läkarna finna förklaringen till bröstcancers uppkomst. Hippokrates (460 – 377 f. Kr), läkekonstens fader, menade att kvinnans menopaus gav upphov till blodfyllnad i bröstet och därmed bildades knutor som utvecklades till bröstcancer (Yalom 1999). Han talade också om kirurgin som behandlingsform av ulcererad cancer (Rydén 1988).

En detaljerad beskrivning av den kirurgiska tekniken vid operation av bröstcancer, utarbetad av den grekiske kirurgen Leonides, finns fortfarande bevarad. Den härstammar från det första århundradet e Kr. Galenos, som levde under samma århundrade, ansåg att bröstcancer var en systemsjukdom betingad av ett överskott på svart galla. Han ansåg därför inte att sjukdomen lämpade sig för kirurgi utan behandlingen utgjordes av renande bad, diet och åderlåtning, allt i syfte att minska överskottet av den svarta gallan. Den behandlingsmetoden kom att dominera fram till 1500-talet. Då pånyttföddes och vidareutvecklades den kirurgiska behandlingen av bröstcancer (Rydén 1988).

Incidens och prevalens

Ungefär var tionde kvinna kommer att drabbas av bröstcancer. Hos kvinnor under 50 år är det en av de vanligaste, enskilda dödsorsaken. Genom sin vanlighet konsumerar sjukdomen betydande resurser inom hälso- och sjukvård. Förutom att vara ett allvarligt hot mot hälsa och liv innebär sjukdomen också ett hot mot en kroppsdel av central betydelse för den kvinnliga identiteten. Bröstcancersjukdomen väcker därför helt naturligt särskilt starka känslor (State of the Art – Bröstcancer Internetkälla).

Enligt Ambertsson & Johansson (2000) är cancer idag ett stort hälsoproblem som på olika sätt påverkar en individs fysiska och psykiska välbefinnande. I Sverige och i andra väst länder hör

bröstcancer till de vanligaste cancerformerna. Varje år drabbas 5300 kvinnor av bröstcancer i Sverige. Före 35 års ålder är bröstcancer ovanligt, även om det förekommer redan i 20-årsåldern. Ca 70-80 % av alla kvinnor som drabbas av bröstcancer är över 50 år.

För kvinnan symboliserar bröstet moderskap, ömhet, intimitet och sexualitet. Att få diagnosen bröstcancer ger de allra flesta kvinnor en psykologisk reaktion i form av en känsla av oro, ovisshet, rädsla för en osäker framtid, smärta, isolering och rädsla för avstånd i relationer. Bröstcancer och den medicinska behandlingen kan leda till psykologisk ångest och sociala problem vilka kan påverka kvinnans dagliga liv. Sjuksköterskan har en potential till att uppmuntra både patienter med bröstcancer och deras anhörigas hoppfullhet och aptit för livet genom att ge emotionellt stöd, visa förståelse och undervisa (Friberg 1990).

Psykiskt stöd från sjuksköterskor har beskrivits som speciellt viktigt och initierar känslor som trygghet och säkerhet (Boman m.fl. 1997). Det gäller att möta varje individ där hon befinner sig kunskapsmässigt. Vissa kvinnor vet redan mycket om sin sjukdom och hur de ska ta hand om sig själva, medan andra behöver mycket mer uppbackning och stöd (Leander 1999).

Orsaker och risker

Kunskapen om orsaken till bröstcancer är fortfarande ofullständig. Riksfaktorerna kan vara hög ålder vid första menstruation, graviditet sent i livet, mängden av bröstvävnad, joniserande strålning, kost och ärftlighet. Diagnostiseringen av bröstcancer bygger på palpation, mammografi och punktionscytologi. Kirurgi är basen för behandling av bröstcancer. Till denna behandling kan tilläggas terapi med strålning, ingrepp i det endokrina systemet samt cytostatika. Bröstcancern upptäcks oftast av kvinnan själv eller av läkare vid rutinundersökning av bröstet (Ringborg m.fl. 1998).

Genom samarbete inom ramen för vårdprogram och kliniska studier har svenska kliniker aktivt bidragit till ett förbättrat kunskapsläge (Ringborg m.fl. 1998). Trots detta är kunskaperna om orsaken till bröstcancer, enligt Vårdprogrammet (2000), ännu ofullständiga. Mycket talar ändå för att benägenheten att utveckla bröstcancer grundläggs tidigt i livet. Långvarig hormonell påverkan på bröstet verkar öka risken för sjukdomen. Vid ärftliga former av bröstcancer har den ökade bröstcancerrisken kunnat kopplats till specifika, nedärvda genetiska förändringar.

Andra kända riskfaktorer har att göra med hormonella förhållanden. Som exempel anges tidig första menstruation och sen menopaus som ökar risken för bröstcancer, medan oforektomi tidigt i livet minskar risken, vilket visar att långvarig exposition för hormonella faktorer kopplade till kvinnans menstruationscykel är betydelsefulla för sjukdomsutvecklingen. Den ökade bröstcancerrisken efter långvarig östrogenbehandling talar också för att denna risk är central (Ringborg m.fl. 1998).

Fullgången graviditet före 20 års ålder ger en minskning av risken för bröstcancer. Flera fullgångna graviditeter före 25 års ålder ger en ytterligare minskning av risken. En stor mängd bröstkörtelvävnad är sannolikt en riskfaktor förenad med en ökad bröstcancerrisk. Detta kan förklara skillnaden i risk mellan män och kvinnor. Studier av sambandet mellan bröstcancerrisk och mängden bröstkörtelvävnad försvåras dock av att bröstets storlek är en dålig indikator på mängden bröstkörtelvävnad. Att mängden bröstkörtelvävnad ändå är en viktig faktor stöds av studier som visar att kvinnor som genomgått plastikkirurgisk reduktion av bröstet har en minskad bröstcancerrisk samt att bröstcancer är något vanligare i vänster än i höger bröst. Vänster bröst är hos de flesta kvinnor något större än höger. Ökad längd och vikt medför en ökad

bröstcancerrisk. Dessa samband kan eventuellt också förklaras av en koppling till bröstkörtelvävnadens storlek (Ringborg m.fl. 1998).

Skillnader i diet har också angetts som en sannolik förklaring till mycket av de internationella skillnader i antalet fall och den förändrade bröstcancerrisken bland emigranter till Sverige. Dock har inget specifikt i den västerländska dieten på ett övertygande sätt kunnat kopplas till en ökad bröstcancerrisk (Ringborg m.fl. 1998).

Sedan lång tid har det varit känt att ärftlighet för bröstcancer, särskilt sjukdom hos nära anhörig (mor, syster eller dotter) är en riskfaktor för bröstcancer. Familjära former av sjukdomen präglas av tidigt insjuknande (före 50 års ålder) och dessutom att sjukdomen utvecklas i båda bröstena. I många familjer där bröstcancer förekommer finns även ett ökat antal fall ovarialcancer. Kunskapen om orsaker till bröstcancer talar för att sjukdomen är nära förknippad med våra moderna levnadsförhållanden. Detta försvårar primärpreventiva insatser (Vårdprogrammet 2000).

Screening och diagnostik

Enligt Vårdprogrammet (2000) fattade Stockholms läns landsting i december 1986 beslut om att införa allmän hälsokontroll med mammografi. Beslutet togs efter att Socialstyrelsen publicerat sina "Allmänna råd 1986:3" med anvisningar för mammografiscreening. Dessa anvisningar var baserade på resultaten av en stor kontrollerad studie i Kopparberg och Östergötland, i vilken visats att regelbunden mammografi inom åldersgruppen 40-74 år kunde reducera dödligheten i bröstcancer med cirka 30%. Inom Stockholms läns landsting bedrivs sedan 1989 allmän mammografisk hälsokontroll vid 5 enheter, Danderyds sjukhus, Karolinska sjukhuset, S:t Görans sjukhus, Södersjukhuset och Skärholmens läkarhus (Huddinge sjukhus). Kvinnor mellan 50-69 år kallas till undersökning med 2 års intervall. Ojämna år kallas kvinnor födda dag 1-15, och jämna år kvinnor födda dag 16-31. Detta medger regelbundna kallelseintervall även för kvinnor som flyttar inom länet. Mer än 50% av kvinnor i åldrarna 50-69 år med bröstcancer har under år 1989-2000 fått sin cancer upptäckt via screening.

Diagnostik av förändringar eller besvär i bröstena är ofta svår. Ingen diagnostisk metod är helt tillförlitlig. Den säkraste diagnosen erhålls genom en kombination av klinisk undersökning (anamnes, inspektion och palpation), mammografi samt vävnadsprov för mikroskopisk undersökning (cytologisk eller kirurgisk biopsi). Ultraljud kan i vissa fall också vara av värde. De olika undersökningsmetoderna bör användas i ovan angiven ordning (Friberg 1990).

Omhändertagande efter erhållen diagnos

Vid misstanke om bröstcancer bör patienten, enligt Vårdprogrammet (2000), ha en återbesökstid för att få besked om resultatet. Patienten bör undvika att informeras per telefon. Informationen måste få ta tid och bör ges vid flera tillfällen: av inremitterande läkare, vid utredande bröstmottagningar och på kirurgavdelningen där operationen utförs. Av remissen till bröstmottagningen bör framgå hur patienten informerats. Även om cancerdiagnosen var väntad bör informationen ske stegvis. Trots det ger beskedet en psykisk chock och patienten kan inte ta emot särskilt mycket kringinformation vid första diagnostillfället. Det viktigaste är, vad händer nu? Sjuksköterskan eller läkare ger konkreta besked, tider och platser de närmaste dygnet och om vad som kommer att hända då. Patienten presenteras vid diagnosmeddelandet för sin kontaktsjuk-sköterska, om detta inte skett tidigare. Vid detta tillfälle kontrolleras också att patienten fått klart för sig vem som är patientansvarig läkare (PAL). Alla patienter med nydiagnostiserad bröstcancer bör ha en

kontaktsjuksköterska som blir hennes länk mellan de olika sjukvårdsenheter och ett stöd under den fortsatta sjukdoms- och uppföljningstiden (a.a.).

TRADITIONELL VÅRD

Den traditionella människosynen

Sedan år 1982, då Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) trädde i kraft, har sjukvårdens riktlinjer varit att sätta patienten i centrum och att vårda utifrån en helhetssyn där människans olika dimensioner beaktas. I SFS 1982:763 framhålls att hälso- och sjukvården skall:..."vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och så långt som möjligt utformas i samråd med patienten". Den traditionella vårdfilosofin grundar sig således på en helhetssyn av individen (SFS- författningshandboken i Willow 1982 sid. 114).

Behandling av bröstcancer

Under senare årtionde har det skett en successiv förändring av bröstcancervården. Sceening-verksamheten med mammografin och lättillgängliga bröstmottagningar har lett till tidigare diagnostik av tumörer. Detta tillsammans med ökad erfarenhet av bröstbevarande kirurgi har gjort att standardbehandlingen vid primär bröstcancer numera är partiell mastektomi+ axillär-utrymning+ strålbehandling mot bröstkörteln istället för tidigare modifierad radikal mastektomi. För de grupper där modifierad radikal mastektomi ändå måste göras har utvecklingen gått mot ökade möjligheter till rekonstruktiv kirurgi (State of the Art- Bröstcancer Internetkälla).

Enligt Ringborg m.fl.(1998) har sedan mitten av 1970-talet cytostatikabehandling i anslutning till den primära kirurgiska behandlingen prövats för att försöka förbättra överlevnaden och minska risken för lokala och regionala recidiv. Förutom påverkan på blodbilden är de främsta biverkningarna av cytostatikabehandling trötthet, slemhinneirritation (ögon, urinvägar) och håravfall. En eventuell utprovning av peruk bör göras innan cytostatikabehandlingen påbörjas.

