

# EN KÄNSLA AV TRYGGHET

Patienters perspektiv inom palliativ vård

**KATJA KUKKOLA**  
**EMMA LJUNGBERG**

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Årligen dör 56 miljoner människor världen över och det uppskattas att ca 60% är i behov av palliativ vård. Patienter inom palliativ vård upplevde sin situation som osäker, då livet inte längre var en självklarhet. De försökte leva dag för dag och njuta av livet.

**Problem:** Då patienterna har diagnostiserats med en obotlig sjukdom upplevdes framtiden osäker, på grund av att livet snart kunde ta slut. Det kan innebära att patienter med en palliativ diagnos kan vara i större behov av trygghet.

**Syfte:** Att undersöka patienters upplevelse av trygghet inom palliativ vård.

**Metod:** I examensarbetet användes en beskrivande syntes då den utgår från vetenskapliga artiklar och fokuserar på kvalitativ forskning.

**Resultat:** Resultatet visar hur patienter inom palliativ vård kan uppleva känslor av trygghet. Detta delades in i två teman: Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter och Upplevelsen av trygghet i vanliga livet. Subteman skapades för att ge en djupare förståelse av temana.

**Slutsats:** Det har framkommit i resultatet att patienter kan uppleva en trygghet trots den svåra sista tiden i livet. Vad som gjort att dessa patienter upplevt trygghet kopplas dels till deras relationer med andra gestalter samt möjligheten att leva som vanligt.

Nyckelord: kvalitativ, livets slutskede, palliativ vård, patienters upplevelser, trygghet

## ABSTRACT

**Background:** Every year 56 million people die around the world and it is estimated that 60% of these people are in need of palliative care. It has been shown that patients in the palliative care experienced their situation as uncertain. When life no longer was certain, the patients tried to live their life day by day and make the best of it.

**Problem:** When patients were diagnosed with an incurable disease the future became unsure, because their life would come to an end. Therefore patients with a palliative diagnosis could be in need of experiencing feelings of security.

**Purpose:** To examine patients' perception of feelings of security within palliative care.

**Method:** A descriptive synthesis was used, because it focuses on qualitative studies.

**Results:** The results show how patients in the palliative care experienced a sense of security in different ways. The feelings of security was divided into two major themes: Feelings of security through different characters and Feelings of security in ordinary life. Sub themes were created to give a deeper understanding of the themes.

**Conclusion:** The results have shown that patients can experience feelings of security in the last phase of life. The feelings of security was experienced through relationships with different characters, and through the opportunity to live as usual.

Keywords: end of life, palliative care, patients experiences, qualitative, security

# INNEHÅLL

<b>1</b>	<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>2.1</b>	<b>Definition av begrepp</b> .....	<b>2</b>
2.1.1	<i>Trygghet</i> .....	2
2.1.2	<i>Palliativ vård</i> .....	2
<b>2.2</b>	<b>Den palliativa vårdens utveckling</b> .....	<b>3</b>
<b>2.3</b>	<b>Lagar och styrdokument</b> .....	<b>4</b>
<b>2.4</b>	<b>Tidigare forskning</b> .....	<b>4</b>
2.4.1	<i>Patienters upplevelser av att leva med en palliativ diagnos</i> .....	4
2.4.2	<i>Ett holistisk synsätt</i> .....	5
<b>2.5</b>	<b>Teoretiskt perspektiv</b> .....	<b>5</b>
<b>2.6</b>	<b>Problemformulering</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>SYFTE</b> .....	<b>7</b>
<b>4</b>	<b>METOD</b> .....	<b>7</b>
<b>4.1</b>	<b>Val av metod</b> .....	<b>8</b>
<b>4.2</b>	<b>Datainsamling och urval</b> .....	<b>8</b>
<b>4.3</b>	<b>Analys av data</b> .....	<b>9</b>
<b>5</b>	<b>ETISKA ÖVERVÄGANDEN</b> .....	<b>10</b>
<b>6</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>11</b>
<b>6.1</b>	<b>Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter</b> .....	<b>11</b>
6.1.1	<i>Trygghet genom familj och vänner</i> .....	12
6.1.2	<i>Trygghet genom vårdpersonal</i> .....	12
6.1.3	<i>Trygghet genom en högre makt</i> .....	13
<b>6.2</b>	<b>Upplevelsen av trygghet i vanliga livet</b> .....	<b>14</b>
6.2.1	<i>Att leva som 'vanligt'</i> .....	14
6.2.2	<i>Att vara hemma</i> .....	14
6.2.3	<i>Trygghet genom ett larm</i> .....	15

<b>7</b>	<b>DISKUSSION.....</b>	<b>16</b>
7.1	Resultatdiskussion.....	16
7.2	Metoddiskussion .....	20
7.3	Etikdiskussion .....	22
<b>8</b>	<b>SLUTSATSER .....</b>	<b>22</b>
	<b>REFERENSLISTA .....</b>	<b>24</b>

**BILAGA A. SÖKMATRIS**

**BILAGA B. ARTIKELMATRIS**

# 1 INLEDNING

Trygghet är ett mångfacetterat begrepp och många har skiftande känslor när det kommer till hur trygghet upplevs. Det du upplever som tryggt för dig behöver inte innebära trygghet för någon annan. Vi tror att patienter har ett behov av att uppleva trygghet då de ofta är i en sårbar situation, inte minst inom palliativ vård. Det är därför viktigt att försöka skapa en så bra sista tid i livet som möjligt för de patienter som inom en snar framtid kommer att dö. Genom att undersöka patienters upplevelse av trygghet kan riktlinjer hittas för att skapa detta. Dessa riktlinjer kan användas inom palliativ vård för att få en bättre förståelse om vad som är tryggande för patienter med en obotlig sjukdom. Begreppet trygghet är relevant för vårdvetenskap då vi anser att det säkerställer en god vård. En god vård innefattar att sjuksköterskor ska kunna skapa ett gott bemötande samt en relation som stärker patientens autonomi och delaktighet. Från egna erfarenheter har vi upptäckt och stött på många patienter som upplever en misstro för vården och personalen. Enligt de patienterna upplevs brister i vården när det gäller skapandet av en god relation och delaktighet. Om skapandet av relationer uteblir eller brister, samt om patienter inte känner sig delaktiga i vården, kan det orsaka ett onödigt lidande. Det blir ett lidande utöver det patienterna förmodligen redan känner på grund av sin diagnos. För vårdvetenskap är begreppet trygghet även relevant för patientsäkerheten, då den syftar till att skydda patienterna från lidande och skador orsakade av vården. Om vårdpersonalen kan skapa förutsättningar för patienternas upplevelse av trygghet kan det innebära att risken för vårdskada förhoppningsvis är säkrad.

Syftet för det här examensarbetet valdes då vår uppfattning är att patienter inom palliativ vård ställs inför en svår situation där de kan tänkas vara i stort behov av trygghet. Examensarbetet inspirerades utifrån intresseområden som efterfrågats av verksamheter inom vården. Den verksamhet som efterfrågat det valda intresseområdet är; Medicinkliniken Avdelning 72 Landstinget Sörmland. Och intresseområdet lyder som följande; ”Innebörden av trygghet i vårdandet beskrivet ur ett patientperspektiv alternativt ett sjuksköterskeperspektiv”.

# 2 BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs begreppen trygghet och palliativ vård som är relevanta för förståelsen av examensarbetet. Utvecklingen av den palliativa vården beskrivs sedan 50 år tillbaka. Lagar och styrdokument relevanta för vårdpersonalens ansvar att se till patienters trygghet presenteras. Tidigare forskning beskrivs för att ge en överblick av forskningsläget kring patienters upplevelser inom palliativ vård. Erikssons teori om hälsa, lidande och vårdande

kommer att utgöra det teoretiska perspektivet för det här examensarbetet. Slutligen presenteras en problemformulering för att beskriva vad som studeras och varför.

## **2.1 Definition av begrepp**

Här beskrivs en definition av begreppen trygghet och palliativ vård. Trygghet beskrivs utifrån Svenska akademins ordbok (2010) och Anderssons (1984) avhandling om trygghet. Palliativ vård definieras med hjälp av Socialstyrelsens riktlinjer (2013) för palliativ vård samt World Health Organization (2014).

### **2.1.1 Trygghet**

Enligt Svenska Akademins ordbok (2010) definieras begreppet trygg som ”något sakligt som ger säkerhet, beskydd, hjälp, som inte innebär, medför hot” och som en person som är ”tillförlitlig” och ”som inte sviker”.

Andersson (1984) beskriver trygghet som en känsla individer upplever. Hon talar om trygghet som två dimensioner, grundtrygghet och situationsrelaterad trygghet. Grundtrygghet handlar om att personen har en tillit och säkerhet i sig själv. Den skapas redan i tidig ålder genom en tro och kunskap om sig själv, som sedan lägger grunden för en inre trygghet. För att grundtrygghet ska kunna skapas krävs det att ett barn har de viktigaste komponenterna, det vill säga en stabil familj och en känsla av gemenskap. Barn som inte har dessa komponenter har inte samma möjlighet till en grundtrygghet vilket påverkar deras uppväxt och förmåga att hantera livet. Grundtryggheten kan förstärkas eller försämrans i det vuxna livet genom upprepade positiva eller negativa händelser och erfarenheter. Situationsrelaterad trygghet har tidigare gått under namnet yttre trygghet, och är beroende av förhållanden och situationer som personen befinner sig i. Den här tryggheten är även beroende på personens uppfattning och upplevelse av dessa förhållanden och situationer. Vilket i sin tur spelar in i hur personen upplever en situation som trygg eller otrygg. Den situationsrelaterade tryggheten stärks genom resurser och faktorer som bidrar till livskvalitet. Det är alltså upplevelsen av livskvalitet som gör att personen kan uppleva en situationsrelaterad trygghet. Trygghetskänslan kan dock upphävas om resurserna upphör eller hotas.

### **2.1.2 Palliativ vård**

Palliativ vård utövas när patienter med en obotlig sjukdom eller skada får vård som avser att lindra symtom, lidande och främja livskvalitén hos personen. Palliativ vård delas in i två faser där den första fasen innebär att patienter befinner sig i början av deras sjukdom och vården syftar till att förlänga livet. I den andra fasen befinner sig patienter i ett senare stadie av sjukdomen och det är då lindrande vård som är det väsentliga. Inom palliativ vård är det viktigt att en helhetssyn på människan tillämpas, och brukar benämnas som att inneha ett palliativt förhållningssätt. En helhetssyn på människan innebär att vårdpersonalen ser till patientens fysiska, sociala och existentiella behov. Det är viktigt för att patienten ska få

uppleva ett välbefinnande och kunna behålla sin värdighet i livets slutskede. En god palliativ vård innebär att patienten får möjlighet att bevara sin autonomi, integritet och sociala relationer. Men även en chans att kunna skapa mening i livet samt uppleva ett sammanhang. Palliativ vård kan delas in i allmän och specialiserad vård, där allmän palliativ vård kan tillämpas av personal med en grundläggande kunskap av palliativ vård. Och specialiserad palliativ vård utförs av personal med särskild kompetens för palliativ vård, där patienterna har svåra symtom eller speciella behov (Socialstyrelsen, 2013).

Palliativ vård definieras av World Health Organization (2014) som en process som höjer livskvaliteten bland patienter och deras familj som brottas med problem relaterade till livshotande sjukdom.

## **2.2 Den palliativa vårdens utveckling**

Det dör ungefär 56 miljoner människor varje år i hela världen. Ca 60% av dessa är i behov av någon form av palliativ vård. Den moderna historien kring palliativ vård sträcker sig enbart 50 år bakåt i tiden (Clark & Graham, 2011). Vården utav döende människor har tidigare skett i hemmet, men sedan 50 år tillbaka, under mitten av 1900-talet förflyttades den mesta vården av de döende människorna till sjukhus. Det bidrog dock till att döende började ses som ett misslyckande då det enda personalen kunde göra var att symtomlindra och inte bota. Vårdpersonalen visste inte hur de skulle hantera patienternas döende vilket gjorde att patienterna och familjen blev övergivna den sista tiden i livet (Ternestedt & Andershed, 2013). I modern tid har dock kunskapen om den palliativa vården spridit sig världen över, men i många länder finns ännu inte tillgång till palliativ vård. Under modern historia har palliativ vård och dess utveckling förknippats med cancersjukdomar, men det har på senare tid uppmärksammats att patienter med andra sjukdomar och diagnoser är i samma behov av palliativ vård som de med cancersjukdomar. Det har börjat talas om att palliativ vård ska bli en mänsklig rättighet, men det är ännu långa vägar kvar för att det ska kunna möjliggöras (Clark & Graham, 2011).

