SOPHIA HEMMET
HÖGSKOLA

ATT VÅRDA MED HJÄRTAT

Sjuksköterskors erfarenheter av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Examinationsdatum: 21 januari 2019
Kurs: K50

Författare: Isabelle Eriksson
Författare: Margit Evensen Haugholt
Handledare: Louise Eulau
Examinator: Marie Tyrrell

Sammanfattning

Bakgrund: Att förmedla medkänsla ses som en etisk grund i sjuksköterskans omvårdnadsarbete. Tidigare forskning tyder dock på att den personliga relationen mellan sjuksköterska och patient inte alltid upplevs hinnas med eller prioriteras. Att arbeta som sjuksköterska inom hjärtsjukvård innebär möten med patienter där en ökad oro och ångest kan förekomma och höga krav på prioritering ställs på sjuksköterskan. Dessutom kan medkänsla i sig vara krävande för sjuksköterskan, en profession som innehar ökad risk att drabbas av compassion fatigue.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård.

Metod: Kvalitativ metod tillämpades och utgjordes av semistrukturerade intervjuer med sju allmänsjuksköterskor, verksamma inom hjärtsjukvård. Materialet analyserades induktivt med stöd av Graneheim och Lundmans beskrivning av innehållsanalys.

Resultat: Tre huvudkategorier växte fram: *Sjuksköterskors syn på medkänsla*, *sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla* och *sjuksköterskors erfarenhet av compassion fatigue*. Helhetssyn, information, närvaro och fysisk beröring var viktiga aspekter av att förmedla medkänsla. Arbetsmiljön i form av tid, arbetsbelastning samt samarbete i arbetsteamet framhölls som viktiga faktorer. Symtom av compassion fatigue beskrevs kunna förekomma där strategier som att ta en paus, ta stöd av kollegor och ha gemensamma reflektioner på arbetsplatsen beskrevs kunna minska risken att drabbas av utmattning.

Slutsats: Sjuksköterskor beskriver medkänsla som att se helheten samt visa förståelse för patient, likväl anhörig. Sjuksköterskan använder medkänsla som en del av omvårdnaden i sitt yrke. Arbetsmiljön påverkar och kan både begränsa och gynna sjuksköterskans möjlighet att förmedla medkänsla. Vidare kan symtom av compassion fatigue förekomma hos sjuksköterskor som arbetar inom hjärtsjukvård.

Nyckelord: Compassion, Compassion fatigue, Hjärtsjukvård, Medkänsla, Sjuksköterskans profession

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING 1

BAKGRUND 1
- **Sjuksköterskans profession** 1
- **Vårdrelation** 3
- **Medkänsla** 4
- **Hjärtsjukvård** 6
- **Problemformulering** 6

SYFTE 7
- **Frågeställningar** 7

METOD 7
- **Val av metod** 7
- **Undersökningsgrupp** 8
- **Datainsamling** 8
- **Dataanalys** 9
- **Forskningsetiska överväganden** 10

RESULTAT 11
- **Sjuksköterskors syn på medkänsla** 12
- **Sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla** 12
- **Sjuksköterskors erfarenhet av compassion fatigue** 15

DISKUSSION 16
- **Resultatdiskussion** 16
- **Metoddiskussion** 18

SLUTSATS 20

REFERENSER 22

BILAGA A - E

INLEDNING

Vården står under stora utmaningar. Enligt Statistiska centralbyrån [SCB] (2017) så väljer en av tio utbildade sjuksköterskor att lämna yrket varav 55 procent av de som lämnat yrket angav arbetsmiljön i form av stress och hög arbetsbelastning som avgörande anledning. Vidare beskrivs bristen på sjuksköterskor medföra att vårdavdelningar tvingas stängas ned och befintliga avdelningar blir överbelagda. Resultatet blir: krävande arbetssituationer med många patienter och lite tid.

Som sjuksköterska möter man ett flertal patienter under sin yrkesverksamma tid. Medan de flesta möten med patienter förmodligen kommer att vara relativt okomplicerade och korta så kommer också vissa möten vara mer svåra att bemästra. Det kan handla om patienter som väcker känslor av olust och motstånd hos oss som vårdare men också patienter som griper tag i vårt allra innersta (Fioretos, Hansson & Nilsson, 2013). Att arbeta med människor kan därmed innefatta en viss psykisk belastning där ökad risk att drabbas av utmattning kan föreligga. Vidare är sjuksköterskor förpliktiga att ge omvårdnad till varje enskild patient med omsorg enligt patientsäkerhetslagen (SFS, 2010:659) och där begrepp som medkänsla ofta återkommer i litteraturen. Hur förmedlar sjuksköterskor således något så grundläggande men samtidigt så komplext som medkänsla i tider av högt tempo och tidsbrist.