Syftet med strålbehandling är i första hand att öka sannolikheten för lokal och regional recidivfrihet. Möjligheten till skonsam behandling med få biverkningar kan motivera att strålbehandling ges med avsikt att förlänga den recidivfria perioden även utan säker överlevnad. Strålbehandling har visat sig vara en effektiv metod för att minska risken för regionala recidiv även när tilläggsbehandling ges, som cytostatika eller hormoner. I Sverige har strålbehandling företrädesvis givits i kombination med kirurgi (Ringborg m.fl. 1998).

Psykosocial omvårdnad

Behovet av stöd och åtgärder varierar kraftigt. Det skall därför finnas tidsmässigt utrymme och multidisciplinär kompetens för ett intensivt omhändertagande under det första året efter primärbehandlingen, och vid behov ännu längre (Vårdprogrammet 2000).

Det är enligt Birgergård (1998) viktigt att patientens upplevelser och hennes behov av psykologiskt stöd uppmärksammas redan under primärbehandlingen. Möjlighet till stödsamtal med kurator eller speciellt utbildad sjuksköterska ska finnas.

På flera ställen har verksamhet med s k Kom-igång-grupper startat för att på ett snabbare sätt än tidigare normalisera patienternas familje- och yrkesfunktion. Erfarenheterna av denna verk-

samhet har hittills varit så goda att alla nya patienter på sikt borde kunna erbjudas deltagande i liknande gruppverksamhet. I Kom-igång-verksamheten får patienterna utbildning och hjälp att hantera vardagliga problem samt kompletterande information om sjukdomen och behandlingarna. På en del ställen innehåller Kom-igång-verksamheten också en fysisk aktivering (Vårdprogrammet 2000).

Stora resurser har lagts ned på bröstcancerforskning och de senaste decennierna har inneburit klara förbättringar avseende diagnostik och behandling. Stort intresse har även ägnats åt att försöka förbättra livskvaliteten för bröstcancerpatienter i form av bättre omhändertagande, mindre stympande kirurgisk behandling, mera skonsam medicinsk tumörbehandling samt förbättrad symtombehandling i fall där bot ej är möjlig (State of the Art – Bröstcancer Internetkälla).

Sjuksköterskans roll

Virginia Henderson menar i sin bok: "Grundprinciper för patientvårdande verksamhet" (1991) att sjuksköterskans funktion består i att hjälpa den enskilda människan, frisk eller sjuk och att genomföra de åtgärder som leder till hälsa, vilka den sjuke skulle ta itu med bara han/hon hade ork till och kunskap om, eller till en fridfull död. Denna hjälp måste ske på ett sådant sätt, att den sjuka så fort som möjligt återfår sitt oberoende. Den vårdande hjälper alltså, som broder eller syster, den sjuka att bära de bekymmer, som hon i sin nuvarande situation ej själv klarar av. Enligt Henderson (1991) betyder omvårdnad att alltid sörja för att patienten får det hon själv inte kan klara samt dessutom att stimulera henne till egen aktivitet. Genom att den vardagliga elementära sysselsättningen steg för steg förbättras, blir vården till en terapeutisk konst. Vård och skötsel av patienten får aldrig urarta till något sort bortklemmande. Just självständighet bör uppmuntras.

I Stockholm behandlas av tradition många av kvinnor med bröstcancer på Radiumhemmet. Denna klinik ansvarar för den icke kirurgiska onkologiska sjukvården som omfattar strålbehandling, medicinsk cancerbehandling, förebyggande verksamhet och palliativ onkologi. De sjuksköterskor som arbetar vid Radiumhemmet träffar dagligen kvinnor som drabbats av bröstcancer. Att vara patientansvarig sjuksköterska innebär för patienten en möjlighet att känna kontinuitet och för sjuksköterskan att få en så bra bild av patienten som möjligt för att kunna tillfredsställa hennes unika omvårdnadsbehov. Detta gör att sjuksköterskan får en gedigen erfarenhet av att arbeta med kvinnor med diagnosen bröstcancer (Karolinska sjukhuset Internetkälla).

I sjuksköterskans förhållande till patienten kan något förenklat urskiljas en uppgiftsaspekt och en relationsaspekt. Uppgiftsaspekten omfattar vad sjuksköterskan gör och relationsaspekten sättet det görs på (Jahrén 1998).

Uppgiftsaspekten är knuten till de konkreta handlingar som utförs. Sjuksköterskan tvättar, ger patienten mat och mediciner, mäter blodtryck och pulsfrekvens, observerar hudfärgen och smärta. Sjuksköterskan bedömer förändringar i patientens tillstånd och vidtar konkreta åtgärder. Sjuksköterskan undervisar och handleder patienten när det gäller betydelsen av varierat kosthåll och regelbunden fysisk aktivitet. Handlingarna utgår från den enskilde patientens tillstånd och situation och tar sikte på att tillmötesgå dennes behov av omvårdnad. En del handlingar är riktade mot patientens fysiska funktion, andra mot patientens psykiska, sociala eller andliga behov. Sjuksköterskans handlingar är ofta det som man mest förknippar med omvårdnad (Jahrén 1998).

Relationsaspekten är knuten till det sätt som de olika omvårdnadshandlingarna utförs på. De omfattar sjuksköterskans förhållningssätt under utövandet av omvårdnad. En patient kan till exempel skötas på ett hårdhänt och likgiltigt sätt eller hänsynsfullt och försiktigt. Undervisning och handledning kan ske på ett auktoritärt sätt eller så att patientens egna värden och önskinningar respekteras. Sjuksköterskans sätt kommer att bidra till att patienten mår bra, att hon upplever sig accepterad och respekterad, eller det motsatta. Betoningen av relationsaspekten inom omvårdnaden innebär att sjuksköterskans uppmärksamhet riktas mot den självständiga, tänkande, handlande, och kännande medmänniskan som patienten är, och inte bara mot hennes tillstånd som sjuk eller hjälpbehövande. I konkreta situationer är det omöjligt att skilja relationsaspekten från uppgiftsaspekten. Tillsammans är de avgörande för omvårdandets kvalitet (Jahrén 1998).

ANTROPOSOFI

Antroposofi är en andevetenskaplig livsåskådning. Den grundades av Rudolf Steiner som levde mellan åren 1861 –1925. Han var född i Österrike men var under sitt vuxna liv mest verksam i Schweiz (Arman 1996). Enligt Reberg (1994) betyder *antropos* människa och *sophia* vishet. Antroposofin utger sig med andra ord för att stå för visheten om människan. En av kärnpunkterna inom antroposofisk filosofi är enligt Arman (1996), att människan genomgår en utveckling genom många inkarnationer dvs. genom upprepade jordeliv. Andliga väsen, änglar och ärkeänglar vägleder och samverkar med människorna både under livet på jorden och mellan död och ny födelse.

Antroposofin betonar sambandet mellan själsförmågor och fysiologiska organprocesser. De urskiljer tre dominerande "organsystem" i människokroppen, som har sitt centrum i olika delar av kroppen. Men vart och ett av dem genomtränger hela kroppen. Hos den friska människan samverkar de på ett harmoniskt sätt med varandra, men en rubbad jämvikt kan resultera i att människan blir sjuk (Carlgren 1980).

Enligt Carlgren (1980) har nerv- sinnesprocesserna sitt centrum i huvudet. Där finns hjärnan och organen för syn, hörsel, lukt och smak. Huvudet är den hårdaste och mest slutna delen av skelettet. Hjärnan har en jämförelsevis låg temperatur. Här finns den kalla polen hos människan. I sina funktioner är nervsystemet levande och mottagligt. Till sin fysiska struktur är det orörligt. Celldelningen i nerverna upphör kort efter födelsen. Regenerationsförmågan är låg. De minsta rubbningar och förändringar i hjärnan, särskilt i de lägre liggande delarna, kan bli ödesdigra.

De rytmiska processerna har sitt centrum i bröstet, där hjärta och lungor är belägna. Skelettet har här formen av ett rum med genombrutna och till viss grad elastiska väggar: bröstkorgen. Det rytmiska systemet har en utjämnande, förmedlande funktion. Då nervsystemets tendens till fysisk orörlighet tar överhand – det vill säga då kroppen är i vila – bidrar andning och blodomlopp till att ämnesomsättningsprocesserna fortgår ostört i hela organismen. Då ämnesomsättningsprocesserna dominerar, dvs. då vi är i intensivt fysisk rörelse, sätter hjärtats och lungornas kapacitet en gräns för verksamheten (Carlgren 1980). Ämnesomsättningsprocesserna har sitt centrum i buken. Här har skelettet lämnat de inre organen mer eller mindre oskyddade. Temperaturen är jämförelsevis hög. Här är den varma polen hos människan. Celldelningen sker hastigt. Regenerationsförmågan är hög. Rörligheten är mycket stor, både i bukens olika organ och i extremiteterna. Människans tankar och sinnesförmågor är baserade på processer i centrala nervsystemet. Hennes emotioner - överraskningar, ångest, glädje etc. - orsakar ofta förändringar i puls, andning, tarmverksamhet och andra rytmiska funktioner. Hennes viljehandlingar styrs av de ämnesomsättningsprocesser som utlöses genom kroppens rörelser (a.a.)

Den antroposofiska läkekonsten verkar ur en helhetssyn på människan. Varken kroppen, själen eller anden kan ses isolerad, lika lite som människan kan ses isolerad från den värld hon lever i. Därav följer att det inte bara är yttre orsaker och fysiska lagar som bestämmer om människan blir frisk eller sjuk (Arman 2000).

Den antroposofiska filosofin tillämpas idag praktiskt inom områden som arkitektur, konst, odling, pedagogik och medicin (SOU 1989:60 1989). Till Sverige kom antroposofin under förra seklets första årtionden. År 1985 öppnade ett antroposofiskt sjukhus i Järna utanför Södertälje, Vidarkliniken. På Vidarkliniken har arkitektur, färg och ljussättning, inredning och hela miljön utformats så att den ska verka i en läkande riktning. Den antroposofiska medicinen ser sig inte som ett självständigt alternativ till den naturvetenskapligt inriktade medicinska verksamheten, utan som ett komplement som utvidgar läkekonsten (Arman 2000).

I antroposofin betraktas människan som ett väsen med kropp, själ och ande som befinner sig i ständig utveckling. Sjukdom betraktas som en process, genom vilken människan utvecklas. Om bara symtomen avlägsnas utan att individen själv aktiveras till sitt eget tillfrisknande, så kommer dispositionen för sjukdomen att kvarstå. Antroposofen försöker alltså att aktivera patientens "jagkrafter" dvs. patientens vilja, hennes andliga väsens kärna i läkeprocessen. Den antroposofiska läkekonsten syftar till att behandla hela människan. En rad olika medel och metoder används, ofta i kombination med varandra så att de i samverkan bidrar till den läkande processen, till exempel antroposofiska mediciner, massage, badterapi, inpackningar och omslag. Konstnärliga terapier, terapeutisk målning, modellering, musikterapi samt vid behov även traditionell medicinsk behandling (Arman 1996).

De antroposofiska läkemedlen kommer från mineral, växt eller djurriket. Inom antroposofin läggs stor vikt vid de rytmer som kan iaktas i alla levande processer. Människans rytmiska system, andning och hjärtverksamhet, anses vara av stor betydelse för både den fysiska och den psykiska hälsan som centrum för känslolivet. Exempel på rytmiska terapier är rytmisk massage, insmörjningar och läkeurytmi. En människa med en viss sjukdom behöver sina speciella ljud och rörelser för att starta denna läkande rytm (Wolff 1977).