Intresset för palliativ vård har ökat då vården och personalen börjat inse vilka problem patienterna inom palliativ vård ställs inför. Man har även börjat uppmärksamma behovet av ökad kunskap och forskning kring området för att kunna hjälpa dessa patienter i deras situation. Det har länge inom vården, världen över, funnits olika modeller för hur vård kan tillämpas. Dock är det svårt att peka ut en av dessa för att styra den palliativa vården, och därför har det kartlagts gemensamma principer för hur palliativ vård ska bedrivas. Dessa principer utgörs av; symtomlindring, fokus på livskvalité för patienten och dess familj samt att se till fysiska, psykiska, emotionella och andliga behov (Brooksbank, 2009).



## 2.3 Lagar och styrdokument

För att kunna skapa en god vård för patienter inom palliativ vård är det nödvändigt att vårdpersonalen är medvetna om lagar och styrdokument för att kunna skapa förutsättningar för en god vård.

I hälso- och sjukvårdslag [HSL] (SFS, 1982:763) § 2 a står det att ”hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Det innebär att den skall särskilt 1. /.../ tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen: /.../ 5. tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården”.

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) beskrivs att sjuksköterskan ska kunna ”med omdöme, kunskap och noggrannhet informera och tillgodose patientens trygghet och välbefinnande vid undersökningar och behandlingar”, ”tillgodose patientens basala och specifika behov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga” samt ”uppmärksamma och möta patientens sjukdomsupplevelse och lidande och så långt som möjligt lindra detta genom adekvata åtgärder”.

## 2.4 Tidigare forskning

Tidigare forskning presenteras utifrån vetenskapliga artiklar, för att visa hur forskningsläget ser ut kring palliativ vård. Det som beskrivs här är erfaret ur den moderna historien kring palliativ vård, då forskningen nedan är från det senaste årtiondet. Här kommer patienters upplevelser av att få en palliativ diagnos samt hur det är att leva i situationen att beskrivas.

### 2.4.1 *Patienters upplevelser av att leva med en palliativ diagnos*

Att få en diagnos med en obotlig sjukdom beskrevs av patienter som att äntra en ny värld då framtiden upplevdes som osäker. När botande behandling inte längre var ett alternativ, utan det enda som hjälpte var palliativ vård, beskrev patienter att den förlorade framtiden var som att falla genom ett hål. Där vissa patienter såg deras framtid som ett negativt mörker.

Patienterna kände att livet snart var slut, vilket gjorde att övergången till palliativ vård var svår. När livet inte längre var en självklarhet blev patienterna mer känsliga i relation till tid, då tiden enbart sågs som den tid de hade kvar att leva. Det gjorde att de i den här situationen försökte leva dag för dag och njuta av vad livet hade att erbjuda. Patienterna kunde känna av vårdpersonalens men även familjens uppfattning av tid genom deras kroppsspråk.

Sjukdomen gjorde att allt saktade ned, vilket krävde en långsammare rytm i möten med andra. En rytm i otakt kunde förstärka patienternas känsla av sårbarhet och hjälplöshet, medan en rytm i takt med patienterna förstärkte upplevelsen av värdefull tid. Då patienterna blev erbjudna hjälp och vård gav det en känsla av att bli given tid och omtänksamhet (Ellingsen, Roxberg, Kristoffersen, Rosland & Alvsvåg, 2013; Montoya- Juarez m.fl, 2013).

På grund av diagnosen upplevde patienterna en förändring i sin identitet när de gick från att vara friska personer till att vara patienter. Identiteten kunde påverkas av sjukdomen och dess symtom. Symtomen påverkade patienternas tidigare jag, vilket gjorde att de inte längre

kände igen sig själva (van Gennip, Pasmaan, Oosterveld-Vlug, Willems & Onwuteaka-Philipsen, 2013). Sjukdomens symtom hindrade även patienterna från att utföra sina intressen. Hinder för att vara delaktig i vardagliga aktiviteter orsakades av sjukdomen och hade ett långsamt förlopp i samband med sjukdomens utveckling. I början av sjukdomen berodde det mest på att patienterna var besvärade över hur symtomen uppfattades av andra. Och i ett senare stadie påverkades dagliga aktiviteter och sociala relationer på grund av den fysiska oförmågan sjukdomen orsakade. I och med det upplevde patienterna en isolering och ensamhet (Bajwah m.fl., 2013). Sjukdomen kunde också förändra relationen till familjen, då till exempel patienter som haft en försörjande roll i familjen nu var de som var beroende av andra. Det gjorde att de blev beroende av familjens hjälp att klara dagliga aktiviteter. Dessa aktiviteter kunde vara intima vilket förstärkte patienternas känsla av att de förlorat sin självständighet. De var tvungna att anpassa sig till situationen, oavsett deras missnöje med att vara den behövande partnern (Bajwah m.fl., 2013; van Gennip m.fl., 2013).

#### **2.4.2 Ett holistisk synsätt**

Patienter inom palliativ vård har en obotlig sjukdom med dödlig utgång. För de patienter som har diagnostiserats med en obotlig sjukdom innebär det att inget botemedel finns. Även om patienter är i ett palliativt stadie så händer det att vårdpersonalen inte har vidare kunskaper eller utbildning för att utföra palliativ vård. På grund av det mister patienterna sitt förtroende för vården och vårdpersonalen. Då vårdpersonal som inte har kunskap kring palliativ vård tenderar de att enbart bota och inte vårda patienterna. Det bidrar till att patienterna upplever att vårdpersonalen fokuserar mer på sjukdomen än den palliativa situationen. Vilket betyder att när vårdpersonalen fokuserar mer på patienternas sjukdom än att se hela människan och situationen, leder det till att patienten och dennes familj kommer i skymundan. Den okunniga vårdpersonalen sätter därför patienters och familjens psykiska, sociala och andliga behov i andra hand. Det innebär att ett holistiskt synsätt går förlorat, då ett holistiskt synsätt avser att fokusera på hela patienten, familjen och situationen (Mahtani-Chugani, González-Castro, Ormijana-Hernández, Martín-Fernández & Fernández de la Vega, 2010).

## **2.5 Teoretiskt perspektiv**

Det teoretiska perspektivet kommer att utgöras av Erikssons teorier om lidande, hälsa och vårdande. Ur teorin om lidande har det valts att fokuseras på lidandets drama och lidandets tre olika nivåer. Fokus ligger på teorin om lidande och lidandets drama, men teorin om hälsa har även integrerats då Eriksson anser att dessa går hand i hand. Från teorin om hälsa används Erikssons begrepp tro, hopp och kärlek. Teorin om vårdande har även valts att beskrivas utifrån en del som beskriver relationen mellan människan och en abstrakt eller konkret andra.

Eriksson (1994) talar om ett lidandets drama som består av tre akter; *lidandet bekräftas, tid för att lida ut* samt *försoning med lidandet*. Lidandets drama är en relation mellan människor inom vården där dramat utgörs av hopp som väcks på nytt, efter att det flera

gångar blivit avvisat, då patienten trätt in i relationen. Lidandets drama kräver en medaktör för att lidandet hos patienten ska kunna lindras. Det förutsätter att medaktören har förmåga att ta till sig patientens lidande, inte vika undan från sin roll som medaktör och överge patienten. Eriksson säger att patienten försöker finna en medaktör genom att visa sitt lidande. Lidandet kan visas på olika sätt och på så vis fånga olika medaktörer. Lidandets drama innebär att patienten måste finna en medaktör som förstår dennes lidande så som det är just då. Det är viktigt att de människor som har möjlighet att bli medaktör kan se, känna och möta patienten och dennes lidande samt bekräfta lidandet. Om patienten misslyckas med att fånga en medaktör kan inte lidandet lindras. Men då kommer patienten att försöka visa lidandet på andra sätt för att eventuellt fånga en annan potentiell medaktör. Genom att fånga en medaktör för lidandes drama kan patienten försonas med sitt lidande, finna en mening och uppleva hälsa. I lidandet försöker människan att skapa en gemenskap, och det kan ske genom lidandets drama. Patienten kan finna en mening genom lidandet om det förenas med ett nytt liv, där det onda från lidandet hjälper patienten att finna sina inre resurser. När en mening uppdragas ger det patienten ett tillfälle att förena lidandet med livet och på så sätt sluta lida (Eriksson, 1994).

Eriksson (1994) menar att lidande upplevs på tre olika nivåer "Att ha ett lidande", "Att vara i lidande" och "Att varda i lidande". Den första nivån, "Att ha ett lidande" innebär att vara okänd för sina inre begär och att inte kunna se sina egna möjligheter. Människan försöker ständigt se bort från sitt lidande genom att ignorera det, och fly från det. "Att vara i lidande", betyder att människan söker efter lindring i sitt lidande genom att få sina behov tillfredsställda för stunden. Det finns dock en ständig oro eftersom människan hela tiden försöker vinna över sitt lidande genom tillfredställelse av behov, som är en kortsiktig lösning. "Att varda i lidande" beskrivs som en kamp mellan hopp, som är förenat med liv, och hopplöshet, som är förenat med död. Om hoppet vinner upptäcker människan en mening med lidandet. Hopp kan ge upphov till hälsa, då Eriksson (1989) ser 'tro, hopp och kärlek' som hälsoresurser. Hopp kan födas genom en kärleksfull omvårdnad från en 'vän'. Personers hälsa får en riktning genom hopp, då hopp inger en förväntan att situationen eller något annat kan förändras. Kärleken från en 'vän' eller annan människa utgör hälsans form. Genom att en människa visar kärlek och omsorg kan denna människa vara hälsa för personen i fråga. Hälsa kan även upplevas genom tro och detta sker om personen känner ett förtroende för tillvaron och situationen. Eriksson (1994) anser att det går att uppleva hälsa trots att en människa upplever ett lidande. Då livet utgörs av både hälsa och lidande är dessa alltid närvarande, och beroende på omständigheterna upplevs hälsa eller lidande i olika grad. Eriksson (1989) menar, för att någon ska uppleva hälsa är det inte sagt att frånvaro av sjukdom är nödvändigt.

Vårdande mellan två människor kan anta olika former, med variationer i relationen dem emellan. Ett själv är inte tillräckligt utan är i behov av en "andra". Det kan vara en abstrakt eller konkret andra. En abstrakt andra kan vara en Gud eller tro, och de konkreta andra kan vara människor i närheten, exempel familj och vänner. Det finns även en professionell andra som utgörs av vårdpersonal. Om en människa vårdar sig själv kan hen finna stöd från den abstrakta andra, Gud eller tron, samt de konkreta andra, familj och vänner. Här sker ett naturligt vårdande, som kan stödjas av de professionella andra när tro, familj och vänner inte längre är tillräckliga (Eriksson, 1997).

## 2.6 Problemformulering

När människor ställs inför döden på grund av en obotlig sjukdom är det viktigt att kunna tillgodose behov för att de ska få en bra sista tid i livet. Vårdpersonalen har en viktig uppgift i det genom att kunna skapa en god vård och förutsättningar så att patienterna kan uppleva ett förtroende. Ett förtroende kan uppstå när patienter känner att vårdpersonalen har ett holistiskt och palliativt förhållningssätt. Det har från tidigare forskning visat sig att patienter upplevt att viss vårdpersonal inte haft förmåga att kunna se till dem som en helhet och deras situation. Det har då lett till att patienten tappat förtroendet för vården och personalen. När patienter upplever ett minskat förtroende för vården kan det innebära ett onödigt lidande för patienten utöver sjukdomen. Om förtroende för vården inte upplevs leder det till att en god vård inte uppnås och därmed äventyras patienters trygghet inom vården.

Att patienter inom palliativ vård ställs inför en krävande situation, där många känslor uppstår, kan förstås. Patienter och deras känslor behöver bekräftelse för att kunna lindra deras lidande. För att få bekräftelse för dessa känslor och en chans att lindra lidandet behöver patienter därför en medaktör. Medaktören bjuds in av patienten och kan vara vårdpersonal eller en familjemedlem som patienten kan uttrycka sina känslor för och därmed lindra lidandet. Medaktören är en konkret eller professionell ”andra” som stödjer patienten i dennes lidande.