BAKGRUND

Sjuksköterskans profession

<u>Från ”kall” till profession</u>
Ur ett historiskt perspektiv ansågs sjuksköterskeyrket länge vara ett “kall” där sjuksköterskans förhållningssätt delvis bestod av hennes känslomässiga inlevelseförmåga. Enlig Austgard (2003) var sjuksköterskeyrket präglat av pionjärer som Florence Nightingale som lyfte fram den inre drivkraften och sjuksköterskans hållning till sitt arbete som minst lika viktigt som hennes kunskap inom området. Under 1900-talet började denna inställning till yrket dock ifrågasättas och en önskan om att jämföra sjuksköterskeyrket med andra yrken växte fram (Dahlborg-Lyckhage, 2014). Att se yrket som ett ”kall” menar exempelvis sjuksköterskor motarbetar deras rätt att ställa krav om högre lön och förbättrade arbetsförhållanden (Møller-Madsen & Frederiksen, 2008).

I takt med att sjuksköterskeutbildningen och också omvårdnadsvetenskapen utvecklades kunde yrket slutligen uppnå kriterierna för en profession och år 1958 fick sjuksköterskor för första gången ansöka om statlig legitimation (Wiklund-Gustin & Bergbom, 2017). Även om begreppet profession kan definieras på olika sätt så finns det vissa kriterier som ska vara uppfyllda. Dessa kriterier innefattar att yrket ska vila på en vetenskaplig grund i form av ett eget kunskapsområde, leder till legitimation, följer etiska regler, är autonom, värderas högt av samhället och tillhör en nationell organisation (Svensk sjuksköterskeförening, 2009). I sjuksköterskans fall innefattas kunskapsområdet av omvårdnad och där legitimationen medför ett yrkesansvar kopplat till såväl lagar och regler som till ett professionellt ansvar (Sandman & Kjellström, 2013).

I samband med att yrket blev erkänt som profession började yrket förknippas med ett neutralt förhållningssätt och en ökad känslomässig distans. Efter år av vårdvetenskaplig forskning har dock sjuksköterskans förhållningssätt och känslomässiga engagemang inom professionen skapat intresse på nytt (Wiklund-Gustin & Bergbom, 2017).

Sjuksköterskeyrkets etiska riktlinjer

De etiska riktlinjerna för hur en sjuksköterska ska förvalta sitt yrke och således ge omvårdnad finns beskrivet i den etiska koden framtagen av International Council of Nurses (ICN, 2012). Denna kod har fyra områden som sammanfattar riktlinjer för etiskt handlande och är oberoende till nationella lagar. Detta innebär att den etiska koden går att applicera till sjuksköterskors arbete världen över (ICN, 2012). Kusano (2014) beskriver hur kunskap kring det etiska och professionella ansvaret samt vetskap kring sina rättigheter kan hjälpa sjuksköterskor att handskas med svåra etiska situationer som kan uppkomma i yrket.

Kodens områden innefattar sjuksköterskan och allmänheten, sjuksköterskan och yrkesutövningen, sjuksköterskan och professionen samt sjuksköterskan och medarbetare (ICN, 2012). I ett utdrag ur sjuksköterskan och professionen beskrivs sjuksköterskan: "kunna uppvisa professionella värden såsom respektfullhet, lyhördhet, medkänsla, trovärdighet och integritet" (Hommel, 2017, s. 4). Eftersom all omvårdnad innefattar en etisk dimension innebär detta att sjuksköterskan har ett moraliskt ansvar för sitt bemötande, sina bedömningar och beslut (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Utöver ICN:s etiska kod har Svensk sjuksköterskeförening (2017) utformat en kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor där sjuksköterskans kompetens kan beskrivas genom sex kärnkompetenser. Kompetenserna innefattar: personcentrerad vård, samverkan i team, evidensbaserad vård, förbättringskunskap, säker vård samt information. I kompetensbeskrivningen beskrivs även sjuksköterskans personliga ansvar som inkluderar att ständigt analysera styrkor och svagheter i den egna professionella kompetensen samt använda ett kritiskt reflekterande förhållningssätt för att utvecklas (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Vidare ansvarar den legitimerade sjuksköterskan för, samt leder omvårdnadsarbetet både självständigt, i teamsamverkan och i samråd med patienten och dennes närstående (Hommel, 2017). Även i hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 2017:30) finns inslag av etiska ställningstaganden som beskriver att hälso- och sjukvården ska erbjuda en god vård på lika villkor för hela befolkningen samt ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.

Att arbeta som sjuksköterska

Att ge omvårdnad till patienter är en central del av sjuksköterskans arbete. Omvårdnaden ska bygga på ett mellanmänskligt möte där ömsesidighet, tilltro, tillit och ärlighet ska genomsyra arbetet, oavsett kön, ålder eller etnicitet. I arbetet som sjuksköterska ingår också att planera, genomföra samt utvärdera de omvårdnadshandlingar som patienten behöver utifrån dennes livssituation, sjukdom och hälsa (Edberg & Wijk, 2014). Som vårdare möter man också lidande hos patienter och anhöriga på olika sätt (Rehnsfeldt & Arman, 2005). Detta menar Rehnsfeldt och Arman (2005) kräver en livsförståelse från vårdaren för att på ett etiskt korrekt sätt möta detta och lindra lidande vilket är den yttersta avsikten i vårdandet. Att ha ett känslomässigt engagemang beskriver sjuksköterskor förväntas av dem i yrket där en god sjuksköterska anses vara flexibel, medkännande, förstående, inlyssnande och respektfull (Smith & Godfrey, 2002).