Den antroposofiska människosynen

Den antroposofiska människosynen avspeglar sig, enligt Nerdrum (1990), först och främst i sättet att se på, möta och förhålla sig till patienterna. Människan har en sjukdom, hon är inte själva sjukdomen. Enligt antroposoferna upplever patienterna det befriande att inte bli identifierade med sin sjukdom utan bli betraktade som de människor de är. Vidare anses också att det alltid är något hos människan som är friskt, även om hon är aldrig så sjuk, nämligen hennes andliga del, hennes jag. Detta betyder att antroposoferna aldrig ser en patient som ett hopplöst fall, men förnekar däremot inte de medicinska realiteterna och den faktiska sjukdomssituationen. Sjuksköterskan bör vara medveten om de prövningar patienten har fått gå igenom med sin sjukdom och bemöta med vördnad och respekt för detta. "Kropp, själ och ande ses som en helhet och vid sjukdom drabbas hela människans väsen varvid allt som görs i terapi och omvårdnad måste finnas i detta paradigm" (Arman 2000 Referensen saknar sidnumrering).

Antroposofiska behandlingar

Antroposoferna har olika terapier och behandlingar har som mål att stimulera kroppens egna läkande krafter. Behandlingarna ordinerar i allmänhet av läkare, men det är sjuksköterskor som

utför behandlingarna. Patienterna får omslag som görs av olika örter, essenser, oljor och salvor. Senapspulver, citroner, kvark och linfrö används till speciella omslag. De flesta patienterna får till exempel ett varmt omslag med rölleka- te över leverområdet efter lunch, vilket ska underlätta matsmältningen. Ett annat exempel är omslag med arnika-essens, som närmast kan räknas som universalmedel enligt antroposofen, vid stukningar, svullnader, blåmärken och värkande leder med mera. Fotbad ges med tillsats av örter till vattnet, badtillsatser eller badmjölk. Lavendelfotbad kan exempelvis ges på kvällen till patienter som har svårt att somna. Insmörjningar görs med speciella rytmiska rörelser. Avsikten är förutom välbehag och den värme som patienten i regel upplever, att smörja in en medicinsk substans. Insmörjningarna är en metod att minimera användningen av smärtstillande och lugnande medel och sömnmedicin (Nerdrum 1990).

Ytterligare ett exempel är maginsmörjning med kumminolja, som hjälper vid gaser och smärtor i magen. Värme flaskor används ofta till patienterna. Värmen hjälper till att lindra smärtor och ger välbehag. Även patienter som är svårt sjuka och har stora plågor kan uppleva känslor av välbehag (Nerdrum 1990.)

Synen på värme

En viktig del i den antroposofiska vården är synen på värme, att ha en bra värmeorganism är grunden till god hälsa. Värmeorganism kan sägas vara de krafter som håller en harmonisk temperatur i kroppen. Antroposoferna vårdar denna värmeorganism på både det kroppsliga, själsliga och andliga planet. I det kroppsliga planet ingår att vara rätt klädd, och att inte frysa. Det är viktigt med vad patienten äter och dricker. Varma drycker är bra för att få upp värmen. Till den själsliga värmen räknas vikten av att våga prata med varandra om viktiga saker, själen behöver glädje (Arman 1996).

Förutom värmebehandlingar ges även bad, massage och konstnärliga terapier av terapeuter med specialutbildning. Terapeuterna masserar med speciella oljor och låter patienterna bada med olika tillsatser av essenser, örter eller badmjölk. De konstnärliga terapierna är läkeeurymi, terapeutisk modellering, terapeutisk målning och musikterapi. I de konstnärliga terapierna får patienterna ägna sig åt att uppleva och att glömma tid och rum. Men det är inte bara viktigt att patienten får uttrycka sig konstnärligt, utan också att de får konstnärliga intryck. Kliniken, dess arkitektur och färgsättning, är ett konstverk i sig. Detta kan bidra till att försätta patienten i en stämning där hon är i stånd att gå in i en terapeutisk process (Nerdrum 1990).

Antroposofiska läkemedel

Antroposofisk läkekonst utgår från att det inte finns några universalläkemedel som råder bot på all plåga och smärta. Döden måste tillåtas kastas sin skugga över livet. Därför räknas ett värdigt slut som en väsentlig del i vården. Antroposoferna tittar på helheten, sambandet mellan kropp, själ och ande. De går bortom den traditionella psykologin. Där vetenskapen slutar vidtar tron. Det anses både friskt och nödvändigt att belysa mörkret i oss. Förträngs olusten sätter den sig i kroppen och kapslar in rädslor, apati, aggressioner och andra sjukdomsframkallande känslor (Reberg 1994).

Wolff (1977) berättar att kring år 1790 utvecklade läkaren Samuel Hahnemann (1755-1843) en metod för att finna läkemedel, vilken senare blivit bekant som homeopati. Principen "similia similibus cenantur" (lika botar lika) utgår från att bestämda substanser, till exempel växtutdrag framkallar motsvarande bestämda fenomen i den mänskliga organismen. Vilka till exempel liknar många sjukdomsbilder. Inom homeopatin är sjukdomsbilden och läkemedlen identiska

med varandra. Vårdaren utgår från sjukdomsbilden och vet att den motsvarar ett bestämt läkemedel. Ändå är denna terapi allt annat än symtomatisk terapi. Den är till och med motsatsen. Den griper tag i den bakomliggande orsaken till sjukdomen och inte symtomet som sådant. Sjukdomssymtomet är endast ett ledmotiv och inte angreppspunkten. Utifrån detta ses sammanhanget mellan en växt och en sjukdomsprocess, därifrån härstammar Rudolf Steiners hänvisning om att misteln är läkemedlet vid cancersjukdomar. Han föreslog bestämda preparat och användningssätt för detta. Sedan dess har läkare på denna basis arbetat vidare på utvecklingen av ett läkemedel mot cancer. Det mest kända preparatet av detta slag är Iscador. Vidare säger Wolff (1977) misteln verkar såväl cytostatiskt, det vill säga den stimulerar organismen i dess helhet att värja sig mot detta sjukdomsalstrande liv. Enligt antroposofiska studier kan man speciellt genom förebyggande användning av mistelpreparat förhindra uppkomsten av svulster och dottersvulster efter operation. Eftersom cancersjukdomen berör hela människan kan man inte angripa den separat ens med de bästa och mest verksamma medikamenter. Detta gäller i praktiken alla kroniska och djupgående sjukdomar enligt antroposofin (a.a).

Patientens egen roll för tillfrisknandet

Enligt Reberg (1994) finns det ingen läkare eller sjuksköterska som kan göra en patient frisk. Det betyder att vårdaren hjälper patienten att själv bli frisk. Om patienten själv väljer att bli frisk var det enligt antroposofin också meningen att patienten skulle bli frisk. Läkare och sjuksköterskor försöker att understödja de läkande krafterna som finns i varje människa. Genom kunskapen om de antroposofiska medicinerna och genom olika terapier hjälps patienten att hitta dessa krafter inom sig. Genom detta kan patienten få hjälp att förstå sin sjukdom och gå vidare och hantera situationen på ett annat sätt. Sjukdomen kan bli en hjälp för patienten om allt går bra. Om patienten förstår vad som gör henne sjuk och hon kan omvandla sig och gå vidare, då kan hon också bli mer medveten om vad som är viktigt i hennes liv. Antroposofin anser att vi måste ha en sådan tillit till livet att det som sker är meningen även om vi inte lyckas bota patienten.

STUDIENS TEORETISKA REFERENSRAM

Helhetssyn

Hälso- och sjukvårdslagen (1982) betonar vikten av att ha en humanistisk människosyn inom vård och omsorg. I den humanistiska människosynen betonas helhetsuppfattningen om människan i världen. Den beskriver, enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996), människan som en fri, medveten och ansvarig kulturvarelse. Det grundläggande i denna syn på människan är att hon uppfattas som en individ, gammal som ung. Humanismens grundläggande filosofi inom vården yttrar sig inte bara om synen på människan utan vissa värden blir där också grundläggande. Till dessa värden kan räknas omsorg om människan och respekten för människovärdet. Att ha ett människovärde innebär att ha ett värde enbart i och med att vara människa och att finnas till. Helhetssynen på människan innefattar människan i alla hennes relationer till världen. Den humanistiska människosynen omfattar inte endast sättet att se på patienten utan också sättet att se på vårdaren och på alla människor över huvud taget.

Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) framkommer i denna människosyn att patienten inte ses som en isolerad individ utan som en del i ett sammanhang som omfattar miljö, familj, arbete, samhälle osv. Också hälsa och välbefinnande ses allt mer som någonting som inte bara är beroende av individen utan också en funktion av individens relationer till omgivningen (vårdare och patient) och andra människor. Denna syn på människan innebär att i vården ses relationerna som viktiga. Vården ses som ett möte mellan unika personer som är involverade i en målinriktad,

intersubjektiv dialog. Målriktningen innefattar en process av självförverkligande och utveckling. Detta innebär framför allt att patienten ses som en varelse med medvetenhet och förmåga till att göra egna val. Att vara medveten betyder då inte bara att vara medveten om omvärlden och sig själv genom sinnesförmågelser och emotioner, utan att medvetenheten bygger på begrepp och andra symboler. Denna speciella symbolmedvetenhet för människan kan utveckla en medvetenhet om det egna självet och att hon är medveten om konsekvenserna av sitt eget handlande. Hon kan granska och reflektera över sitt eget liv och är också medveten om att hon ska dö. Människans medvetande och självmedvetenhet påverkas av hennes sociala relationer och kulturella sammanhang. Andra människors uppfattningar på individen inverkar på hur hon ser på sig själv.

Enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) uttrycker och förverkligar sig patienten i fem dimensioner; den biofysiska, den sociokulturella, den emotionella, den intellektuella och den andligt-existentiella. De tre sistnämnda utgör tillsammans individens psykiska dimension. Trots de fem dimensionerna ses som skilda, är det viktigt att komma ihåg att en människa utgör en helhet. Det betyder att processer inom de olika dimensionerna påverkar varandra och att det kan vara svårt att dra klara gränser mellan dem. De menar: "ju mer integrerade de olika existensdimensionerna är hos en människa, desto bättre kan hon samordna sina drivkrafter, resurser och färdigheter och eftersträva sina mål så att också hennes handlande är integrerat" (a.a. sid 53).

Fysiska sjukdomar yttrar sig som rubbningar i de biofysiska processerna och kan i svåra fall hota upprätthållande av livsprocesserna. I den emotionella dimensionen uttrycker sig individen i affektiva tillstånd, känslor och sinnestämningar såsom glädje, rädsla, nedstämdhet och upprymdhet. Den intellektuella dimensionen har att göra med hur en människa uppfattar realiteterna omkring sig, hur hon identifierar och tolkar behov och känslor, hur hon ser på sig själv och sin kropp samt vilka kunskaper hon har att handskas med i olika situationer. Den andligt-existentiella dimensionen innefattar en individs normer, ideal och värderingar för sitt liv och sig själv. I den sociokulturella dimensionen förverkligar individen sig som en del i ett socialt och kulturellt sammanhang. Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996) sammanfattar: "när vi sålunda i vården säger att vi utgår från en helhetssyn på patienten, betyder det att patientens alla dimensioner beaktas. Det betyder också att tidsdimensionen beaktas: patienten lever inte bara i nuet utan har också en livshistoria", (a.a. sid 54).

SYFTE

Syftet är att utifrån en helhetssyn beskriva sjuksköterskans omhändertagande av kvinnor med diagnosen bröstcancer vid ett sjukhus där man bedriver antroposofisk vård och ett sjukhus där man bedriver traditionell cancervård.

Författarna har valt att använda uttrycket omhändertagande för att därmed kunna vara öppen för vad varje vårdkultur har att förmedla kring vården av den bröstcancerdrabbade patienten.