Då patienterna har diagnostiserats med en obotlig sjukdom och står inför ett möte med döden upplevdes framtiden osäker, på grund av att livet snart kunde ta slut. Det innebär att patienter med en palliativ diagnos kan vara i ett större behov av trygghet då livet inte längre är en självklarhet. Examensarbetet syftar därför till att få en bättre kunskap och förståelse för hur trygghet upplevs av patienter inom palliativ vård.

Från vad som tidigare har nämnts uppstår frågor som; Kan patienter i den här svåra och sista tiden i livet uppleva trygghet? och Vad är det som gör att en patient upplever trygghet?

## 3 SYFTE

Syftet med examensarbetet är att undersöka patienters upplevelse av trygghet inom palliativ vård.

## 4 METOD

Här nedan presenteras och argumenteras det för hur val av metod är relevant för det här examensarbetet, samt metodens tillvägagångssätt. Under 'Datainsamling och urval'

presenteras hur sökning och urval av artiklar har gått till, samt hur många artiklar resultatet grundar sig på. Slutligen beskrivs hur analysen av artiklar genomförts, utifrån metodbeskrivningen, av examensarbetets författare.

#### 4.1 Val av metod

För att undersöka upplevelsen av trygghet hos patienter inom palliativ vård kommer ett litteraturbaserat examensarbete med analys av kvalitativ forskning göras. Kvalitativ forskning strävar efter att förstå och förklara fenomen så som patienters upplevelser och erfarenheter (Segesten, 2010). Genom att utgå från kvalitativ forskning kan vi öka förståelsen för patienters upplevelse av trygghet. I examensarbetet kommer en beskrivande syntes enligt Evans (2003), av vetenskapliga artiklar användas då den fokuserar på kvalitativ forskning.

En beskrivande syntes syftar till att göra en sammanfattande beskrivning av artiklarnas resultat med undvikande för tolkning av artiklarna, då tolkning undviks genom att hålla sig textnära. Metoden genomförs i fyra steg utifrån Evans (2003) metodbeskrivning; *insamling av data, identifiering av nyckelfynd, sammanställning av teman och beskrivning av fenomenet*. Insamling av data innebär att man söker efter relevant forskning som kan svara på examensarbetets syfte. Typ av forskning som ska användas för examensarbetet bestäms och dokumenteras i inklusionskriterierna, till exempel område, språk samt kvalitativ eller kvantitativ. Ett urval av relevant forskning görs med hjälp av inklusionskriterierna för att finna enhetliga artiklar. Sökning görs i databaser för att leta reda på relevant forskning. Efter att sökningen har gjorts läses urvalet av artiklar flera gånger. Det görs för att skapa en bättre förståelse av artiklarna som helhet samt identifiera nyckelfynd från artiklarnas resultat och föra över dem till ett nytt dokument. Nyckelfynd är en mening eller del av text som svarar på examensarbetets syfte. De funna nyckelfynden ses över för att finna likheter. Skillnader jämförs och konstateras för att kunna identifiera liknande teman, då teman är en samling av liknande nyckelfynd. Nyckelfynden sorteras och grupperas utifrån likheter. Grupperingarna granskas sedan för att skapa förklarande teman. Från de sammanställda temana identifieras subteman för att ge en djupare förståelse av temat och det undersökta fenomenet. Subteman är ytterligare en samling av liknande nyckelfynd, under ett förklarande tema. Skapade teman och subteman granskas ytterligare för att undersöka innehållet och relevansen för examensarbetets syfte. När det har gjorts skapas en beskrivning av teman och subteman genom att referera till de ursprungliga artiklarna, för att beskriva fenomenet som undersöks (Evans, 2003).

#### 4.2 Datainsamling och urval

För att söka fram artiklar har databaser avsedda för vårdvetenskap använts. Författarna började med att göra en bred sökning för att se om det fanns material som kunde svara på syftet. Sökningen gjordes i flera databaser så som CINAHL plus, Pub Med och Discovery. Sedan gjordes en avgränsad sökning med inklusionskriterier för att finna relevanta artiklar. De inklusionskriterier som valdes var artiklar som handlar om vuxna patienter (All adult), artiklar publicerade från år 2008 och framåt, artiklar som innefattar palliativ vård, är skrivna på engelska och granskade enligt peer reviewed samt artiklar med en kvalitativ metod. Artiklar som har valts ut innehåller även tidig och sen fas av palliativ vård. Artiklar som

exkluderades blev alla med kvantitativ ansats, artiklar skrivna innan år 2008, icke palliativ vård och de som handlade om yngre patienter.

Den avgränsade sökningen av artiklar gjordes i databaserna CINAHL Plus och Discovery. Sökord som användes var *Palliative Care*, *Terminally ill patients*, *Patient attitudes*, *Quality of life*, *Terminall care*, *Spirituality* och *Emotions* i form av MeSH-termer. Sedan användes även sökord som *security*, *secure*, *palliative*, *patient*, *coping*, *psychosocial factors*, *qualitative* och *patients life*. Bilaga A är en sökmatrix som presenterar använda kombinationer av sökord, antal träffar samt antal utvalda artiklar i ett första och andra urval.

Ett första urval av artiklar gjordes genom att läsa artiklar med passande titel, abstrakt samt en snabb överblick av resultatet. De artiklar som var relevanta för syftet sparades för att sedan läsas ordentligt. De artiklar som valdes ut blev 19 stycken. När artiklarna lästes ordentligt gjordes ett andra urval där tio artiklar valdes ut. Dessa tio artiklar svarade på syftet och sparades för vidare analysering. De artiklar som inte svarade på syftet i examensarbetet kasserades. De utvalda artiklarna presenteras i en artikelmatrix, se bilaga B.

### 4.3 Analys av data

Följande beskriver hur författarna av detta examensarbete har gått tillväga för att analysera data utifrån en beskrivande syntes enligt Evans (2003). De tio utvalda artiklarna skrevs ut i pappersformat för att underlätta läsning och numrerades för att lättare kunna sortera och hantera dem. Hela artiklarna lästes enskilt en första gång ingående för att få en förståelse av helheten och vad de handlade om. Det gjordes en kvalitetsgranskning utifrån frågeställningar som; vilken dokumenttyp var artiklarna och om de innehåller inledning, metod, resultat och diskussion samt om artiklarnas resultat kan svara på examensarbetets syfte. Artiklarna lästes enskilt för att säkerställa att kvalitén av artiklarna uppfattades lika av båda författarna. Artiklarna fortsatte att läsas flertal gånger, med fokus på deras resultat. När artiklarna genomgått ytterligare läsning tog författarna enskilt ut nyckelfynd från artiklarnas resultat, för att säkerställa att liknande fynd gjordes. Nyckelfynd är en bit av text som säger något om syftet (Evans, 2003). Om liknande fynd gjordes av båda författarna säkerställde det att fynden var relevanta för syftet. Nyckelfynden diskuterades sedan tillsammans för att ytterligare säkerställa deras relevans för examensarbetet. Antal funna nyckelfynd blev 54 stycken från de tio utvalda artiklarna. De funna nyckelfynden skrevs över i ett nytt dokument med en liten beskrivande text samt ett nummer från varje artikel för att lättare kunna hitta tillbaka till den ursprungliga artikeln. Dokumentet med funna nyckelfynd skrevs ut i pappersformat för att kunna klippa ut varje nyckelfynd till separata lappar. Nyckelfynden klipptes ut för att lättare kunna hantera och sortera nyckelfynden för att finna likheter och skillnader, det gjordes gemensamt av författarna. De funna likheterna utifrån nyckelfynden sorterades vilket skapade och beskrev två övergripliga teman. Efteråt sorterades och grupperades nyckelfynden ytterligare en gång under varje tema utifrån likheter och skillnader för att skapa subteman, då subteman ger en djupare förståelse av temat. De skapade subtemana, vilka blev sex stycken med tre under varje tema, jämfördes med temana för att kontrollera deras relevans. Under subteman kontrollerades även den beskrivande texten från varje nyckelfynd för att säkerställa att den passade till syftet i examensarbetet

samt för att kontrollera att texten överensstämde med temat. Ett exempel på hur teman och subteman skapades utifrån nyckelfynden presenteras i Tabell 1 nedan.

Tabell 1: Presentation av ett exempel på hur nyckelfynd skapat tema och subteman

Nyckelfynd	Tema	Subtema
<p>1. <i>"The presence of caregivers provides them with feelings of safety; someone will be around to respond to emergencies"</i></p> <p>2. <i>"Trust in palliative home care staff was... important for having a sense of security"</i></p> <p>3. <i>"...palliative support... provided a sense of security. Recieving effective pain relief and information enhanced the feeling of... security."</i></p>	<p><b>Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter</b></p>	<p>Trygghet genom vårdpersonal</p>
<p>1. <i>"He was quite able to shower himself, but worried about falling, and therefore felt more secure with a friend present"</i></p> <p>2. <i>" There is always someone with me... It gives me a sense of security... Then I know that I always have a safety net when I fall"</i></p> <p>3. <i>"...relief of placing oneself in the hands of others were told, wich meant being able to relax as they felt safe and secure. This was for example when recieving help from their children..."</i></p>	<p><b>Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter</b></p>	<p>Trygghet genom familj och vänner</p>

## 5 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

I examensarbetet läggs förförståelsen åt sidan för att undvika att påverka resultatet. Förförståelsen undviks genom att under analysens gång ta ut nyckelfynd som tydligt uttrycker patienters känslor eller upplevelser av trygghet. Enligt Polit och Beck (2008) ska aspekter som manipulering av data, fabricering, förfalskning, plagiat och tolkning av texten beaktas och undvikas. Plagiat kommer att undvikas genom att referera korrekt enligt APA

manualen till de ursprungliga källorna. Manipulering av data kommer att undvikas då tolkning undviks. Det innebär att författarna inte tolkar eller manipulerar texter för att de ska passa till resultatet. Artiklarna är skrivna på engelska vilket gör att en viss tolkning sker, då engelska inte är författarnas modersmål, samt att engelska språket skiljer sig från det svenska språket vilket gör att en direkt översättning inte fungerar. I examensarbetet kommer det inte finnas någon konfidentiell information då artiklarna som har använts redan blivit publicerade.

## 6 RESULTAT

I resultatet presenteras teman och subteman som skapats utifrån analys av tio artiklar. Efter analys av artiklarna skapades två övergripande teman genom att hitta likheter och skillnader. Det första temat blev *Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter* med tre subteman som är *Trygghet genom familj och vänner*, *Trygghet genom vårdpersonal* och *Trygghet genom en högre makt*. Det andra temat blev *Upplevelsen av trygghet i vanliga livet* med tre subteman vilka är *Att leva som vanligt*, *Att vara hemma* samt *Trygghet genom ett larm*. En tabell över teman och subteman presenteras i Tabell 2 nedan.

Tabell 2: Presentation av teman med tillhörande subteman

<b>Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter</b>	<b>Upplevelsen av trygghet i vanliga livet</b>
<i>Trygghet genom familj och vänner</i>	<i>Att leva som vanligt</i>
<i>Trygghet genom vårdpersonal</i>	<i>Att vara hemma</i>
<i>Trygghet genom en högre makt</i>	<i>Trygghet genom ett larm</i>

### 6.1 Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter

Upplevelsen av trygghet genom olika gestalter presenterar hur patienter i relation till gestalter som familjemedlemmar, vårdpersonal och en högre makt kan känna en trygghet. I livets slutskede har det visat sig att relationer med familj, vänner och vårdpersonal kan förse patienter med en trygghet. Genom familjen upplevde patienterna att de var en del av ett sammanhang vilket gjorde att patienterna kände att det alltid fanns någon där för dem. Vilket i sin tur genererade en trygghet hos patienterna. Upplevelsen av trygghet förstärktes av patienternas relation till vårdpersonalen då dem tillförde patienterna kompetent vård. Det



har även framkommit att tro på en högre makt skänkte patienter trygghet i livets slutskede. Det upplevdes då patienterna kunde överlåta kontrollen av situationen i den högre maktens händer. Här nedan kommer det att presenteras tre subteman som beskriver hur patienter inom palliativ vård upplever trygghet genom familj, vänner, vårdpersonal och en högre makt.