METOD

Författarna påbörjade sina respektive arbeten på varsitt håll. Då författarna upptäckte att studierna närmade sig varandra mer och mer innehållsmässigt. Tanken att slå ihop studierna föddes och detta togs upp till diskussion med respektive handledare. Därefter skrevs ett gemensamt PM som godkändes av handledarna och de två studierna förenades i en gemensam studie. Då studien har för avsikt att beskriva omhändertagandet utifrån en helhetssyn. Den forskningsmetod som använts i föreliggande arbete är deskriptiv i och med att den beskriver karaktärsdrag och

egenskaper hos det fenomen som skall studeras. Ansatsen är kvalitativ, eftersom en sådan ansats, enligt Trost (1997), är lämplig då forskaren avser att få en fördjupad förståelse och kunskap om människors sätt att resonera och reagera. Att se ur ett kvalitativt perspektiv är också att ha ett intresse för att undersöka hur människor upplever sin värld och därmed få en insikt snarare än en statistisk analys (Bell 1995).

Datainsamlingsmetod

Som datainsamlingsmetod har författarna valt den kvalitativa intervjun. Utifrån en intervjuguide ställdes likalydande frågor, i samma ordning till varje intervjuperson men ej med i förväg uppgjorda svarsalternativ. Intervjuguiden kan användas, dels som minnesstöd för intervjuaren, men också för att ge rum åt informantens berättelse och reflexioner (Patel & Davidsson 1994). Författarna är medvetna om att beroende på frågornas art kom vissa att få en högre strukturering, till exempel de inledande frågorna om yrkesutövningens längd. Bell (1995) menar att en stor fördel med den kvalitativa intervjun är dess möjlighet till följdfrågor vilket kan göra att svaren utvecklas och fördjupas. Enligt Svensson (1987) kan frågorna förtydligas och risken för missförstånd på detta sätt minska. Enligt Jacobsen (1996) förmedlar en kvalitativ intervju data om kunskaper, upplevelser och erfarenheter. Hek m. fl (1996) menar att endast genom att låta svarspersonen fritt få besvara frågorna kan det individuella svaren upptäckas av forskaren. Polit & Hungler (1995) understryker också intervjumetodens fördelar då de menar att genomföra personliga intervjuer är den mest användbara metoden då det gäller att samla in värdefullt material just därför att det ger så mycket information.

Provintervju

För att pröva om intervjufrågorna svarade mot syftet i studien och för att öva intervjutekniken genomfördes en provintervju, vilket rekommenderas av Patel & Davidsson (1994). Det var också angeläget att få en uppfattning om tidsaspekten av intervjun då det, enligt Närvänen (1999), är viktigt att begränsa sig till den tid som finns till förfogande och för att inte överväldigas av sitt material. Lantz (1993) menar att en provintervju är en god investering för att granska intervjuens tillförlitlighet och ge intervjuarna möjlighet till övning i intervjumetodik. Hon förespråkar att intervjun sker med en person ur samma kategori som de personer som senare kommer att bli föremål för undersökningen. Provintervju genomfördes med en sjuksköterska som var representativ för en av de två grupperna av intervjupersoner som var tilltänkta för vår studie, i detta fall en sjuksköterska från Vidarkliniken. Provintervjun genomfördes i ett avskilt rum och efter avtalad tid med intervjupersonen och efter information om studiens syfte, vilket rekommenderas av Trost (1997). Ljudbandspelare användes för registrering av intervjun efter samtycke från svarspersonen, vilket Patel & Davidsson (1994) förespråkar då man efteråt har möjlighet att gå igenom frågorna och lära av misstagen. Under provintervjuns gång kom frågorna att justeras så att övergången mellan frågorna blev naturligare och ytterligare frågor kom att komplettera de tidigare planerade frågorna. Författarna hade innan provintervjun lärt oss att hantera bandspelaren för att förebygga eventuella tekniska missöden. Vidare upptäckte författarna vikten av att ha en lugn intervjumiljö utan störande moment. Utifrån provintervjun gjordes författarna medvetna om vikten av förberedelser vad gäller teknik och miljö inför kommande intervjuer samt fick en känsla av hur det är att genomföra en intervju, vilket Dahlberg (1997) anför.

Urvalsgrupp och urvalskriterier

Sex sjuksköterskor ingick i vår studie, tre sjuksköterskor från Radiumhemmet samt tre sjuksköterskor från Vidarkliniken. Sjuksköterskorna skulle ha varit verksamma minst fem år och

arbetat minst 2 år på samma ställe som sjuksköterska i arbetet kring kvinnor med diagnosen bröstcancer. Detta kriterium grundar författarna på Patricia Benners (1993) teori om sjuksköterskans väg från novis till expert. Enligt Benner (1993) går vägen till sjuksköterskans skicklighet genom olika faser där den teoretiska kunskapen byggs på med erfarenheter. Efter fem år kan sjuksköterskan klassas som expert, kompetent eller skicklig och är då både organiserad och effektiv. Hon kan sätta upp mål och intuitivt uppfatta varje situation. Sjuksköterskan behöver inte ödsla tid på att välja vilken väg hon ska ta för att lösa uppkomna problem. Genom svaren på intervjuguidens första fråga bekräftades att alla sjuksköterskor som deltog i vår intervjustudie uppfyllde det urvalskriterium som angav att de skulle ha varit verksamma minst 5 år.

Som angivet begränsar sig antalet informanter sig till sex sjuksköterskor. Detta baserar sig delvis på en yttre kontextuell faktor, nämligen på högskolans krav att 10-poängsuppsatsen bör ha fem informanter som lägsta gräns. Författaren har dessutom valt antalet sex baserat på Malterud (1998), som skriver att ett stort antal informanter kan innebära att materialet som utvinns ur intervjuerna blir oöversiktligt och analysen löper risken att bli ytlig. Således är ett litet antal informanter, baserat på strategiskt urval, inget hinder för att redogöra för "särdrag och innebörd och som i kraft härav har relevans för sammanhang utöver den kontext där studien genomförts" (a.a. sid. 59). Om ett gediget teoretiskt förarbete är gjort och det finns en väl genomtänkt plan för intervjuarbetet samt grundlig kunskap om forskningsfältet finns inget som säger att material från ett relativt sett litet antal intervjupersoner (4-7 st.) inte skulle vara tillräckligt för att ge ett rikt intervjumaterial att analysera (Malterud 1998).

Genomförande

Skriftlig tillståndsförfrågan till klinikchef vid Radiumhemmet gjordes (bil 1). Därefter ställdes en skriftlig förfrågan till chefsjuksköterskan för respektive avdelning (bil 2) om tillstånd att genomföra föreliggande studie. Här tas stöd i Patel & Davidson (1994), som menar att tillstånd skall sökas när personer som skall intervjuas ingår i en verksamhet. Skriftlig information om studiens syfte och metod (bil 3) gavs till de sjuksköterskor som anmält sitt intresse, vilket Trost (1997) förespråkar tillhöra de etiska överväganden en forskare bör beakta. Chefsjuksköterskorna ombads förhöra sig om intresse fanns bland sjuksköterskorna på kliniken att delta i studien. Alla deltagande sjuksköterskor fick själva ge förslag på tid och plats, då det enligt Bell (1995) är viktigt att de människor som ställer upp på intervjuer själva får komma med önskemål om tidpunkt och plats. Alla intervjuer skedde på respektive sjuksköterskas arbetsplats. De flesta skedde under arbetstid, utom en intervju som genomfördes i anslutning till arbetspassets början. Intervjuerna spelades in på band efter samtycke från de medverkande. Under intervjuerna användes en intervjuguide (bil 4), vilket Kvale (1997) och Dahlberg (1997) anser säkra att samma information efterfrågas i samtliga intervjuer. Intervjuerna inleddes med en kort presentation av författarna, av studien och dess syfte samt hur intervjumaterialet skulle komma att användas, vilket Ejvegård (1996) förespråkar. En av författarna ledde intervjun och ställde frågor, den andra fungerade som observatör och ställde frågor där intervjun behövde utvecklas. Intervjuerna, som tog ca 30-40 minuter i anspråk, avslutades med att svarspersonerna gavs möjlighet att tillägga sådant de inte tyckte kom med i frågorna och som de tyckte var av betydelse för studien, vilket Patel och Davidsson (1994) förespråkar. Därefter tackades de medverkande för deras insatser och förfrågan gjordes om de ville ta del av studien när den var klar, vilket Ejvegård (1996) anser vara av vikt och vilket samtliga önskade.

Bearbetning av insamlat material

Bearbetningen inleddes med att de inspelade intervjuerna transkriberades, vilket innebär att de överfördes till text (Dahlberg 1997). Då ljudbandspelare användes under intervjuerna fanns möjlighet för författarna att spela upp dessa flera gånger och på så sätt försäkra sig om att allt som sades uppfattades korrekt och dokumenterades så noggrant som möjligt.

Det skrivna materialet genomlästes ett flertal gånger. Patel och Davidsson (1994) menar att målsättningen med en sådan genomläsning skall vara att hitta mönster, teman och kategorier i arbetet. I föreliggande studie utgjorde de fem dimensionerna; den biofysiska, den sociokulturella, den emotionella, den intellektuella och den andligt-existentiella dimensionen, som de beskrivs av Sarvimäki & Stenbock - Hult (1996), givna kategorier. Utifrån dessa kategorier markerades i varje intervju sedan, på ett fysiskt och materiellt sätt, det vill säga genom att märka textavsnitt med färg (Malterud 1998), passande uttryck och enheter. Dessa uttryck och enheter kan, enligt Rooke (1994), bestå av enstaka ord eller hela meningar. Dessa sammanställdes sedan på sex stycken A-4 ark. Likheter och olikheter dem emellan framträdde. De i sin tur fördes samman och bildade teman (Malterud 1998), som sedan fördes in under lämplig kategori. Varje tema belyses med citat. Dessa citat ska först och främst utgöra illustrationer (Malterud 1998). En viss grammatisk redigering av de återgivna citaten har dock vidtagits, då talspråk i skrift kan vara svårläst. Här tas stöd i Trost (1993 sidan 77) som finner det "oetiskt" att i alltför stor utsträckning använda talspråk i citaten.

Enligt Malterud (1998) kan redan utvecklade teorier tillämpas för att orientera sig vid bearbetning och sammanfattning av det insamlade materialet. Teorin fungerar då som plattform och referensram. I föreliggande arbete har författarna arbetat deduktivt, det vill säga vi har med de fem dimensionerna i helhetsteorin bearbetat materialet uppifrån och ner.

Tillförlitlighet

Vid en undersökning där kvalitativa intervjuer valts som metod kan tillförlitligheten påverkas av den eventuella intervjueffekten som kan uppstå (Patel & Davidsson 1994), dvs. om intervjuaren uppträder på ett sådant sätt att svarspersonerna under intervjuerna förstår vad som förväntas av dem. För att undvika denna intervju-effekt försökte författarna vara så objektiva som möjligt under intervjuerna. Objektiviteten ligger, enligt Dahlberg (1997), i att forskningen utförs på ett sådant sätt att världen verkligen kan visa sig för forskare så som den är. I föreliggande fall relaterar detta till sjuksköterskans möjlighet att under intervjun kunna öppna sig. Det var därför viktigt att poängtera för de intervjuade att det inte handlar om rätt eller fel utan att det var deras erfarenheter, uppfattningar och upplevelser av möten med patienter som var av intresse för intervjun, vilket framhålls av Dahlberg (1997). Hon menar även att forskarens uppgift är, inte att hitta på något själv, utan att utifrån subjektets livsvärldsperspektiv skapa ny kunskap om något i den värld vi lever i. Det kan vara problematiskt att avgöra graden av tillförlitlighet vid kvalitativa intervjuer då det är svårt att mäta och ange hur någon tänker, känner eller betar sig (Lantz 1993).

Ytterligare en risk vad gäller tillförlitligheten kan vara de intervjuades förmåga att berätta och delge sina svar på vad som undersöks. Några av de intervjuade sjuksköterskorna hade en större förmåga än andra att besvara intervjufrågorna mer detaljrikt. Det är därför, enligt Dahlberg (1997), viktigt att den kvalitative forskaren är medveten om att spegla hela variationsvidden. Denna medvetenhet har funnits hos författaren vilket kan stärka tillförlitligheten.

ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Etiska överväganden är aktuella genom hela forskningsprocessen (Hermerén 1992). I föreliggande arbete har detta beaktats på följande sätt:

Tillstånd söktes hos personalansvarig på Vidarkliniken och hos divisionschefen (bilaga1) på Radiumhemmet. Enligt Patel (1994) måste ansökan om tillstånd göras för att genomföra en undersökning. De deltagande sjuksköterskorna informerades skriftligt innan samt vid intervjustart om studiens syfte. De informerades även om att deltagandet var frivilligt och att när som helst kunde de avbryta sin medverkan. Tillstånd för att använda bandspelare inhämtades före intervjustart. Intervjupersonerna informerades i förväg om att bandspelare skulle användas. De svar författarna fått har hanterats konfidentiellt vilket betyder att det är bara vi som vet vem vi har fått uppgifterna ifrån och att det bara är vi som har tillgång till dem. Enligt konfidentialitetskravet ska personuppgifter försvaras på ett sådant sätt att obehöriga inte kan ta del av dem. Deltagarna garanteras konfidentialitet.

Intervjuerna genomfördes således på basis av självbestämmandekravet, vilket innebär att de som medverkar i en undersökning själva skall ha rätt att bestämma om hur länge och på vilka villkor de ska medverka. Det innebär även att insamlade uppgifter om enskilda personer endast får användas för forskningsändamål, och konfidentialitetskravet, vilket innebär att medverkande skall tillförsäkras största möjliga konfidentialitet (Hermerén 1992).

Författarna har strävat efter att hålla sig till sanningen och inte förvränga fakta vid bearbetning av data. Trost (1997) påpekar vikten av att hålla sig till de etiska reglerna, vilka är att ange källor, klargöra citering när det görs, vara ärlig och använda hänvisningar till litteratur och andra källor.

RESULTAT

I resultatet beskrivs sjuksköterskans omhändertagande utifrån begreppet helhetssyn som det beskrivs av Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996). Det innebär att resultatet återges utifrån de fem dimensionerna, den biofysiska, sociokulturella, emotionella, andligtexistentiella och den intellektuella dimensionen. Dessa dimensioner utgör kategorier. Under varje kategori presenteras flera teman som illustreras med representativa citat.

Författarna benämner sjuksköterskorna i singular. Den cancerdrabbade kvinnan benämns 'patienten' för att inte förväxla henne med sjuksköterskan.

DEN BIOFYSISKA DIMENSIONEN

I den biofysiska dimensionen är individen en del av hela den levande naturen och den materiella verkligheten (Sarvimäki & Stenbock - Hult 1996), varför författarna relaterar denna dimension till det fysiska omhändertagandet av patientens fundamentala omvårdnadsbehov. I den materiella verkligheten påverkar även miljön omhändertagandet av patienten.

Vikten av att som sjuksköterska tro på det hon gör framhålls av alla sjuksköterskor både de traditionella och de antroposofiska. Det är av vikt när hon vårdar svårt sjuka människor. Den traditionella sjuksköterskan beskriver det på det här viset:

Jag tror på de behandlingarna som ges. Vi ser ju att de ger ju resultat, cytostatika håller ju tillbaka sjukdomen. Man kan ha en bra systemkontroll på sjukdomen, det tycker jag är bra.

Att ge lindring vid biverkningar

Sjuksköterskan beskrev vikten av att ta reda på eventuella biverkningar av de behandlingar som ges till patienten. De största problemen är nutritionsrubbingar, illamående och smärta. Vid varje tillfälle som sjuksköterskan träffar patienten fångas dessa problem upp. Den traditionella sjuksköterskan berättar;

Man tar reda på om de har ont och hur de har mått sedan sist och hur det har gått sedan förra behandlingen, om de har smärtor eller vad det nu är, så får man ta tag i det också.

Den traditionella sjuksköterskan beskriver hur hon prioriterar att lindra illamåendet i omhändertagandet:

Illamåendet är ju också en stor del hos bröstcancerpatienterna. Vi försöker att få dem att äta och att inte må illa. Det är väl de stora bitarna. Sen när de har fått recidiv och metastaser, då är det mycket smärtproblematik.

Den antroposofiska sjuksköterskan beskrev hur de smärtlindrar med hjälp av bland annat insmörjningar:

Och det vi ger är ju ofta då till exempel en smärtbehandling med linfrögröt, eller senapsomslag, linfrögröt är det ju ofta utvärtes. Det kan också vara insmörjningar just vid spända axlar, oro också fotbad för att slappna av. Ja, och det är ju medicinska saker.

Den antroposofiska sjuksköterskan beskriver vidare att skolmediciner inte behöver uteslutas i smärtbehandlingen, men att det är patienten själv som bestämmer:

Patienterna behåller ju de skolmediciner de har med sig, naturligtvis. Ofta om där finns cortison eller mycket smärtlindring, så har de ofta ett aktivt önskemål att sänka det och att vi ska ersätta. Man kan prova sig fram, men allt sker i dialog med patienten och vi, och läkaren ger väldigt mycket information kring de antroposofiska behandlingarna. Vad är det jag får? Varför får jag det? Vi har både skriftlig och muntlig information om antroposofiska läkemedel och injektioner, rytmen under dagen, och vad man ska tänka på.

Att vara lyhörd för bröstens betydelse för kvinnan och hennes behov av ett nytt bröst

Sjuksköterskan beskriver hur hon ger sitt stöd till patienten som förlorat ett eller båda brösten, som att hon måste se vilken patient hon har framför sig och det upplevda behov patienten har av ett nytt bröst eller inte. Den traditionella sjuksköterskan beskriver patienternas upplevelse av kvinnlighet och sexuell individ förknippat med sina bröst:

Det där med att förlora ett bröst till exempel är också väldigt olika från patient till patient. En del tycker att det inte spelar någon roll, men för andra är det jätte viktigt att

så snabbt som möjligt efter operation och ibland till och med direkt sätta dit ett nytt bröst. Är det jätte viktigt för dem ska vi göra allt för att hjälpa dem och se till att de får det gjort. Även om man kanske vet att det är en spridd sjukdom och de kanske bara har något år kvar, kan det ju betyda väldigt mycket det året att få ha ett bröst.

Den antroposofiska sjuksköterskan däremot beskriver att hon i sitt möte med dessa kvinnor upplevt att få sörja sitt eller sina bröst. Det är också viktigt att se patienten som en hel individ.

Måste man ju tänka sig den här kvinnan som hel, om hon är maka, mor, mormor, farmor, hustru, ja... yrkeskvinna. Hennes roll som kvinna, sexuell individ och detta med att förlora ett attribut som det fokuseras så oerhört i samhället idag. Men jag måste säga, utan att ha belagt detta på nåt sätt att personligen... men det kan vara för att jag har skyggglappar, men jag tycker att jag är öppen... så har jag inte hört någon kvinna formulera någon sorg över det.

Vidare beskrev den antroposofiska sjuksköterskan det så här:

Bröst är ju vackert. Det är ju vackert om de hänger, är toppiga, stora eller små. Det är ju liv. Det är vackert. Och det är ju klart att man får sörja en kroppsdel, men man är ju komplett som människa för det, även om båda brösten är borta.

Den antroposofiska sjuksköterskan beskriver att patienterna också kan uppleva att det finns annat som är viktigare i deras liv än ett bröst. De kan uppleva att allt får en annan dimension efter en cancerdiagnos.

Nej, hon har fått en helt annan syn på detta, hon accepterar sin kropp. Man kan kalla det de "ärrades klan" som...alltså...att vi får oss våra törnar i livet och man tillhör dom ärrades klan. De flesta får psykiska eller fysiska ärr. Men...denna otroliga kroppsfixerade kultur vi lever i idag med perfekta kroppar. Men, som sagt mitt intryck är att det är otroligt vad sällan kvinnor uttrycker sorg över ett förlorat ett organ, men frågan är: "Frågar vi?"

Att ombesörja för en tillfredställande miljö

En av de stora skillnaderna i omhändertagandet mellan antroposofisk respektive traditionell vård är betydelsen av miljön runt patienten, vilket synliggörs i följande uttalanden. Den traditionella sjuksköterskan menar:

Det är ju alltid trevligare med en fin miljö i alla sammanhang. Men det är ju kanske inte den som vi prioriterar, utan det är väl det praktiska och att vi vill se de medicinska resultaten mer.

Den antroposofiska sjuksköterskan berättar om hur hon ser på betydelsen av miljön som en del i omhändertagandet.

Då handlar det inte om att det är vackert med rosa färger, utan att det är en helhet och att det är en lugn, människovänlig, estetisk miljö för de som deltar i alla dom här behandlingarna. Yllefiltar och rena material.

Dessutom tillägger hon:

Det är starkt att komma hit, och det glömmet vi lätt när vi har varit här ett tag hur starkt det är här, arkitekturen, färgerna, maten, rutinerna. Någon får panik, här finns inte radio och TV och här är tyst”

DEN SOCIOKULTURELLA DIMENSIONEN

I den sociokulturella dimensionen förverkligar individen sig som en del i ett socialt och kulturellt sammanhang (Sarvimäki & Stenbock - Hult 1996). I omhändertagandet kan detta representeras av relationer. Då sjuksköterskan utövar omhändertagandet av en patient påverkas den av förhållandet och interaktionerna, inte bara mellan henne och patienten utan även anhöriga och kolleger.

Nödvändigheten av en god relation till patienten och patientens anhöriga

Alla sjuksköterskor beskrev utförligt relationerna som de får till patienterna och anhöriga som mycket viktiga för i omhändertagandet. Den antroposofiska sjuksköterskan menar;

Man får använda alla sina sinnen, alla sina kunskaper, all sin ambition, sin intelligens och allt vad man har för att möta var och en av de här 18–20 patienterna. Vi har stor rotation här på avdelningen. Att se varje människa...men det ligger ju också på den människan... och där kanske en del patienter har problem med att vara öppna och tydliga och direkta, där hjälper vi att formulera deras behov”

I relationen mellan sjuksköterskan och patienten kan förtroende och tillit födas. Ju bättre relationen blir desto mer berättar patienten för sjuksköterskan och sjuksköterskan kan informera patienten grundligare och ibland på ett bättre sätt än om dem inte känner varandra. Den traditionella sjuksköterskan belyser detta så här;

Jag brukar alltid fråga dem vad de har fått för information, hur de har mått under tiden mellan behandlingarna och om det är något som de funderar över. En del börja berätta jättemycket och en del är lite mer tillknäppta. Det får man ju respektera. Det är väl det jag försöker att göra. De som ligger inne längre får man ju mer en relation till, eller de lär man ju känna lite bättre och kan se mer vad de behöver. Man kan ju inte hoppa på direkt och fråga hur de har det hemma. Men oftast brukar de börja berätta efter ett tag. En del bröstcancerpatienter är svåra att nå. De lägger som ett lock på.