### **6.1.1 Trygghet genom familj och vänner**

Patienter ansåg att familjen symboliserade ett sammanhang som de tillhörde. Att vara en del av det sammanhanget gav patienterna en trygghet och mening samt känslan av att tillhöra något större än de själva. Sammanhanget gav även trygghet då patienterna kände att familjen alltid fanns där för dem vid svåra situationer och utgjorde en säker bas i den palliativa vården (Asgeirsdottir m.fl., 2013; Andersson, Hallberg & Edberg, 2008). ”There is always someone with me... It gives me a sense of security... Then I know that I always have a safety net when I fall” (Asgeirsdottir, m.fl., 2013, s.1448). När det alltid fanns någon där för patienterna upplevde de ett sammanhang. Det kunde upplevas genom socialt umgänge, berättelser från familjen om deras liv samt förstärkas av fotografier på familjemedlemmarna. Det var alltså familjen som var den största meningen i livet för patienterna inom palliativ vård och kunde därför ge upphov till trygghet (Asgeirsdottir m.fl., 2013; Andersson, Hallberg & Edberg, 2008). Då familjemedlemmar och vänner kunde ge praktiskt hjälp upplevde patienterna att de kunde släppa en del av kontrollen och därmed uppleva trygghet, genom att låta andra ta över (Andersson, m.fl., 2008). Patienter uttryckte att ha en vän närvarande i huset gjorde att de kunde utföra sina dagliga rutiner och känna sig trygga (Aoun, Kristjanson, Oldham & Currow, 2008).

### **6.1.2 Trygghet genom vårdpersonal**

En bra relation med vårdpersonal har visat sig vara viktig för patienter inom palliativ vård, då de upplevde en trygghet genom relationen. Relationen förbättrade välbefinnandet och gav känslan av att någon fanns där för dem då de skapade en social kontakt som ledde till vänskap. Vänskapen kunde möjliggöras när patienterna träffade kontinuerlig vårdpersonal under den palliativa vårddiden. Att känna igen vårdpersonalen fick patienter att känna sig trygga, då den kontinuerliga vårdpersonalen bidrog till att patienterna kände att de hade kunskap om deras situation och bakgrund. När patienter upplevde att vårdpersonal hade kunskap om dem kände de en trygghet i den palliativa vården. Patienterna upplevde sig mindre isolerade då vårdpersonalen även hjälpte till att behålla utomstående sociala kontakter vilket bidrog till känslan av sammanhang, gav dem en trygghet och reducerade ensamheten. Patienter beskrev det som att vårdpersonalen är deras kontakt med världen utanför, i relation till den isolerade värld patienter upplevde orsakad av sjukdomen (Asgeirsdottir m.fl., 2013; Aoun, O'Connor, Skett, Deas & Smith, 2012; Milberg m.fl., 2012). För relationens betydelse var det väsentligt att känna ett förtroende och lita på vårdpersonalen. Det alstrade känslan av trygghet för de patienter som behövde vård 24 timmar om dygnet vilket är vanligt inom palliativ vård (Luijckx & Schols, 2011; Milberg, m.fl., 2012).

Patienter som fick en effektiv smärtlindring från vårdpersonalen upplevde en trygghet och självständighet. Då de patienter som hade någon form av smärta eller obehag på grund av sjukdomen kunde uppleva en minskad trygghet. Vårdpersonalen gav även effektiv information om sjukdomen och situationen, vilket bidrog till känslan av trygghet. Det upplevdes då patienter som ville höra hela sanningen ansåg att det var omöjligt att undvika den. De menade att de var realistiska och att hela sanningen gav dem en trygghet och kontroll. Genom att veta hela sanningen kunde inga överraskningar uppkomma. Graden av önskad sanning i kommunikationen varierade dock bland patienterna (Friedrichsen, Lindholm & Milberg, 2011; Melin-Johansson, Ödling, Axelsson & Danielson, 2008; Milberg, m.fl., 2012).

Patienterna kände att det var värdefullt när vårdpersonalen hade tid att lyssna. Eftersom det gav dem trygghet, lindrade deras lidande och ökade deras livskvalité i livets slutskede. Trygghet upplevdes även av patienter då det alltid fanns någon runtomkring som kunde svara på akuta larm, ge palliativ vård och hålla dem sällskap (Luijkx & Schols, 2011; Melin-Johansson m.fl. 2008; Milberg, m.fl., 2012). "There is always someone around... who knows how to provide palliative care. I feel very safe here" (Luijkx & Schols, 2011, s. 580). Tillgänglighet av vårdpersonal inom palliativ vård upplevdes som positivt, och patienterna kände även att det fanns en ärlig kommunikation dem emellan. Det var viktigt för patienter då de upplevde att det kunde vara svårt att kommunicera om sjukdomen med familjemedlemmar vilket gjorde relationen till vårdpersonalen viktig för att kunna lätta sitt hjärta (Luijkx & Schols, 2011; Melin-Johansson m.fl. 2008; Milberg, m.fl., 2012). Patienterna ansåg även att vårdpersonalen utgjorde en viktig del i hur de hanterade döden. Det upplevdes då vårdpersonalen gav upphov till trygghet genom att ha en omsorgsfull attityd, kunna ge kompetent vård och information och vara tillgängliga för samtal och stöd dygnet runt. När vårdpersonal var tillgängliga och kompetenta upplevde patienterna en trygghet och ett hopp i deras situation. Tillgängligheten dygnet runt gjorde att patienterna upplevde den palliativa vården som en trygg bas i livets slutskede (Berterö, Vanhanen & Appelin, 2008; Milberg, m.fl., 2012; Mok, Wong & Wong, 2010).

### **6.1.3 Trygghet genom en högre makt**

Patienter inom palliativ vård betonade vikten av att söka efter en tro på en högre makt för att få hjälp i deras utsatta situation. De såg sig ligga i händerna hos en högre makt vilket gav dem en trygghet och styrka i deras sjukdom, samt förband dem till en mening med livet. "Fatih conveyed a feeling of being calm, safe and secure in the situation" (Andersson m.fl, 2008, s.825). Tron på något högre bringade trygghet i deras utsatta situation och genom att utöva en tro utnyttjade patienterna sin inre styrka för att orka leva inför döden. När patienter lärde sig att acceptera döden och sjukdomen så började de söka efter en tro på en högre makt för att kunna tillåta att vissa saker inte går att kontrollera. Trygghet upplevdes genom att patienterna kunde släppa sitt kontrollbehov och istället låta en högre makt kontrollera deras situation. De var medvetna om att deras liv skulle komma till sitt slut inom en snar framtid och tillät därför en högre makt att bestämma. Tron gav dem ett sätt att acceptera deras begränsningar av vad som går att kontrollera och inte kontrollera. Patienterna menade att när det okontrollerbara överlämnades åt en högre makt så underlättade det acceptansen av

sjukdomen. Att acceptera sjukdomen och situationen gav patienterna en upplevelse av trygghet. Patienterna såg sin tro på en högre makt som den huvudsakliga anledningen till att finna frid inför döden. Att tro på en högre makt hade en positiv inverkan på situationen då tron bringade trygghet (Andersson m.fl., 2008; Asgeirsdottir m.fl., 2013; Mok m.fl., 2010).

## **6.2 Upplevelsen av trygghet i vanliga livet**

Känslan av att leva som vanligt gav patienter inom palliativ vård en självständighet som i sin tur kunde ge upphov till en känsla av trygghet. Att leva som vanligt innebar även att bli sedd och behandlad som den person man alltid varit vilket stärkte patienternas känsla av trygghet. Trygghet upplevdes även genom känslan av att vara hemma eller känna sig som hemma. Känslan av 'hemma' var tryggande för patienterna då miljön var bekant. Det bekanta kunde stärkas av privata saker och familjen. När patienterna var självständiga och kände sig som hemma förstärkte det känslan av att leva som vanligt. Ett säkerhetslarm i hemmet gjorde så att patienter kunde utföra sina dagliga aktiviteter, som att ta sig ut ur hemmet. Säkerhetslarmet gav patienterna möjligheten att kunna kontakta vårdpersonal vid exempelvis fall eller ensamhet. Patienterna kunde därmed uppleva en känsla av trygghet genom säkerhetslarmet. Nedan presenteras tre subteman som beskriver hur trygghet upplevs genom att behålla ett vanligt liv.

### **6.2.1 Att leva som 'vanligt'**

Patienterna hade ett gemensamt budskap om att de ville leva som vanligt. Den palliativa vården underlättade för patienterna att kunna fortsätta leva livet så vanligt som möjligt. En känsla av trygghet upplevdes då hjälp från den palliativa vårdpersonalen tillät patienterna att behålla sin självständighet och känsla av att leva som vanligt. Känslan av trygghet säkerställdes av att patienterna kunde leva som vanligt och bete sig som vanligt, som i sin tur gav en ökad livskvalité. "Living as usual and acting as usual gave the informants a kind of control and feeling of security" (Berterö, 2008, s. 866). För att kunna leva som vanligt var det viktigt för patienterna att ta ansvar för deras liv och att vara självständiga, då självständighet för patienterna innebar en känsla av trygghet. Efter diagnosen var det även viktigt att inga fysiska eller psykiska oförmågor påverkade deras självständighet, eller gav närstående tecken på att allt inte var som vanligt då det kunde upplevas som en minskad trygghet. Patienterna ville bli behandlade så som de blev behandlade förut eftersom det stärkte känslan av att allt var som vanligt. Att bli behandlad annorlunda på grund av sjukdomen kunde minska livskvalitén och känslan av trygghet (Berterö m. fl., 2008; Milberg, m.fl., 2012).

### **6.2.2 Att vara hemma**

Känslan av att vara hemma beskrevs som en trygg och privilegierad känsla då patienterna kände sig bekanta med miljön i hemmet. Känslan av trygghet förstärktes genom att de kunde titta och känna på deras egna saker, vilket också kunde bidra till ett välbefinnande. Patienterna uttryckte vikten av att känna sig trygga i hemmet vid palliativ vård, då deras

situation upplevdes som hotande. Vårdpersonalen kunde i den här situationen ge upphov till en känsla av trygghet genom att finnas där för patienterna och fungera som en trygg bas i livets slutskede. Patienterna upplevde även en trygghet i hemmet om de levde tillsammans med någon de litade på. Att vara hemma var också ett sätt att behålla sina dagliga rutiner men även en möjlighet att stanna kvar på ett ställe utan att behöva flytta från det som var bekant. Då det bekanta bidrog till känslan av trygghet (Andersson m.fl., 2008; Melin-Johansson m.fl., 2008; Milberg m.fl., 2012).

To be able to recognize scents, see my own things and smell my own towels and bed linen – the feeling of being at home is positive. I have always felt safe and secure in hospital but then again I have never felt insecure at home. (Melin-Johansson m.fl., 2008, ss. 235-236).

Känslan av att vara hemma var för patienter inte kopplat till platsen utan det var att känna sig som hemma som var det viktigaste. Känslan av hemma kunde även upplevas av patienter som bodde på ett boende under den palliativa vårddagen. Att få möblera sitt rum som de själva ville, förstärkte känslan av att vara hemma. Vilket i sin tur bidrog till en känsla av trygghet då rummet blev bekant med hjälp av personliga ägodelar. Regelbunden kontakt med sina nära och kära ökade känslan av att vara hemma och därmed känslan av trygghet. I ett palliativ stadie talade patienter om sängen som en trygg och rofylld plats, där de kunde vila, tyna bort och dö. Patienterna upplevde också en känsla av trygghet, säkerställt av miljön och vårdpersonalen på boendet. Det innebar att patienterna kunde behålla personliga rutiner och att de inte var ensamma, eftersom det alltid fanns vårdpersonal i närheten som kunde hjälpa till (Andersson m.fl., 2008; Luijckx & Schols, 2011; Melin-Johansson m.fl., 2008).