Den traditionella sjuksköterskan beskriver relationen mellan patienten och hennes anhöriga på följande sätt:

Man blir ju väldigt bekant med dem. Vi blir ju som väninnor mer eller mindre, många gånger ser de oss nog oss så i alla fall. De anförtror väldigt mycket när man håller på med behandlingar för då får man tid med patienterna. Då har man ju möjlighet att prata samtidigt som man håller på med cytostatika. Det är intressant och roligt att jobba med

dem och man lär känna hela familjen, för dem är ju också här. Man kommer nära hela familjen på både gott och ont.

Nödvändigheten av en god relation till kollegerna

När relationen blir mycket nära måste sjuksköterskan kunna hålla distans, vilket kan vara svårt ibland. Detta kan visa sig särskilt när patienten avlider. I det sammanhanget uttryckte sjuksköterskorna vikten av en god sammanhållning och ett gott stöd i personalgruppen.

Den traditionella sjuksköterskan återger:

Ibland, när patienter dör eller håller på och gå bort och det är väldigt jobbigt runt familjen eller att de inte riktigt har accepterat och det finns mycket aggressiva känslor, försöker vi byta av varandra så att det inte är samma sköterska hela tiden som får ta allt. Det kan ju vara ganska så jobbigt att få höra en massa negativt hela tiden. Då försöker vi bytas av, men annars om det går lugnt tillväga och man känner att man har haft hand om den här patienten så mycket när hon var i liv, så vill man ju ofta fullfölja det för sin egen skull. Att kunna göra ett bra avslut och för att kunna säga "hej då" till patienten och de anhöriga är viktig även för en själv. Efteråt brukar vi (i personalgruppen) prata. Om det är något som man vill prata om så är det inga problem. Sen de oväntade dödsfallen, när man kommer in på rummet och patienten har avlidit, det är jobbigare. Då kan vi också få gå till psykosociala enheten och prata av oss.

Jag tycker att vår arbetsgrupp är duktig på, att om man ser att det är ledsamt någonstans så hjälper man den sköterskan med hennes andra patienter, så att hon och patienten kan vara ifred ett tag. Vi försöker ha ett sånt klimat.

DEN EMOTIONELLA DIMENSIONEN

I den emotionella dimensionen uttrycker sig individen i affektiva tillstånd, känslor och sinnestämningar såsom glädje, rädsla, nedstämdhet och upprymdhet (Sarvimäki & Stenbock - Hult 1996). Då sjuksköterskan omhändertar patienter möter hon en mängd olika individer patienter och även anhöriga. Alla uttrycker de känslor på olika sätt och sjuksköterskan måste ta sig tid, vara lyhörd och känna av vad patienten behöver.

Att ta sig tid

Sjuksköterskorna angav bristen på tid vara skälet till att det ofta var svårt att hinna med det emotionella omhändertagandet. Den traditionella sjuksköterska berättar:

Det är så många praktiska bitar och så mycket jobb som ska göras hela tiden. Det kan ju vara någon gång som man får en stund över, men man kan inte generellt säga att vi har tid att sitta ner med dem som behöver det, men självklart om det skulle vara en patient som krisar ihop så sätter man sig där.

Ingen av sjuksköterskorna förbiser en patient som är i stort behov av att prata om funderingar kring livet. Den traditionella sjuksköterskan berättar:

Det är ju det värsta med tiden, men när det är så, så brukar jag försöka att prioritera. Det är så otroligt viktigt att göra det, för kanske nästa stund vill de inte prata och då bär de det inom sig istället. Så vi försöker nog det, tycker jag. Men man önskar att det fanns mer tid förstås.

Att vara lyhörd för vad patienten har svårt att uttrycka

Alla sjuksköterskor menade, att till sjuksköterskans omhändertagande hör även att vara lyhörd för det utsagda, dvs. eventuella problem, känslor och oro som patienten kan ha svårt att uttrycka eller skäms för. Den traditionella sjuksköterskan återger:

Vi ser ju till den emotionella biten. Det märker man ju ganska fort, kanske redan när man gör ett ankomstsamtal med patienten. Då känner man på sig om det är något som inte riktigt stämmer, eller om något trycker dem. Det framkommer oftast tycker jag. Men annars är vi ju med patienterna så pass mycket, och se om de drar sig undan eller att det är något som avviker.

Att se och bemöta patientens emotionella behov

Omhändertagandet av en förtvivlad patient beskriver sjuksköterskorna som att det sker individuellt och intuitivt av vårdaren. Den antroposofiska sjuksköterskan beskrev omhändertagandet av patienter i behov av emotionellt stöd på följande sätt:

Jag sätter mig omedelbart ner när jag ser en patient gråta. Men det kan tänkas att den patienten vill gråta ifred. För att gråta, det är att renas. Men då frågar man lite försiktigt: "Vill du att jag sitter här? Vill du att jag håller din hand?" Vi kan göra det på så många sätt, vi kan stoppa om ullfiltar, vi har värme flaskor. Man kan lägga nåt varmt på fötterna, man fråga: "Vill du ha nåt varmt att dricka? Vill du att jag sitter ner en stund eller vill du vara ifred?" Det finns så många sätt. För mig är det ingen katastrof, jag tycker att det är befriande. Jag tror människor gråter för lite. Den där inkapslade sorgen och ångesten som lyser ur ögonen tycker jag är svårare"

Att se och bemöta emotionella reaktioner hos patientens anhöriga

Till det emotionella omhändertagandet hör även att kunna ta hand om anhöriga efter patientens död. Alla sjuksköterskor berättade om att de på olika sätt tillgodoser de anhöriga med exempelvis ett samtal efteråt. Märker den traditionella sjuksköterskan att det finns ett större behov ser sjuksköterskan till att de anhörigas reaktioner följs upp och får hjälp av exempelvis kurator eller psykolog.

De anhöriga får alltid ett samtal efteråt. Även om de har varit aggressiva under tiden som deras mamma går bort, så brukar de lugna ner sig under samtalet. Ofta är det så mycket egen smärta och sorg i det hela. Det samtalet tas i samband med dödsfallet och det har hänt att de har velat komma tillbaka och då har man försökt att tillfredställa det önskemålet.

Att förstå vikten av beröring

Den antroposofiska sjuksköterskan berättar att hon i sitt omhändertagande lägger stor vikt vid just hudkontakt med patienten. Hon anser att detta i sig är läkande och försöker därför att ta i och vårda patienterna utan handskar så ofta det går:

När jag klipper tånaglarna eller gör fotvård, gör insmörjningar, tvättar dåliga patienter, smörjer har jag så mycket hudkontakt och intim och nära kontakt. I går kväll blåste jag håret på en patient. Det är faktiskt dom direkta sakerna som patienterna sätter väldigt uppskattning på”

Att vara öppen för patientens livsglädje

Alla sjuksköterskorna upplever att patienterna har möjlighet att växa som människor i samband med att de insjuknar i en svår sjukdom. Patienterna förmedlar därför glädje och en större aptit på livet efter att insjuknat i sin cancersjukdom. Den traditionella sjuksköterskan beskriver nedan:

Det är otroligt vilken livsglädje våra patienter har. Vi säger ofta till varandra att de som är så svårt sjuka de kan skratta och gråta. Ja, de har en livslust. Man tycker ibland att de inte borde ha det, men de tar tag i de små guldkornen som finns

DEN ANDLIGTEXISTENTIELLA DIMENSIONEN

Den andliga dimensionen innefattar en individs normer, ideal och värderingar för sitt liv och sig själv (Sarvimäki & Stenbock – Hult 1996). För sjuksköterskan handlar det bland annat om att i omhändertagandet ta del av det som patienten anser vara av vikt för att uppnå livskvalitet och att medverka och öppna vägar för att kunna befrämja denna.

Att medverka till patientens upplevelse av livskvalitet

Alla sjuksköterskorna menade att i omhändertagandet ingick medverkan till att patienten upplevde livskvalitet. De framhöll att ibland kan vinsten vara större om patienten avstår från behandling än att hon under sin sista tid besväras av biverkningar. Den traditionella sjuksköterskan belyser detta nedan:

Det är vår roll att göra det så bra som möjligt den tid patienten har kvar. Det är viktigt med livskvalitet och att man ibland avstår från behandling. Då kan de ju dö i biverkningar från behandlingen, istället för att leva lite kortare tid och må bra.

Vidare berättar sjuksköterskan:

För det är ju ofta som de vill prata om känsliga frågor och det är ju inte alltid som vi kan gå till ett annat rum. Det är ju ibland viktiga frågor som kommer upp om liv och död. Det är ju inte så roligt att sitta och prata om sånt på en fyrsal.

Den antroposofiska sjuksköterskan separerade inte det andligt existentiella omhändertagandet speciellt från det fysiska omhändertagandet, då allt hon gör genomsyras av tanken på att alla behandlingar påverkar både kropp, själ och ande.

Vi ser på kropp, själ och ande i alla våra mediciner och behandlingarna inkluderar kropp, själ och ande. Allt, miljö, terapier, mat och hur vi arbetar, tar hänsyn till kropp, själ och ande. Och existentiellt, det är klart, existensen ställs på sitt yttersta när man kommer med en

allvarlig diagnos. Men jag tycker nog ändå att det är sällan vi pratar om döden. Antroposofin har ju reinkarnationstanken naturligt med sig. Men här håller vi ju inte på och predikar antroposofi.

DEN INTELLEKTUELLA DIMENSIONEN

Den intellektuella dimensionen har att göra med hur en människa uppfattar realiteterna omkring sig, hur hon ser på sig själv samt vilka kunskaper hon har att handskas med i olika situationer (Sarvimäki & Stenbock - Hult 1996). Sjuksköterskan framhåller här sin undervisande funktion som en viktig del i omhändertagandet, då många patienter och deras anhöriga behöver få upprepad information och kunskap om vad som händer. Att patienten även behöver aktivera sig och få intellektuell stimulans lyfts också fram av sjuksköterskan.

Att förstå vikten av patientundervisning

En stor del av sjuksköterskans omhändertagande handlar om att ge kunskap och information om till exempel de läkemedel som patienterna får i sin medicinska behandling. Många frågor om läkemedlen kommer ofta efter det att läkaren har gått eller att patienten upplever att det är lättare att ställa sina frågor till den traditionella sjuksköterskan:

När vi administrerar medicin, så frågar ju vissa patienter många gånger. Trots att de har haft sina mediciner väldigt länge, finns det vissa som frågar varje gång: "Vad är det här bra för?" Så det gäller verkligen att man vet varenda tablett vad det är för något.

Den antroposofisk sjuksköterska beskriver patientens kunskap om mediciner på ett följande sätt:

Man behöver inte alltid förstå allting med huvudet, man kan förstå på andra plan. Likadant med eurytmin, den förstår man inte med huvudet. Men dom allra flesta känner att det gör någonting och då räcker det. Och då kan man ju säga att kroppen förstår. Kroppen förstår medicinerna.

Att ge tillfälle till uppföljande samtal

Sjuksköterskorna menar att efter utskrivningen från sjukhuset behöver patienten ha en möjlighet att prata med någon och få utlopp för sina funderingar och tankar. När de kommer till sina respektive hem kommer alla tankar och funderingar. När de är på sjukhus händer något nästan hela tiden och patienten kan då ha lättare att hålla tankar och funderingar ifrån sig. Då är det viktigt att patienten följs upp. Den traditionella sjuksköterskan berättar:

Som man kan förstå på dem, är det så, att så länge de får gå på behandling så är de så inne i det. Det är när de slutat att få sin behandling som sånt kommer upp och bli jobbigare. Är jag frisk nu? Kommer jag att få tillbaka det? Vissa pratar jättemycket.