### **6.2.3 Trygghet genom ett larm**

Patienter inom palliativ vård som vårdades i hemmet upplevde inte att deras säkerhet äventyrades, men de tyckte ändå att ett säkerhetslarm gav dem en känsla av trygghet utifall om något skulle hända. Säkerhetslarmet gav patienterna en trygghet i att klara av vardagen och kunna njuta av naturen samt andra uppskattade aktiviteter. Patienterna uttryckte att de upplevde en trygghet med att gå ut i deras trädgård, då de hade sitt säkerhetslarm på sig. Känslan var mer än bara fysisk, då det hjälpte patienterna att känna sig normala. Larmet gav en möjlighet att klara sina dagliga aktiviteter, och patienter uttryckte att de inte kunde vara utan sitt säkerhetslarm (Aoun m.fl., 2008; Aoun m.fl., 2012)

I take it off when I go to bed like, and I put it straight back on in the morning and wear it all day... I wouldn't go anywhere without it now... Yesterday I felt a bit wobbly on my legs and I thought if I fall down all I have to do is just press the button. (Aoun m.fl., 2012, s. 604)

Det var en trygg känsla för patienterna att kunna trycka på en knapp om något skulle hända. Säkerhetslarmet gav även en emotionell trygghet genom att patienterna kunde trycka på knappen och få någon att prata med. Det gjorde att patienterna kände sig mindre ensamma men även att de hade någon att uttrycka sina känslor för, vilket gjorde att de kunde ta itu med känslor av isolering. Som i sin tur gav patienterna en emotionell trygghet (Aoun m.fl., 2012).

## 7 DISKUSSION

Under det här avsnittet kommer en diskussion utifrån resultatet, metoden och etiska överväganden att presenteras. Resultatdiskussionen tar upp det teoretiska perspektivet och tidigare forskning i relation till resultatet i examensarbetet. För att upptäcka styrkor och svagheter samt vad som kunde göras annorlunda i examensarbetet diskuteras metoden utifrån författarnas upplevelser och erfarenheter av den. Det förs även en diskussion kring etiska överväganden.

### 7.1 Resultatdiskussion

Syftet för det här examensarbetet var att undersöka patienters upplevelse av trygghet inom palliativ vård. I examensarbetets resultat har det framkommit att patienter inom palliativ vård upplever trygghet på olika sätt. Upplevelsen av trygghet uppstod som exempel genom relationer med människor så som vårdpersonal och familjemedlemmar. En känsla av trygghet uppstod då det alltid fanns någon där för patienterna som kunde svara på akuta händelser och känslor. Det uppgavs även att en tro på en högre makt försåg patienterna med en känsla av trygghet då deras tro tillät dem att överlåta kontrollen av situationen i den högre maktens händer. Känslan av trygghet upplevdes också genom att patienterna kunde upprätthålla ett normalt liv med hjälp av vårdpersonalen och ett säkerhetslarm.

I resultatet har det framkommit att när patienterna upplevde ett sammanhang genom sin familj så gav det dem en känsla av trygghet och en mening med livet. Sammanhanget upplevdes som en säker bas och alstrade en känsla av trygghet genom kontinuerlig kontakt med familjen. Patienterna upplevde att familjen alltid fanns där för dem (Asgeirsdottir m.fl., 2013; Andersson m.fl., 2008). Trots det här har det i bakgrunden visat sig att patienterna upplevde framtiden som osäker och mörk efter att ha fått en diagnos som krävde palliativ vård. En diagnos som inte går att bota hotar patienternas existens då livet inte längre är en självklarhet. I den här situationen upptäckte patienterna att livet måste levas dag för dag för att kunna ta till vara på den sista tiden i livet (Ellingsen m.fl., 2013). Då familjen var det viktigaste i patientens mening med livet, kan det förstås att patienter som har en familj och en stark relation till dem inte upplever framtiden som osäker. Det är därför viktigt inom den palliativa vården att låta familjen och vänner vara delaktiga i vården och vistas hos patienten så mycket som möjligt för att patienten ska uppleva trygghet. Det kan vara svårt att leva sista tiden i livet och därför behövs människor i patientens liv så att de kan uppleva ett sammanhang, och därigenom uppleva trygghet. Patienterna skulle därför kunna uppleva att den sista tiden i livet inte känns lika osäker eller mörk då det finns någon där för dem. Det skulle kunna ge patienterna en möjlighet att se döden på ett annat sätt. Som att de fortsätter 'leva' genom familjen även efter döden, genom barn, barnbarn, men också i minnet hos familjemedlemmarna. Det kan ses som ett sätt att försöka se något positivt i situationen, genom att tänka att döden inte är lika med att försvinna. När patienterna upplevde att familjen var meningen med livet så kunde en känsla av trygghet uppnås. Men betyder det att patienter som inte har en stark relation till sin familj, får möjligheten att uppleva en trygghet i den osäkra framtiden orsakat av sjukdomen?

Det har i examensarbetets resultat framkommit att patienter som har ett säkerhetslarm i hemmet upplever en trygghet. Även om säkerheten i hemmet inte stod på spel var det skönt för patienterna att veta att det enbart kunde trycka på en knapp vid behov av hjälp. Säkerhetslarmet gav även patienterna en emotionell trygghet då de genom larmet kunde kontakta vårdpersonal (Aoun m.fl, 2008; Aoun m.fl., 2012). Det kan ses som en situationsrelaterad trygghet som enligt Andersson (1984) är en av två dimensioner av trygghet, som spelar roll för hur en känsla av trygghet upplevs. Hon talar om en situationsrelaterad trygghet som utgörs av situationen patienten befinner sig i. Den situationsrelaterade trygghet kan förstärkas av resurser, men om dessa resurser av någon anledning upphör kan det leda till att trygghetskänslan minskar. Utöver den situationsrelaterade tryggheten talar Andersson om en annan dimension, så kallad grundtrygghet. Den bottnar i patientens uppväxt och barndom, och skapas genom en stabil familj då en självsäkerhet uppnås (Andersson, 1984). Då patienter inom palliativ vård kan tänkas befinna sig i en osäker och svår situation är det den situationsrelaterade tryggheten som anses viktigast för hur dessa patienter upplever en eventuell trygghet. Eftersom den situationsrelaterade tryggheten är beroende på hur det är runt om kring patienten utgör resurser en viktig roll i hur trygghet upplevs. I det här fallet ses säkerhetslarmet som en resurs då det avser att hjälpa patienterna vid svåra situationer. Tanken förs även till att den situationsrelaterade tryggheten skulle kunna vara beroende av miljön runt omkring patienter. Miljön kan ge en känsla av trygghet till patienterna när de är omringade av sina privata saker. Det är i examensarbetet svårt att relatera till grundtrygghet eftersom det inte framkommer hur patienters uppväxt har sett ut. Dock kan det tänka sig att de patienter som har en bra relation till familjen, har en grundtrygghet. Grundtryggheten och den situationsrelaterade tryggheten förstärker varandra enligt Andersson (1984). Därför är det möjligt att de patienterna med en grundtrygghet lättare kan uppleva en trygghet i en palliativ diagnos. Enligt Andersson (1984) kan grundtryggheten förstärkas och minskas i relation till erfarenheter i livet. Om grundtryggheten försvinner eller minskas, är det då möjligt för dessa patienter att uppleva en situationsrelaterad trygghet? Det kan även funderas på om de patienter som har en grundtrygghet lättare kan finna resurser och uppleva en situationsrelaterad trygghet?

I examensarbetets resultat har det visat sig att vårdpersonal utgör en viktig del i patientens vård. Det upplevdes då dem på olika sätt kan förse patienten med en känsla av trygghet. Trygghet kunde upplevas genom att någon fanns där för patienten och kunde svara på och bekräfta deras känslor samt minska ensamheten för patienten. Något som var viktigt för patienterna var att vårdpersonalen hade kunskap om dem. Det kunde skapas genom att en vänskap mellan patienterna och vårdpersonalen uppstod när patienter träffade kontinuerlig vårdpersonal. Då skapade vårdpersonalen en kunskap om patienten som person, och gav patienterna en känsla av trygghet (Asgeirsdottir m.fl, 2013; Aoun m.fl., 2012; Melin-Johansson m.fl., 2008; Milberg m.fl., 2012; Luijckx & Schols, 2011). Utifrån resultatet var det alltså viktigt för patienterna att en relation med vårdpersonalen skapades. Det kan kopplas till Erikssons (1994) lidandets drama som kräver en medaktör för att lidandet ska lindras hos patienterna. I lidandets drama är det viktigt att både patienten och medaktören är uppmärksamma då patienten bjuder in en medaktör genom att visa sina känslor. Det är viktigt att medaktören inte viker undan från patienten. Om medaktören undviker det kan

lidandet lindras genom att se och svara på patientens känslor (Eriksson, 1994). De patienter som inte lyckas bjuda in eller finna en medaktör kan kanske inte lindra sitt lidande och därmed aldrig få chansen att uppleva trygghet vid livets slutskede. Då vårdpersonal kan fungera som en medaktör åt patienten, kan de kanske genom kunskap om patientens situation och bakgrund lättare förstår patientens känslor. Om medaktören inte sviker eller viker undan från patientens lidande, gör det att patienterna känner sig sedda av vårdpersonalen/medaktören. Då kan en känsla av trygghet skapas och hjälpa patienterna att försonas med sitt lidande. Det kan tänkas att patienterna inte alltid upplever en vänskap eller ett förtroende till vårdpersonalen. Dessa patienter kanske inte heller har familj och vänner kvar i livet. Vilket kan innebära att en del patienter inom palliativ vård inte kan finna en medaktör och lindra sitt lidande. Därmed kanske de patienterna inte får uppleva en trygghet.

Det har tidigare nämnts att familj, vårdpersonal och en högre makt gav patienter en känsla av trygghet. Det kan förstås som Erikssons (1997) teori om vårdande där det står att ett själv är i behov av en "andra". Den andra kan vara abstrakt, konkret eller professionell. Den abstrakta andra utgörs av en Gud eller tro, som ger stöd åt patienten. De konkreta andra kan vara familj och vänner, som även dem ger stöd åt patienterna. De professionella andra är vårdpersonal som ger stöd åt patienten när de abstrakta eller konkreta andra inte längre räcker till (Eriksson, 1997). Det kan förstås att dessa tre gestalter, och olika andra, ger en känsla av trygghet och stöd åt patienterna på olika sätt. Den abstrakta andra, Gud eller tron, kan skänka trygghet och stöd till patienterna genom att en tro på en högre makt tillåter patienterna att acceptera svåra händelser i livet. Dessa patienter kan tro att deras öde är bestämt av en högre makt. Den abstrakta andra kan aldrig försvinna så länge patienterna har en tro. För de patienter som inte har en tro eller abstrakt andra finns förhoppningsvis konkreta och/eller professionella andra där för att kunna ge trygghet och stöd i livets slutskede. Om patienterna har förutsättningar för att uppleva trygghet och stöd från alla tre, kan det betyda att dessa upplever en starkare känsla av trygghet överlag? Dock tros det att patienter ibland enbart behöver en eller två av dessa "andra" för att kunna uppleva en känsla av trygghet. För många patienter finns det kanske inte förutsättningar för att få stöd från alla "andra". Men det kan tänkas att patienter som finner stöd hos minst en "andra" ändå upplever en känsla av trygghet i livets slutskede.

Den känsla av trygghet som patienterna upplevde genom de olika gestalterna kan även förstås som Erikssons (1989) teori om hälsa. Där Eriksson ser tro, hopp och kärlek som hälsoresurser. Kärleken utgör hälsans form, genom att människor som visar kärlek kan vara hälsa för patienten (Eriksson, 1989). Det kan tänkas att de olika gestalterna som gav upphov till en trygghet hos patienterna även försåg patienterna med kärlek och omsorg. Därför kan patienterna genom de olika gestalterna uppleva hälsa. Hälsan utgörs här av tryggheten som gestalterna ger upphov till. Patienter i en svår och sårbar situation kan därför uppleva hälsa genom kärleksfulla relationer och en känsla av trygghet.