Att ge tillfällen till intellektuell stimulans

Sjuksköterskorna ansåg att aktivitet är viktigt för patienterna. De behöver komma upp ur sängen och röra på sig för att inte bli immobiliserade och drabbas av eventuella komplikationer. De behöver också få intellektuell stimulans för att bearbeta sin situation och må bättre. Den traditionella och antropo-

sofiska vården tar i sitt omhändertagande hänsyn till detta på olika sätt. Den traditionella sjuksköterskan nämnde "Kom-igång-grupper", dvs. grupper som patienten blir remitterad till för att återgå till ett normalt liv.

Den antroposofiska sjuksköterska beskriver hur de initierar patienten till aktivitet på följande sätt:

Vi aktiverar inte patienterna i den bemärkelsen som man kanske menar, utan det som aktiverar patienterna är ju behandlingarna och läkemedlen. Då aktiveras patienten på många plan, fysiskt naturligtvis, men framför allt eteriskt. Det här som ska flöda, som ofta är utslaget vid cellbehandlingar, det vill säga livskrafterna. Sen aktiveras det själsliga mycket naturligtvis. Det är ju väldigt många av terapierna som riktar sig till det själsliga eller till jaget. Det erbjuds ju lite kvällsaktiviteter också. Sen är det ju en aktivitet också att ha medpatienter på rummet. På avdelningen har vi ju sett väldigt många fina möten mellan patienter.

DISKUSSION

Metod

Då syftet var att få en fördjupad kunskap och förståelse om sjuksköterskans sätt att reagera och resonera, utifrån en helhetssyn, kring kvinnor med diagnosen bröstcancer vid ett sjukhus där man bedriver antroposofisk vård och ett sjukhus där man bedriver traditionell cancervård ansåg författarna det lämpligt att välja en metod med kvalitativ ansats (Trost 1997).

Som datainsamlingsmetod valdes kvalitativa intervjuer (Jacobsen 1996, Trost 1997) för att få en så fördjupad förståelse av den traditionella sjuksköterskan respektive den antroposofiska sjuksköterskans omhändertagande som möjligt. Observationer hade kunnat utgöra ytterligare en metod för att nå studiens syfte (Cormack 2000). Tidsbristen samt den risk som finns, att vid observationer enbart se tillfälligheter, avgjorde författarnas val att endast använda den kvalitativa intervjumetoden. Den gjorde det möjligt att diskutera vissa frågor mer ingående. Oklara frågor kunde på så sätt också förtydligas (Bell 1995). Författarna fick därmed svar på sina frågor i den utsträckning de önskade. Några av sjuksköterskorna gick tillbaka till frågor som hade ställts i början av intervjun, vilket av författarna uppfattades som att de reflekterade och noga tänkte igenom sina svar. Intervjupersonerna var tillmötesgående och intervjuerna bedrevs i positiv anda. En sjuksköterska upplevde det dock svårt att förstå våra frågor och kände sig tidspressad. Intervjun fick avbrytas ett par gånger för frågor och andra tveksamheter. Alla sex intervjuer skedde i samband med, eller under arbetstid. Sjuksköterskorna fick själva välja dag och tidpunkt. Ingen intervju utfördes direkt efter en annan. Detta underlättade för författarna, eftersom tid för reflektion kunde då ske direkt efter intervjutillfället. En av författarna genomförde intervjun medan den andra författaren medverkande främst som observatör, men ställde följdfrågor där intervjun behövdes utvecklas. Det upplevdes tryggt att använda sig av en intervjuguide, vars frågor reviderats efter genomförd provintervju. Efter att ha provat de reviderade intervjufrågorna på varandra upplevde författarna att intervjutekniken förbättrades.

Bandspelare användes vid samtliga intervjuer. En fördel med ljudbandsinspelning är att intervju-svaren registreras exakt (Patel & Davidsson 1994). Användandet av bandspelare kan dock påverka de svar som ges under intervjun, då denna ofta kan göra att intervjupersonen upplever ett större prestationskrav och har svårare att vara spontan i sina svar (Patel & Davidson 1994). Författarna upplevde att några av informanterna blev hämmade av bandspelaren och sneglade oupphörligen på

den. Att ha bandspelare kan också vid bearbetningen göra hanteringen av materialet besvärligt då det tar tid att lyssna till bandet och att gester och mimik automatiskt går förlorade (Trost 1997).

Valet av Sarvimäki och Stenbock-Hults modell för helhetssyn i vården gjordes utifrån att författarna ansåg modellen vara överförbar till omhändertagandet av patienter med diagnosen bröstcancer. Författarna anser att modellen är då relevant då alla dimensioner beaktas lika mycket. Omhändertagandet kan först ses som komplett då alla dimensioner finns beaktade. Då det insamlade materialet gav en stor mängd kunskap, måste författarna, enligt Rooke (1994), ställa sig frågan varför vissa ord och satser fått en mer utmärkande betydelse än andra. I föreliggande arbete har givetvis de utvalda dimensionerna fått en avgörande roll. Att kritiskt reflektera över forskningsresultatet är forskarens skyldighet. Rooke (1994) menar också att det föreligger en fara i forskarens möjlighet att involvera sig för mycket i materialet. Om forskaren blir alltför engagerad i vad de intervjuade delgivit kan han/hon ha svårt att reducera materialet och inta en kritisk hållning. Författarnas avsikt har varit att genom återge ett flertal citat och belysande berättelser öka trovärdigheten och härmed ge läsaren en möjlighet att själv bedöma om resultatet kan synas relevant och tillförlitligt.

Författarna upplever att det troligtvis varit lättare att genomföra denna studie om de istället hade valt två mer homogena grupper, dvs. sjuksköterskor verksamma inom liknande verksamheter. I föreliggande fall bedriver Radiumhemmet akutsjukvård och Vidarkliniken har planerade inläggningar.

Resultat

Författarna valde att i studien använda uttrycket omhändertagande istället för omvårdnad för att därigenom bredda begreppet till att också innefatta det psykosociala omhändertagandet.

När författarna gjorde sin kliniska placering på Vidarkliniken väcktes intresset för den antroposofiska filosofin. Författarna upplevde att det i den antroposofiska sjuksköterskans rutiner låg att ta reda på patientens hela livssituation och då inte bara sjukdomens påverkan, vilket författarna bekräftas i föreliggande arbete. Helhetssynen på människan ska avspegla omhändertagandet av patienten. Studiens resultat visar att de intervjuade sjuksköterskorna, inom både den traditionella och den antroposofiska vården, uttrycker en vilja att omhänderta de bröstcancerdrabbade patienterna utifrån en helhetssyn.

Av resultatet framgår att när sjuksköterskan omhändertar patienter med diagnosen bröstcancer, är det viktigt att hon tror på det hon gör för att kunna inge förtroende och tillit. Förtroendet och tilliten förstärks i en god relation sjuksköterska och patient emellan. Ju bättre relationen blir, desto mer berättar patienten för sjuksköterskan. Detta gör att sjuksköterskan kan närma sig patienten lättare och anpassa informationen efter patientens behov.

Sjuksköterskorna berättade om bristen på tid, vilket gör det svårt att hinna med det emotionella omhändertagandet. Vidarkliniken har tvärt emot den traditionella vården möjlighet att välja antalet patienter och även de patienter, som de tar emot (Vidarkliniken – ett antroposofiskt sjukhus Internetkälla). Av resultatet framgår att i den traditionella vården, där den möjligheten inte finns föreligger naturligt en annan vårdtyngd, varför den traditionella sjuksköterskan därför kan uppfattas ha mindre tid till patienten. Samtliga prioriterade dock en patient med stort behov av emotionellt stöd. Omhändertagandet av en patient i en krissituation beskrev sjuksköterskorna ofta ske individuellt och intuitivt. Sjuksköterskorna berörde också att det till omhändertagandet hörde att känna av

det utsagda, dvs. att känna till olika problem, känslor och oro som patienten kan ha svårt att uttrycka.

I den antroposofiska vården läggs stor vikt vid den fysiska kontakten då de ser den som läkande och försöker därför ta i och beröra patienten så mycket som möjligt. Det ligger även i sjuksköterskans roll att medverka till patientens upplevelse av livskvalitet. Det framkom även att det är viktigt att sjuksköterskan kan undervisa och informera patienten om aktuella läkemedel, då många frågor ställs till sjuksköterskan om detta.

En av skillnaderna mellan antroposofiskt- respektive traditionellt omhändertagande är betydelsen av miljön runt patienten. Inom båda vårdkulturerna anses miljön vara viktig men den beaktas mer i den antroposofiska vårdkulturen. I den traditionella vården behandlas själva sjukdomen i första hand, i föreliggande fall patientens bröstcancer. Primärmålet är att bota cancer. Antroposofin anser istället att sjukdomen är ett symptom på något som är fel i människans liv och livsstil och genom behandlingar vill de ge patienten en chans att bota sig själv. Detta kan kräva en förändring av hela patientens liv. Den antroposofiska sjuksköterskan har när hon börjar arbeta på Vidarkliniken gjort ett medvetet val att arbeta efter den antroposofiska omvårdnadsfilosofi. Däremot, tror författarna, att inom den traditionella vården väljer sjuksköterskan i första hand att arbeta med den vårdform som intresserar henne, i föreliggande fall, bröstcancervård.

I resultatet framkommer betydelsen av att som sjuksköterska kunna stödja en patient som förlorat ett eller båda brösten. Det kan sjuksköterskan bäst göra genom att aktivt lyssna och ge bekräftelse på patientens funderingar. Samtliga sjuksköterskor poängterade också betydelsen av att medverka till patientens upplevda livskvalitet genom att bl. a stödja patienten i beslutet att avstå från fortsatt behandling för att slippa besvär av biverkningar.

Den traditionella sjuksköterskan beskrev tyngdvikten i omhändertagandet av den bröstcancerdrabbade patienten ligga i informationen om de läkemedel som patienten får i samband med sina medicinska behandlingar. Den antroposofiska sjuksköterskan däremot hävdar att patienten inte alltid behöver *förstå allt* [gällande mediciner] *med huvudet*. En patient kan också förstå på andra plan. Hon menar att *kroppen förstår medicinerna*.

Alla sjuksköterskor påtalade nödvändigheten av en god relation till sina kolleger, eftersom en kollega, bl. a vid starka reaktioner från anhöriga, kan fungera som ett bollplank och därmed utgöra ett gott stöd.

Slutsatser

Trots att de fem dimensionerna kan beskrivas var för sig, så utgör en människa, enligt Sarvimäki & Stenbock-Hult (1996), en helhet, där processer i de olika dimensionerna påverkar varandra. Av resultatet framgår att omhändertagandet av kvinnor med bröstcancer innefattar tillgodoseendet av alla de fem dimensionerna. Därmed möjliggörs ett omhändertagande av kvinnan som en hel människa. Resultatet indikerar samtidigt att den antroposofiska sjuksköterskan i sitt omhändertagande av patienten i större utsträckning än den traditionella sjuksköterskan beaktar och vårdar utifrån en helhetssyn.

Fortsatta studier

Ett intresse skulle kunna ligga i att göra en motsvarande studie, men då istället utgå från Kings Interaktionsmodell (Forchuk m. fl. 1995). Därmed skulle interaktionen mellan sjuksköterska och

patient kunna studeras i syfte att se huruvida den påverkar omvårdnaden/omhändertagandet av patienten samt patientens upplevelse av omvårdnaden/omhändertagandet, för att sedan jämföras mellan två olika vårdkulturer.