Andersson (1984) talar om att trygghet är en känsla vilken kan kopplas till de olika fynden i resultatet. Eftersom att trygghet är en känsla betyder det att den upplevs olika av alla, vilket gör att resultatet i examensarbetet tar upp flera olika upplevelser av trygghet. Det kan därför vara svårt att avgöra vad som är trygghet, då det är komplicerat att sätta ord på vad som gör att någon upplever en känsla av trygghet. Trygghet är därför ett brett begrepp men också

individuellt vilket gör att upplevelsen av trygghet kan se ut på olika sätt. Det kan betyda att läsare av det här examensarbetet både kan känna igen sig i resultatet men också inte. På grund av att upplevelsen av trygghet är individuell och svår att beskriva kan det ha påverkat att resultatet blivit av en mindre mängd. Kan det bero på att det är svårt att sätta ord på vad trygghet innebär för en själv? Eller är det på grund av att trygghet är ett brett fenomen vilket gör det svårt att undersöka? Författarna av det här examensarbetet tror att det är lätt att förmedla vad trygghet är för en själv, men att det kan vara svårt för andra personer att förstå om de inte har liknande upplevelser av vad trygghet är. Det kan i forskning finnas en underliggande mening i texten som pekar mot en upplevelse av trygghet, men som inte framkommer i ord.

Författarna hade en förförståelse om vad trygghet kunde innebära. Det kunde till exempel vara att trygghet upplevs genom att människor som betyder något finns där för en. Resultatet gjorde att författarnas förförståelse stärktes, då patienter upplevde en känsla av trygghet genom olika gestalter. Temat *Upplevelsen av trygghet i vanliga livet* upplevdes som något nytt för författarna. Där upplevelsen av trygghet skapades av möjligheten att leva som vanligt. Den här tryggheten ses som en annorlunda upplevelse av trygghet, då den känns mer fysisk än psykisk, eftersom tryggheten upplevdes av patienterna genom en självständighet att klara av dagliga aktiviteter. Patienterna kände att de kunde klara av saker på egen hand genom hjälp från vårdpersonal eller ett säkerhetslarm. Vilket bidrog till känslan av att leva som vanligt och därmed upplevelsen av en 'fysisk' trygghet. Det här gör att författarna upplever resultatet så som det var förväntat att bli men också annorlunda utifrån förförståelsen. En annan förförståelse var att patienter inom palliativ vård är i behov av trygghet samt att trygghet kan upplevas olika av alla. Författarna anser att förförståelsen inte har påverkat eller färgat resultatet i examensarbetet då de under analysen varit noggranna med att plocka ut fynd som säger något om trygghet. Författarna var öppna för vad som kunde uppkomma under analysen rörande vad trygghet innebär, då trygghet inte är en kunskap utan en känsla som är individuell. Vi anser att vår egen känsla av vad trygghet innebär inte har påverkat det som hittats.

Styrkan i resultatet är då det sammanfattar flera patienters upplevelse av trygghet inom palliativ vård. Det är även en styrka i sig då resultatet visar hur patienter kan uppleva en känsla av trygghet på olika sätt. Upplevelser av trygghet har varit svårt att hitta vilket kan tyda på att tillräcklig forskning inte finns. Därför blir det här examensarbetet ett användbart verktyg för att upplysa om patienters upplevelse av trygghet. Det kan användas av vårdpersonal för att kunna hjälpa och skapa förutsättningar så att patienter kan uppleva en känsla av trygghet sista tiden i livet. Resultatet kan tillämpas i omvårdnaden av patienter genom att vårdpersonalen utifrån det här arbetet kan hitta riktlinjer för hur dessa förutsättningar kan skapas. Som exempel kan riktlinjer och förutsättningar vara att hjälpa patienten behålla sin självständighet, inte vika undan från patienten samt hjälpa patienten att behålla sina utomstående relationer under sjukdomen. Begreppet trygghet har en betydelse för vårdvetenskap och behöver belysas mer i utbildningen för sjuksköterskor, då upplevelsen av trygghet är viktig för patienterna under omvårdnad. Dels för att patienterna ska känna en trygghet i att utföra dagliga rutiner men även att situationen ska upplevas som trygg för patienterna.



## 7.2 Metoddiskussion

I examensarbetet användes en metod som avser att analysera kvalitativ forskning. Vi anser att det var ett relevant metodval för examensarbetet då syftet var att undersöka patienters upplevelser. Eftersom vi valde metod utifrån syftet har det gått bra att undersöka det, då metoden fokuserar på kvalitativ forskning som i sin tur undersöker upplevelser och erfarenheter. Det finns flera metodbeskrivningar för hur analys av kvalitativ forskning kan ske, vilka skulle kunna generera ett annorlunda resultat då det exempelvis finns en metod som kallas tolkande syntes. Den syftar till att man tolkar underliggande meningar i texten för att skapa ett helt nytt resultat (Evans, 2003). Författarna för det här examensarbetet valde en beskrivande syntes utifrån Evans då den tidigare använts under utbildningen. Vilket gjorde att den kändes som ett bra val då det blev lättare att sätta sig in i en bekant metod i relation till tidsramen för examensarbetets utförande. Om författarna av examensarbetet istället hade valt en annan metod, att intervjua patienter om deras upplevelser av trygghet, hade vi kunnat få in mer material att analysera. Det hade kunnat generera ett mer omfattande resultat då patienter hade fått svara enbart utifrån examensarbetets syfte. Dock utfördes inte en empirisk studie då det är tidskrävande och inte passade tidsramen för examensarbetet.

Metodens styrka är att den utgår från kvalitativ forskning som strävar efter att förstå eller förklara patienters upplevelser och erfarenheter (Segesten, 2010). Då syftet var att undersöka patienters upplevelse av trygghet var det relevant att använda kvalitativ forskning. Metoden upplevs inte ha någon speciell svaghet. Dock upplevde författarna till examensarbetet själva att den i början var svår att förstå, men ju mer metoden började tillämpas uppfattades metoden som lätt och förståelig. Metoden lästes givetvis flera gånger för att få en bättre förståelse innan analysen började. Men när teori och praxis sammanfördes kunde en god kunskap av metoden uppstå.

Det var svårt att hitta artiklar som innehöll patienters upplevelser av trygghet inom palliativ vård. På grund av det här söktes sex år gamla artiklar för att utöka urvalet. Östlundh (2010) påpekar att vetenskapliga artiklar ska vara så aktuella som möjligt om inget intresse för äldre material finns. Författarna till examensarbetet valde en någorlunda aktuell tidsram för att säkerställa att forskningen var uppdaterad. Det valdes att sökas artiklar som var sex år gamla då det anses att upplevelsen av trygghet inte förändrats så mycket med tiden. De artiklar som använts för analys har svarat på syftet tillräckligt för att kunna upplysa om vad som gör att patienter upplever trygghet.

Antalet funna nyckelfynd, 54 stycken, kan upplevas som få vilket författarna är medvetna om. Då det varit svårt att söka och hitta artiklar som enbart handlat om eller undersökt patienters upplevelse av trygghet, har artiklar som tagit upp trygghet till viss del fått användas. Därför har antalet nyckelfynd i examensarbetet blivit begränsat. Att inkludera fler artiklar var ett alternativ för att öka antalet nyckelfynd, men det har inte kunnat göras då sökning av artiklar som handlar om trygghet inom palliativ vård har varit svårt. Från första urvalet inkluderades 19 artiklar där enbart tio svarade på syftet. Det finns mycket forskning kring palliativ vård men ingen som specifikt riktar sig mot hur trygghet upplevs av patienter. Författarna av examensarbetet upplever ändå att relevansen av de artiklar som använts varit god, då de kunnat generera ett resultat där känslor av trygghet beskrivs.

I några artiklar fanns både patienters, sjuksköterskors och familjens perspektiv. Här användes enbart patienternas ord där det tydligt framgick, för att inte påverka resultatet. Författarna ansåg att det var tydligt när det var patienten som talade då forskarna skilde på deltagarna genom att skriva patienten sa eller sjuksköterskan upplevde samt att de använde bokstaven P (patient) vid citat.

För sökning av relevanta artiklar var det nödvändigt att använda sökord som kunde resultera i det. En del sökord som *palliative care*, *security* och *patient attitudes/satisfaction* valdes utifrån examensarbetets syfte för att säkerställa att artiklarna utgick från palliativ vård samt innehöll patienters egna ord om trygghet. Efter att ha läst några av artiklarna framgick det att *spirituality* var något som gav patienterna trygghet. Därför användes det som ett sökord för att alstra fler artiklar inom samma område. Författarna anser det lämpligt då artiklarna ändå svarade på syftet eftersom *spirituality*/andlighet framkom vara en faktor för patienters upplevelse av trygghet.

Analys av artiklarna gjordes både enskilt och gemensamt av författarna. Det upplevdes stärkande då vi kunde jämföra enskilt funna nyckelfynd, vilket säkrade att båda författarna hittade liknande nyckelfynd som svarade på examensarbetets syfte. Här kunde även nyckelfynd som upptäckts av enbart en författare säkerställa att nyckelfynd inte missades. Artiklar som har analyserats speglar olika länder och världsdelar, vilket författarna anser gör resultatet bredare då det skapar fler synvinklar och upplevelser av hur trygghet upplevs. Länder som artiklarna speglar är Australien, Nederländerna, Sverige, Kina och Island. Om artiklar enbart utgått från ett land skulle resultatet enbart spegla hur patienter ur en kultur upplever trygghet och därför göra det svårt att generaliseras och användas av andra kulturer. Det som kan tänka sig ha en påverkan är att de olika länderna och världsdelarna skiljer sig. Trygghet anses upplevas olika delvis beroende på vilken kultur en person har. Trygghet påverkas även av de olika ländernas sjukvård. Mellan dessa länder kan det tänkas skilja sig hur vården utförs och i vilken grad samt kvalitet. Författarna har en tanke om att vården i Kina och Asien skiljer sig på så sätt att familjen och deras tro har en central roll i vårdandet av patienten. Dock anser vi inte på grund av det här att familjer i Europa och Australien inte skulle ha en central roll, men att hur stor del i vårdandet av patienten de har skiljer sig. Vi tror att familjen i Kina och Asien själva tar hand om sina äldre och sjuka, medans familjen i Sverige oftare överlämnar vårdandet av de sjuka till professionella. Trots att artiklar utgår från olika länder och kulturer anser författarna att resultatet ändå kan förstås och hjälpa människor inom vården i Sverige då vi lever i ett mångkulturellt land.

Tillförlitligheten av examensarbetet kan diskuteras genom tre kriterier: *credibility*, *dependability* och *transferability* (Polit & Beck, 2008). Om dessa tre kriterier följs skapas en tillförlitlighet av examensarbetet. *Credibility* - 'trovärdighet' handlar om att resultatet i examensarbetet är sant gentemot det som står i de ursprungliga källorna (Polit & Beck, 2008). Det har säkerställts genom att referera till de ursprungliga artiklarna samt stärkt delar av texten med citat. Genom att citera delar av texten ökas trovärdigheten av resultatet. Under avsnittet metod, i tabell 1, visas det på hur nyckelfynd har skapat ett övergripande tema och två subteman. Här kan läsare se och avgöra själv trovärdigheten av resultatet och analysen. Vi har även använt en beskrivande syntes som syftar till att inte tolka materialet och att arbeta textnära. Det kan också bidra till att det som kommer fram i resultatet är

trovärdigt. *Dependability* – 'tillförlitlighet' handlar om att någon annan ska kunna göra samma arbete och få liknande resultat (Polit & Beck, 2008). Det här kan ske om någon annan följer vår metod, urval och sökning av data samt analys. För att det ska vara möjligt måste metoden vara väl beskriven så att den ska kunna tillämpas av någon annan. Författarna har beskrivit och refererat till metoden utifrån Evans beskrivning av en beskrivande syntes, vilket säkerställer att det som står är korrekt. Analys och genomförande har beskrivits steg för steg i rätt ordning och så simpelt som möjligt för att andra ska kunna tillämpa den.

Examensarbetet blir tillförlitligt om personen följer analysen och får samma eller liknande resultat. *Transferability* – 'överförbarhet' handlar om överförbarhet av resultatet till andra verksamheter och yrkesgrupper inom vården (Polit & Beck, 2008). Författarna anser att examensarbetets resultat ger en inblick av vad trygghet inom palliativ vård kan innebära för de flesta patienter. Palliativ vård bedrivs på olika verksamheter, både sjukhus och boenden, vilket gör att de flesta inom vården kommer i kontakt med dessa patienter. Resultatet kan därför användas på olika verksamheter inom vården då trygghet är en viktig del av en god vård.

### 7.3 Etikdiskussion

Under arbetets gång av examensarbetet har författarna inte stött på några etiska problem. Men det som hade kunnat uppstå, som kan ses oetisk, är tolkning av artiklar som gjorts omedvetet. Det hade kunnat ske då författarna har svenska som modersmål vilket gör en tolkning av engelska texter svår att undvika. För att undvika och säkerställa att ingen tolkning gjordes, användes ett översättningsverktyg för att få en viss förståelse innan en egen översättning skapades. Att blanda översättningen och författarnas egna kunskaper av engelska upplevdes ge en bredare innebörd av vad texterna handlade om. Genom att göra på det här sättet upplevdes att en tolkning av artiklarna kunde undvikas i största möjliga mån.

## 8 SLUTSATSER

Syftet för examensarbetet var att undersöka patienters upplevelse av trygghet inom palliativ vård. Det har framkommit i resultatet att patienter kan uppleva en trygghet trots den svåra sista tiden i livet. Vad som gjort att dessa patienter upplevt en känsla av trygghet kopplas till deras relationer med andra människor. Familj, vänner och vårdpersonal var de människor som genom att vara där för patienten i den svåra situationen gav upphov till en känsla av trygghet. När vårdpersonal och andra närstående kunde svara på patienters känslor och förse symtomlindrande vård förstärktes patienternas upplevelse av trygghet. En frid inför döden fann patienterna genom deras tro. Tron varierade men gav upphov till en känsla av trygghet genom att överlåta det okontrollerbara i en högre makts händer. Ytterligare faktorer för att kunna uppleva en trygghet uppgav patienterna vara vikten av att kunna fortsätta sitt vanliga liv. Det uppfylldes genom hjälp från vårdpersonal, en bekant miljö men även genom ett

säkerhetslarm. Säkerhetslarmet bidrog till att patienter som bodde hemma fick en ökad självsäkerhet och självständighet i utförandet av sina dagliga aktiviteter. Tryggheten upplevdes då de vid behov enbart behövde trycka på en knapp och inom en kort stund få den hjälp de behövde. Säkerhetslarmet gav även en emotionell trygghet då patienter genom larmet kunde få kontakt med vårdpersonal och en möjlighet att uttrycka sina känslor.

Det finns ett behov av att utöka forskningen inom palliativ vård utifrån patienters perspektiv. Författarna fann att forskning inom palliativ vård var vanligt utifrån sjuksköterskans eller familjens perspektiv. Därför behövs mer forskning som undersöker patienters upplevelse inom palliativ vård. Författarna föreslår att framtida forskning ska undersöka förtroendet och skapandet av en bra relation mellan vårdpersonalen och patienterna inom palliativ vård, då det har visat sig vara viktig för upplevelsen av trygghet. Dessa komponenter anses även vara väsentliga för upplevelsen av en god vård. Det kan även undersökas hur patienterna upplever en god vård, då det anses vara en förutsättning för att patienter ska kunna uppleva en känsla av trygghet. Den här forskningen kan i så fall utnyttjas av vårdpersonal för att finna riktlinjer som skapar förutsättningar för en upplevelse av trygghet hos patienterna.

## REFERENSLISTA

- Andersson, K. (1984). *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Arlöv: Esselte Studium.
- Andersson, M., Hallberg, I., & Edberg, A-K. (2008). Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 818-828.  
doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.04.003
- Aoun, S., Kristjanson, L.J., Oldham, L., & Currow, D. (2008). A qualitative investigation of the palliative care needs of terminally ill people who live alone. *Collegian*, 15, 3-9.  
doi:10.1016/j.colegn.2007.11.005
- Aoun, S., O'Connor, M., Skett, K., Deas, K., & Smith, J. (2012). Do models of care designed for terminally ill 'home alone' people improve their end-of-life experience? A patient perspective. *Health and Social Care in the Community*, 20(6), 599-606.  
doi:10.1111/j.1365-2524.2012.01074.x
- Asgeirsdottir, G.H., Sigurbjörnsson, E., Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottir, S., & Kelly, E. (2013). "To Cherish Each Day as it Comes": a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care. *Support Care Cancer*, 21, 1445-1451. doi:10.1007/s00520-012-1690-6
- Bajwah, S., Higginson, I.J., Ross, J.R., Wells, A.U., Birring, S.S., Riley, J., & Koffman, J. (2013). The palliative care needs for fibrotic interstitial lung disease: A qualitative study of patients, informal caregivers and health professionals. *Palliative Medicine*, 27(9), 869-876. doi: 10.1177/0269216313497226
- Berterö, C., Vanhanen, M., & Appelin, G. (2008). Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life. *Acta Oncologica*, 47, 862-869. doi:10.1080/02841860701654333
- Brooksbank, M. (2009). Palliative care: Where have we come from and where are we going?. *International Association for the Study of Pain*, 233-235.  
doi:10.1016/j.tain.2009.06.010
- Clark, D., & Graham, F. (2011). Evolution and change in palliative care around the world. *Medicine*, 39, 636-638. Hämtad från CINAHL Plus
- Ellingsen, S., Roxberg, Å., Kristoffersen, K., Rosland, J.H., & Alvsvåg, H. (2013). Entering a world with no future A phenomenological study describing the embodied experience of time when living with severe incurable disease. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 27, 165-174. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01019.x
- Eriksson, K. (1989). *Hälsans idé*. Göteborg: Graphic Systems AB.

- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, K. (1997). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber
- Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretative research: Interpretative data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26. Hämtad från CINAHL Plus
- Friedrichsen, M., Lindholm, A., & Milberg, A. (2011). Experiences of truth disclosure in terminally ill cancer patients in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*, 9, 173-180. doi:10.1017/S1478951511000046
- Luijckx, K.G., & Schols, J.M.G.A. (2011). Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as place of care at the end of life. *European Journal of Cancer Care*, 20, 577-584. doi: 10.1111/j.1365-2354.2010.01228.x
- Mahtani-Chugani, V., González-Castro, I., Ormijana-Hernández, A., Martin-Fernández, R., & Fernández de la Vega, E. (2010). How to provide care for patients suffering from terminal non-oncological diseases: barriers to a palliative care approach. *Palliative Medicine*, 24(8), 787-795. doi:10.1177/0269216310380296
- Melin-Johansson, C., Ödling, G., Axelsson, B., & Danielson, E. (2008). The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*, 6, 231-238. doi:10.1017/S1478951508000370
- Milberg, A., Wåhlberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E-C., Olsson, M., & Friedrichsen, M. (2012). What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care. *Psycho-Oncology*, 21, 886-895. doi: 10.1002/ton.1982
- Montoya-Juarez, R., Garcia-Caro, M., Campos-Calderon, C., Schmidt-RioValle, J., Gomez-Chica, A., Marti-García, C., & Cruz-Quintana, F. (2013). Psychological responses of terminally ill patients who are experiencing suffering: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 53-62. Hämtad från CINAHL Plus
- Mok, E., Wong, F., & Wong, D. (2010). The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 360-370. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05193.x
- Polit, D.E., & Beck, C.T., (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Segesten, K. (2010). Att välja modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.85-88). Studentlitteratur: Lund.
- SFS 1982:763. Hälso- och sjukvårdslag. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 21 maj, 2014, från <http://www.riksdagen.se>

- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård, vägledning, rekommendationer och indikationer – stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Svenska Akademiens Ordbok. (2010). *Trygg*. Hämtad 13 maj, 2014, från <http://g3.spraakdata.gu.se/saob/>
- Ternstedt, B-M., & Andershed, B. (2013). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed., B-M. Ternstedt., & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik* (ss.103-116) Lund: Studentlitteratur
- Van Gennip, I.E., Pasman, H.R.W., Oosterveld-Vlug, M.G., Willems, D.L., & Onwuteaka-Philipsen, B.D. (2013). The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1080-1089. Hämtad från CINAHL Plus
- World Health Organization. (2014). *Palliative care*. Hämtad 13 maj, 2014, från <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Östlundh, L. (2010). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (ss.45-70). Studentlitteratur: Lund.

## BILAGA A. SÖKMATRIS

Databaser	Inklusionskriterier	Sökord	Antal träffar	Urval 1	Urval 2
CINHAL plus	Peer reviewed, English, All adult, 2008-2014	"MH palliative care" AND "security"	17	2	2
CINHAL plus	Peer reviewed, English, All adult, 2008-2014	"MH terminaly ill patient" AND "MH palliative care" AND "MH patient attitudes" AND "coping"	5	2	1
CINAHL plus	Peer reviewed, Engelska, All adult, 2008-2014	"MH palliative care" AND "MH terminall care" AND "MH terminally ill patient" AND "MH patient attitudes"	6	3	2
CINHAL plus	Peer reviewed, English, All adult, 2008-2014	"MH palliative care" AND "MH emotions" AND "patients life"	10	1	1
CINHAL plus	Peer reviewed, English, All adult, 2008-2014	"MH palliative care" AND "MH patient attitudes" AND "MH quality of life" AND "psychosocial factors"	8	1	1
CINAHL plus	Peer reviewed, English, All adult, 2008-2014	"MH spirituality" AND "MH palliative care" AND "qualitative"	20	2	1



CINAHL plus	Peer reviewed, English, All adult, 2008-2014	"MH palliative care" AND "MH terminally ill patients" AND "coping"	23	5	1
Discovery	Peer reviewed, English, 2008-2014	"Secure" AND "SU Palliative" AND "Patient"	19	3	1

## BILAGA B. ARTIKELMATRIS

Titel, författare, tidskrift och årtal	Syfte	Metod (urval, analys m.m)	Resultat	Diskussion
<p><b>Old people receiving municipal care, their experiences of what constitutes a good life in the last phase of life: A qualitative study.</b></p> <p><b>Andersson, M., Hallberg, I.R., &amp; Edberg, A-K.</b></p> <p><b>International Journal of Nursing Studies. (2008)</b></p>	<p>Syftet är att undersöka upplevelser av vad som gör livet bra i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med äldre personer över 75. Deltagarna var 10 kvinnor och 7 män som dog mellan 3 dagar och 6,5 månad efter intervjuerna. Alla intervjuer blev inspelade och transkriberade.</p> <p>En tolkande stil med en innehållsanalys användes för att summera texten samt tolka meningen med den. De analyserade både det latenta och manifesta innehållet.</p>	<p>I studien kom de fram till att känslan av att vara hemma var viktig oavsett vart man befann sig. Sängen var en plats där man fann trygghet och ro. Trygghet för de som bodde på ett boende säkerställdes av miljön och vårdpersonal.</p>	<p>I en annan studie har det visat sig att kunna stanna i sitt eget hem ansågs vara viktigt då det gav en känsla av trygghet. Medan de som flyttade till ett boende upplevde en känsla av hemlöshet. I den här studien upptäcktes dock att personer som bodde på ett speciellt boende också uttryckte känslor av att vara hemma. Det då de var omringade av personer de kunde lita på, vilket gav en känsla av trygghet och kontroll.</p>

<p>Titel, författare, tidskrift och årtal:</p> <p><b>A qualitative investigation of the palliative care needs of terminally ill people who live alone.</b></p> <p><b>Aoun, S., Kristjanson, L.J., Oldham, L., &amp; Currow, D.</b></p> <p><b>Collegian. (2008)</b></p>	<p>Syfte:</p> <p>Syftet med studien är att undersöka patienters perspektiv som lever ensamma med kommunal palliativ vård.</p>	<p>Metod (urval, analys m.m):</p> <p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med 11 patienter som bodde inom och utanför stadskärnan. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>De har använt sig utav en innehållsanalys för att ta ut teman. Forskarna kodade de transkriberade intervjuerna enskilt och jämförde sedan koder, och skapade teman utifrån studiens syfte.</p>	<p>Resultat:</p> <p>De kom fram till att när en man kom hem från sjukhuset upplevde han att han inte vågade ta sin morgondusch då han var ensam. Mannen hade inga problem med att duscha själv men oroade sig för att ramla. Han kände sig därför tryggare med en bekant i hemmet under tiden. Det visade sig att deltagarna, förutom mannen, inte kände att deras säkerhet i hemmet äventyrades. Men de som hade ett säkerhetslarm i hemmet upplevde en trygghet.</p>	<p>Dikussion:</p> <p>Den här studien gav en insikt i hur individers motivation och önskningar såg ut för att kunna klara sig med minimal hjälp. Behoven för dessa individer är praktiska, emotionella och fysiska. Kärnan i det här är att förbli självständig och bevara värdighet i livets slut.</p>
--	---	--	--	--