LITTERATURLISTA

- Ambertsson, J & Johansson, K, Bröstcancerpatienters behov av stöd.// Sjukskötersketidningen 2000;2: 42-43
- Arman, M, Bröstcancerpatienters upplevelser av komplementär vård vid en antroposofisk klinik – en fallstudie, Institutionen för vårdvetenskap, Åbo Akademi, Vasa, Finland et al., 2000
- Arman, M, Kvinnors egna uppfattningar om bakomliggande orsaker till sin bröstcancer, Vidarkliniken, Järna, 1996
- Arman, M, Synpunkter på lidande utifrån antroposofisk människosyn, Järna, Vidarkliniken, 1996
- Bell, J, Introduktion till forskningsmetodik, Lund: Studentlitteratur, 1995
- Benner, P, Från novis till expert – mästenskap och talang i omvårdnadsarbete, Lund: Studentlitteratur, 1993
- Birgergård, G & Glimelius, B, Vård av cancersjuka, Lund: Studentlitteratur, 1998
- Boman, L & Andersson, J.U & Björvell, H, Needs as expressed by women after breast cancer surgery in the setting of a short hospital stay.// Scandinavian journal of caring sciences 1997; 11; 25-32, 34
- Borgenhammar, E, Den antroposofiska vården, Vård nr 4, 1993
- Carlgrén, F, Den antroposofiska kunskapsvägen, Stockholm :Robert Larson AB, 1980
- Cormack, D, The research process in nursing, London, Blackwell science, 2000
- Dahlberg, K, Kvalitativa metoder för vårdvetare, Lund: Studentlitteratur, 1997
- Ejvegård, R, Vetenskaplig metodik, Lund: Studentlitteratur, 1996
- Forchuk, C, Sieloff, L, O'Connor, N, Omvårdnadsteorier II, Lund: Studentlitteratur, 1995
- Friberg, B, Onkologi – Basbegrepp inom cancervården och sjuksköterskans roll, Stockholm: Liber, 1990
- Författningshandbok 1999 För personal inom hälso- och sjukvård, Wilov, K Uppsala, Liber, 1999
- Hek, G, Judd, M & Moule, P, Making sense of research – An introduction for nurses, Wiltshire: Redwood Books, 1996
- Henderson, V, Grundprinciper för patientvårdande verksamhet, Borås: Almqvist och Wiksell, 1991
- Hermerén, G, Kunskapens pris- forskningsetiska problem och principer i humaniora och samhällsvetenskap, Stockholm: HSFR, 1992

- Jacobsen, JK, Intervju: konsten att lyssna och fråga, Lund: Studentlitteratur, 1996
- Jahrén, Kristoffersson, N, Allmän omvårdnad 3, Stockholm: Liber 1998
- Kvale, S, Den kvalitativa forskningsintervjun, Lund: Studentlitteratur, 1997
- Lantz, A, Intervjumetodik, Lund: Studentlitteratur, 1993
- Leander, G, Sjuksköterskan ett viktigt stöd för bröstcancerpatienten.// Medicinsk vetenskap 1999; 4: 28-30
- Malterud, K, Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, Lund: Studentlitteratur, 1998
- Nerdrum, I, Antroposofisk vård komplement till skolmedicin, Vårdfacket, nr 15, 1990
- Närvänen, AL, När kvalitativa studier blir text, Lund: Studentlitteratur, 1999
- Patel, R & Davidsson, B, Forskningsmetodikens grunder- att planera genomföra och rapportera en undersökning, Lund: Studentlitteratur, 1994.
- Polit, D & Hungler, B, Nursing research: principals and methods, Philadelphia, Lippincott, 1999
- Sarvimäki, A & Stenbock-Hult, B, Vård – ett yttryck för omsorg, Falköping; Liber AB, 1996
- SOU 1989:60, Alternativ medicin 1, Huvudbetänkande från alternativmedicin-kommitén, 1989
- Svensson, E, Vetenskaplig metodik: att formulera och studera vårdproblem, Stockholm, Natur och Kultur, 1987
- Reberg, A, Mitt möte med de gåtfulla antroposoferna, Fälhns Tryckeri, 1994
- Ringborg, U & Hendriksson, R & Friberg, S, Onkologi, Stockholm, Liber, 1998
- Rooke, L, Omvårdnad. Erfarenhet – reflektion – teori, Lund: Studentlitteratur, 1994
- Rydén, S (redaktör), Bröstcancer, Göteborg: ICI-Pharma, 1988
- Trevelyan, J, Anthroposophical medicine: a nursing perspective. //compleamantary Therapies in nursing & Midwifery 1997; 3; 152-155.
- Trost, J, Kvalitativa intervjuer, Lund: Studentlitteratur, 1997
- Yalom, Marilyn, Bröstens historia., Stockholm, Ordfront förlag, 1999
- Wolff, O, Den antroposofiskt orienterade medicinen och dess läkemedel, Falk Järna, 1977
- Vårdprogram 2000, Onkologiskt Centrum Stockholm-Gotland, Bröstcancer, diagnostik, behandling och uppföljning i Stockholm-Gotlandregionen 2000,

Internet

<http://www.sos.se>, State of the Art/ Bröstkancer/mars/pat005.htm. (2001-05-22)

<http://www.ks.se/radiumhemmet/go.wiz?doc=10062554> (2001-05-11)

http://www.antroposofi.com/medicin/vidarkliniken/vpv_inriktning.htm (2001-11-12)

Bäste Divisionschef

2001-05-31

Våra namn är Emelie Condén och Leena Källqvist och vi studerar vid Sophiahemmets sjuksköterskehögskola.

Slutet på våran utbildning börjar att närma sig och detta innebär att ett examensarbete ska göras.

Våran förhoppning är att vårt examensarbete ska beskriva sjuksköterskors omhändertagande av kvinnor med diagnosen bröstcancer.

Våran övertygelse är att sjuksköterskorna vid Radiumhemmet besitter lång erfarenhet och skicklighet. Därför tycker vi att det skulle vara spännande att få ta del av den erfarenheten genom att intervjua ca. 5 sjuksköterskor verksamma vid vårdavdelningar på Radiumhemmet. För att kunna genomföra dessa intervjuer behövs ett godkännande av Dig.

Om du godkänner att intervjuerna utförs kommer vi att kontakta chefssjuksköterska på avdelning och med hennes hjälp tillfråga sjuksköterskor som kan delta i våran studie. Efter ett medgivande av sjuksköterskan kommer intervjun att bandas och sedan behandlas med största möjliga konfidentialitet. Intervjuerna kommer att hållas på för sjuksköterskan lämplig tid och plats.

- Jag godkänner att intervjuer genomförs enligt ovan nämnda premisser

010619 Ulrik Ringborg

Namnunderskrift och datum

2001-06-19

Ulrik Ringborg, verksamhetschef vid Radiumhemmet

- Jag godkänner ej att intervjuer genomförs enligt ovan nämnda premisser

Namnunderskrift och datum

Med vänlig hälsning Emelie Condén Kurs 15
Sophiahemmets sjuksköterskehögskola
Tel. 0709-686848 el. 08-284948

Leena Källqvist Kurs 15
Sophiahemmets sjuksköterskehögskola
Tel.: 0733-541684 el. 08- 6471998

Våran handledare under arbetets gång
Lektor Ann-Kristin Mattiasson
Sophiahemmets sjuksköterskehögskola
Tel. 08- 4062860

Emelie Condén

Bäste chefssjuksköterska

Vi heter Emelie Condén och Leena Källqvist. Vi går våran femte termin på sjuksköterskeutbildningen vid Sopiahemmets sjuksköterskehögskola.

I utbildningen ingår ett examensarbete om 10 poäng. Vi hoppas att kunna skriva om sjuksköterskors omhändertagandet av kvinnor med diagnosen bröstcancer och göra en jämförelse mellan sjuksköterskor verksamma vid Vidarkliniken och inom skolmedicinen, för att hitta liknelser och skillnader

Våran övertygelse är att sjuksköterskorna verksamma vid just Radiumhemmet är erfarna och medvetna i sitt arbete varför de skulle vara intressant att få intervjua ett par sköterskor hos dig.

Tror du att det skulle vara möjligt att få tillfälle att träffa och intervjua ca 5 sjuksköterskor om just Deras erfarenheter av omhändertagandet av kvinnor med bröstcancer?. Om det finns möjlighet ska sjuksköterskorna ha arbetat med kvinnor med bröstcancer under minst fem år. Detta för att få så skickliga och erfarna sjuksköterskor som möjligt.

Du får gärna höra av dig till någon av oss om du tror att det är möjligt eller vill ha vårt PM för arbetet.

Emelie Condén 08-284948, eller mobil 0709-686448.
Leena Källqvist 08-6471998, eller mobil 0733-541684

Våran handledare under arbetets gång är
Lektor Ann-Christine Mattiasson tel.: 08-4062860
Sopiahemmets sjuksköterskehögskola

Bästa sjuksköterska

Vi heter Emelie Condén och Leena Källqvist och är studenter vid Sophiahemmets sjuksköterskehögskola.

Vi arbetar just nu med vårt examensarbete om 10 poäng som ska beskriva sjuksköterskors omhändertagande av kvinnor med diagnosen bröstcancer för att se om det finns skillnader och likheter mellan sjuksköterskor verksamma vid Vidarkliniken och Radiumhemmet.

Vi tycker att det skulle vara jätte trevligt om vi fick ta del av just Dina erfarenheter av att arbeta med kvinnor med bröstcancer.

Hur ska då detta gå till? Jo, vi hoppas att få träffa dig och göra en intervju. Intervjun kommer att bandas med hjälp av en bandspelare som vi tar med mig vid intervjutillfället. Vill du inte att din intervju ska bandas så är det inga problem. Självklart tillförsäkras du största möjliga konfidentialitet.

Intervjun kommer att handla om vad Du gör i ditt arbete kring kvinnan med bröstcancer.

Vilken är din bästa tillgång vid omhändertagandet av dessa kvinnor, och om du beaktar den fysiska vårdmiljön runt kvinnan.

Vi ser fram emot att träffa dig och hoppas att du vill hjälpa oss i vårt arbete genom att dela med dig av din unika erfarenhet.

Med vänlig hälsning Emelie Condén kurs 15
Sophiahemmets sjuksköterskehögskola
Tel.: 0709-686448 el. 08-284948

Leena Källqvist Kurs 15
Sophiahemmets sjuksköterskehögskola
Tel. : 0733-541684 el. 08-6471998

Vårn handledare under arbetats gång är Lektor Ann-Kristin Mattiasson
Tel.: 08-4062860
Sophiahemmets sjuksköterskehögskola

1. –Hur länge har du arbetat som sjuksköterska?
2. –Hur länge har du arbetat med kvinnor som fått diagnosen bröstcancer?
3. –Har du någon ytterligare erfarenhet av att ha arbetat med kvinnor med diagnosen bröstcancer?
4. –Kan du berätta utifrån en helhetssyn (dvs. att se människan utifrån hennes fem dimensioner nämligen den biofysiska/medicinska, den sociokulturella/sociala, emotionella/psykologiska, andligt-existentiella och den intellektuella) vad som kännetecknar den vård som ges till kvinnor med bröstcancer?
5. –Berätta vad du gör i ditt omvårdnadsarbete kring kvinnan med bröstcancer?
6. –Vilka omvårdnadsbehov framkommer hos kvinnor med bröstcancer? (Hur överensstämmer de med helhetssynen)?
7. –Anser du att det finns någon prioritering i de omvårdnadsbehov som kvinnorna uttrycker? I så fall vilka?
8. –Vilken är antroposofins / den traditionella vårdens främsta tillgång vid omhändertagandet av dessa kvinnor?
9. –Hur viktig är den fysiska vårdmiljön runt kvinnan, och finns den beaktad på din arbetsplats? (Biofysiska)
10. –Hur viktig är den psykosociala vårdmiljön runt kvinnan, och finns den beaktad på din arbetsplats? (Emotionella, andligt-existentiella och intellektuella)
11. –Har du några ytterligare reflektioner, något som du vill tillägga eller belysa i vården av kvinnor med diagnosen bröstcancer?