<p>Titel, författare, tidskrift och årtal:</p> <p><b>Do models of care designed for terminally ill 'home alone' people improve their end-of-life experience? A patient perspective.</b></p> <p><b>Aoun, S., O'Connor, M., Skett, K., Dias, K., &amp; Smith, J.</b></p> <p><b>Health and Social Care in the Community. (2012)</b></p>	<p>Syfte:</p> <p>Syftet är att beskriva upplevelser hos obotligt sjuka patienter som bor ensamma hemma med två vårdmodeller och dess effekt på deras fysiska, sociala och emotionella behov.</p>	<p>Metod (urval, analys m.m):</p> <p>Kvalitativ design.</p> <p>Metoden börjar med att tre patientgrupper, 43 personer totalt, blir tilldelade olika vårdmodeller. Det pågick under 6-12 veckor. Den kvalitativa undersökningen gjordes i två faser. I fas ett gjordes korta intervjuer med alla deltagare efter att vårdmodellen har använts. Då undersöktes upplevelserna av förmåner och hinder med dessa vårdmodeller. I fas två gjordes djupare semi-strukturerade intervjuer med åtta deltagare från två av grupperna. Intervjuerna blev inspelade och transkriberade.</p> <p>De använde ett dataprogram för kvalitativ analys av intervjuerna. De tog ut meningsenheter som kodades till kategorier.</p>	<p>Resultat:</p> <p>Den grupp patienter som försågs med vårdbiträde (vårdmodell) upplevde minskad ensamhet och isolering. Det gjorde att de kände sig trygga. Den grupp patienter som försågs med ett personligt larm (vårdmodell) upplevde en trygghet och ett förtroende att klara sina dagliga aktiviteter. Då de exempelvis kunde gå ut i sin trädgård.</p>	<p>Diskussion:</p> <p>Båda vårdmodellerna var designade för ensamstående patienter som kunde ge dem fysisk och psykosocialt stöd i livets slutskede. Deltagare i båda grupper upplevde att de kunde stanna kvar i hemmet längre med hjälp av dessa vårdmodeller (vårdbiträde och säkerhetslarm). Det här är viktigt för att förse deras önskan av att dö hemma.</p>
--	--	--	---	---

<p>Titel, författare, tidskrift och årtal:</p> <p><b>”To Cherish Each Day as it Comes”: a qualitative study of spirituality among persons receiving palliative care.</b></p> <p><b>Asgeirsdottir, G.H., Sigurbjörnsson, E., Traustadottir, R., Sigurdardottir, V., Gunnarsdottis, S., &amp; Kelly, E.</b></p> <p><b>Support Care Cancer. (2013)</b></p>	<p>Syfte:</p> <p>Syftet är att undersöka palliativa patienters uppfattning av andlighet och dess inverkan på deras liv och livbefinnande.</p>	<p>Metod (urval, analys m.m):</p> <p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med 5 kvinnor och 5 män. De spelades in och transkriberades.</p> <p>För att analysera materialet användes en hermeneutisk fenomenologisk ansats.</p>	<p>Resultat:</p> <p>Patienter uppfattade andlighet som ett redskap att finna mening och syfte i livet. Deras största mening och syfte i livet kom från deras familj. Familjen var en kedja av liv som symboliserade enheten patienten tillhörde. Att vara en del av den enheten gav mening, syfte, trygghet och känslan av att tillhöra något större än dem själva.</p> <p>Vissa patienter såg sig ligga i händerna hos Gud/högre makt som gav dem styrka, hjälp och trygghet i deras sjukdom.</p>	<p>Diskussion:</p> <p>Resultatet visade att andlighet är ett komplext och multidimensionellt fenomen som avslöjar att andlighet har en viktig roll i livet hos patienter inom palliativ vård. Familjen var de som gav mening och syfte i livet, genom en icke-religiös andlighet. Att ha en tro på Gud sågs som en del av personens andlighet.</p>
---	---	--	--	--

<p>Titel, författare, tidskrift och årtal:</p> <p><b>Receiving a diagnosis of inoperable lung cancer: Patients' perspectives of how it affects their life situation and quality of life.</b></p> <p><b>Berterö, C., Vanhanen, M., &amp; Appelin, G.</b></p> <p><b>Acta Oncologica. (2008)</b></p>	<p>Syfte:</p> <p>Syftet är att beskriva hur diagnosen påverkar patientens liv och livskvalité.</p>	<p>Metod (urval, analys m.m):</p> <p>Kvalitativ design.</p> <p>En tolkande fenomenologisk ansats användes för att förstå patienters upplevelser. Intervjuer gjordes med 12 män och 11 kvinnor mellan 36-86 år. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>För analys användes en fenomenologisk hermeneutisk ansats, denna analys genomfördes i fem steg. Intervjuerna lästes flera gånger, de strök under viktiga meningsenheter, dessa meningsenheter fick en beskrivande text och delades in i teman.</p>	<p>Resultat:</p> <p>Att leva som vanligt och bete sig som vanligt gav en kontroll och trygghet. Det kännetecknades av att vara självständig och kunna hantera sitt vardagliga liv.</p>	<p>Diskussion:</p> <p>Kärnan i den här studien var att leva som vanligt, vilket gav en förståelse för vad livskvalité innebar för deltagarna. Det var viktigt att kunna göra saker så som de gjorde förut. En faktor för ökat hopp är att leva normalt, upplevelsen av hopp är viktigt för livskvalitén.</p>
---	--	--	--	--

<p>Titel, författare, tidskrift och årtal:</p> <p><b>Experiences of truth disclosure in terminally ill cancer patients in palliative home care.</b></p> <p><b>Friedrichsen, M., Lindholm, A., &amp; Milberg, A.</b></p> <p><b>Palliative and Supportive Care. (2011)</b></p>	<p>Syfte:</p> <p>Syftet är att undersöka obotligt sjuka cancer patienters upplevelser och inställning till graden av sanning i kommunikationen om prognosen.</p>	<p>Metod (urval, analys m.m):</p> <p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med 45 patienter som spelades in och transkriberades.</p> <p>De använde en hermeneutisk ansats. De tog ut meningsenheter som kodades och kategorier skapades utifrån matchande koder.</p>	<p>Resultat:</p> <p>Alla patienter var medvetna om hela sanningen av deras sjukdom och situation. De patienter som ville höra hela sanningen föredrog det då de ansåg det omöjligt att undvika den. Hela sanningen gav dem en känsla av kontroll vilket gjorde dem trygga.</p>	<p>Diskussion:</p> <p>Den här studien visar att obotligt sjuka patienter vill veta sanningen men i olika grader. Patienter säger att de ville ha hela sanningen men att det kunde förändras när de fick dåliga nyheter. Patienters inställning till sanningen är beroende av deras nuvarande situation och deras behov för att hantera överlevnad. Även om de ville ha sanningen så kunde det ses som ett hot mot deras existens.</p>
<p><b>Perceptions of terminally ill patients and family members regarding home and hospice as places of care at the end of life</b></p> <p><b>Luijkx, K.G., Schols, J.M.G.A.</b></p> <p><b>European Journal of Cancer Care. (2011)</b></p>	<p>Syftet är att undersöka patienters och familjens uppfattning av att vårdas hemma eller på hospice i livets slutskede.</p>	<p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med 8 kvinnor och 5 män, med en prognos av 3 månader eller mindre kvar att leva. Till varje patient blev även en familjemedlem intervjuad. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>En beskrivande analys gjordes av intervjuerna.</p>	<p>För obotligt sjuka patienter på ett hospice är den ständiga närvaron från vårdpersonalen en försäkring. Närvaron ger dem en känsla av trygghet, att någon finns där för att svara på akuta händelser, ge vård samt sällskap.</p>	<p>Valet av vart vården skulle ske beslutades tillsammans med patienten och familjen, där bådas röst är viktigt. För familjen är det viktigt att låta patienten stanna hemma om de vill samt att få bestämma själva.</p>

<p>Titel, författare, tidskrift och årtal:</p> <p><b>The meaning of spirituality and spiritual care among the Hong Kong Chinese terminally ill.</b></p> <p><b>Mok, E., Wong, F., &amp; Wong, D.</b></p> <p><b>Journal of Advanced Nursing. (2010)</b></p>	<p>Syfte:</p> <p>Syftet är att undersöka fenomenet kring andlighet och andlig vård bland obotligt sjuka kinesiska patienter.</p>	<p>Metod (urval, analys m.m):</p> <p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med 15 patienter från ett lokalt sjukhus där palliativ vård bedrivs. De spelades in och transkriberades.</p> <p>En tolkande fenomenologisk ansats användes för att analysera materialet.</p>	<p>Resultat:</p> <p>Patienter uppgav att de var tvungna att acceptera sjukdomen och att döden var en del av livet. Andlighet gav dem ett sätt att acceptera begränsningar av kontroll. Att överlämna det okontrollerbara åt en högre makt underlättade acceptansen av deras mänskliga begränsningar och framkallade en känsla av trygghet.</p>	<p>Diskussion:</p> <p>Känslan av att vara i harmoni med universum och att släppa taget om livet gav upphov till acceptans inför döden. Patienter som såg att döden var en del av livet avslöjade deras tro på en högre makt.</p>
<p><b>The meaning of quality of life: Narrations by patients with incurable cancer in palliative home care.</b></p> <p><b>Melin-Johansson, C., Ödling, G., Axelsson, B., &amp; Danielson, E.</b></p> <p><b>Palliative and Supportive Care. (2008)</b></p>	<p>Syftet är att upplysa meningen med livskvaliteten hos patienter med obotlig cancer.</p>	<p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med 8 patienter i deras hem. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>En tolkande innehålls analys användes för att analysera materialet.</p>	<p>Patienter beskrev att tillgången till palliativ vård i hemmet gav en trygghetskänsla. Känslan av att vara hemma beskrevs som en trygg och privilegierad känsla då det var bekanta med miljön i hemmet.</p>	<p>Patienterna i studien beskrev en känsla av trygghet när det palliativa vårdteamet stöttade dem i hemmet. Det palliativa vårdteamet var där för att hjälpa patienten med symtom, ge vård och ta kontroll över situationen. Det gjorde att patienten kunde vända sig till dem och uppleva trygghet.</p>



<p>Titel, författare, tidskrift och årtal:</p> <p><b>What is a 'secure base' when death is approaching? A study applying attachment theory to adult patients' and family members' experiences of palliative home care.</b></p> <p><b>Milberg, A., Wåhlberg, R., Jakobsson, M., Olsson, E-C., Olsson, M., &amp; Friedrichsen, M.</b></p> <p><b>Psycho-Oncology. (2012)</b></p>	<p>Syfte:</p> <p>Syftet är att använda patienters och familjemedlemmars erfarenheter för att undersöka palliativ vård som en trygg bas.</p>	<p>Metod (urval, analys m.m):</p> <p>Kvalitativ design.</p> <p>Intervjuer med 12 patienter och 14 familjemedlemmar i hemmet. De spelades in och transkriberades.</p> <p>Intervjuerna analyserades med hjälp av en deduktiv kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>Resultat:</p> <p>Det palliativa vårdteamet gav patienterna en känsla av trygghet då deras situation sågs som ett hot och gav känslor som sårbarhet och ensamhet. Det var viktigt med att ha ett förtroende till vårdteamet för att känna en trygghet. Att bli igenkänd av personalen bidrog till känslan av trygghet då de kände till patientens historia.</p>	<p>Diskussion:</p> <p>När patienter upplever en trygghet kan de ta risker genom att undersöka miljön, göra upptäckter och ta åt sig utmaningar. Detta kan de göra då de känner sig säkra på att någon finns där för dem vid behov. Utifrån resultatet kunde forskarna se att genom en trygg bas kunde den palliativa vården bidra till en känsla av trygghet, t.ex. genom att personalen var tillgänglig och pålitlig.</p>
---	---	--	---	--



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA**  
**ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Box 883, 721 23 Västerås **Tfn:** 021-10 13 00  
Box 325, 631 05 Eskilstuna **Tfn:** 016-15 36 00  
**E-post:** [info@mdh.se](mailto:info@mdh.se) **Webb:** [www.mdh.se](http://www.mdh.se)