Vidare beskriver Benner (2001) hur sjuksköterskan genom erfarenhet kan utveckla en form av "veta hur" kunskap kring situationer som denne varit med om innan. Denna kunskap anses vara av sådan karaktär att den inte kan tillgodoses genom formell undervisning. Benner (2001) menar att sjuksköterskor genom erfarenhet successivt utvecklas från novis till expert och där hen blir skickligare i sitt arbete allt eftersom. Detta betyder att sjuksköterskans förmåga till situationsuppfattning och problemlösning förbättras med

tiden. Fortsättningsvis beskrivs svårigheten att tangera hur erfarenhetskunskap uppkommer, förvärvas, fungerar och vidareutvecklas eftersom den ofta beskrivs i termer av tyst kunskap. Att kunna reflektera och dra slutsatser kring verkligheten som man möter och erfarenheter man gör beskrivs dock vara avgörande för att kunna applicera erfarenhetsinlärning (Benner, 2001).

Vårdrelation

Begreppet vårdrelation är ett ord som inte återfinns i Svenska Akademiens ordlista [SAOL] (2018) ändå används det som ett centralt begrepp inom vårdvetenskapen. Det finns beskrivet att begreppet vårdrelation både används vagt och motsägelsefullt i vetenskapliga studier där vårdarens roll i denna relation beskrivs olika laddat med både positiva och neutrala ordalag. Genomgående förknippas dock ordet vårdrelation med ett visst formellt ansvar hos vårdaren (Björck & Sandman, 2007). Vårdrelationen anses i många fall vara kärnan i vårdandet och där relationen mellan sjuksköterska och patient har en avgörande betydelse för att omvårdnad överhuvudtaget ska kunna bedrivas (Björck & Sandman, 2007). I relation till detta har tidigare studier visat att vårdare i hög grad prioriterar själva omvårdnads-handlingarna före vårdrelationen och därmed inte alltid bemöter patienten på ett värdigt sätt (Snellman, 2014). Forskningsresultat tyder även på att det inte alltid finns utrymme att skapa en relation mellan patient och sjuksköterska i dagens vårdmiljö. Faktorer som tidsbrist och hög arbetsbelastning resulterar ofta i att sjuksköterskor inte orkar möta patienter i en mer personlig relation (Billeter-Koponen & Fredén, 2005).

Enligt omvårdnadsteoretikern Travelbee (1977) är det patienten som är i fokus i en sjuksköterska-patient relation. Hon beskriver att sjuksköterskan bör ha ett intellektuellt förhållningssätt till patientens problem och enbart använda sig själv som ett terapeutiskt redskap. Även Sandman och Kjellström (2013) menar att det professionella mötet skiljer sig från exempelvis möten med egna anhöriga och vänner på så sätt att den professionella rollen inte ska innebära uppoffring av den egna livskvalitén. Samtidigt beskriver Dinç och Gastman (2013) att det krävs en tillgänglighet och en vilja till engagemang från sjuksköterskans sida för att skapa en förtroendeingivande relation med patienten. Patienten behöver också känna sig emotionellt och fysiskt säker, känna sig värdefull som individ samt känna sig informerad och respekterad (Dinç & Gastman, 2013).

Enligt Kristoffersen och Friberg (2016) kan sjuksköterskor uppleva relationen med patienter som krävande på olika sätt. Sjuksköterskan är likt alla människor en unik individ vilket betyder att de påverkas emotionellt olika i mötet med patienter. Sjuksköterskor kan exempelvis uppleva känslor som trötthet och skörhet efter att ha fått starkt intryck av patientmötet. Det finns även beskrivet att sjuksköterskor kan uppleva känslor som hjälplöshet, hopplöshet samt minskat självförtroende när de stöter på utmanande situationer i mötet med patienter (Kristoffersen & Friberg, 2016). I relation till detta betonar Sandman och Kjellström (2013) vikten av att som sjuksköterska behålla sin professionella roll i mötet med patienterna och ha distans till yrket. De menar att om inte denna distans förmås upprätthållas så kan det på sikt leda till utmattning och utbrändhet. Vidare beskriver de en så kallad etisk stress som kan uppkomma då yrkesutövaren inte upplever sig kunna leva upp till de normer och värden som denne känner att den borde. Todaro-Franceschi (2015) talar om ett liknande begrepp: samvetsstress. Detta beskrivs som ett syndrom som vårdaren kan utveckla när den tar till sig och bär med sig smärta och ångest från patientmötet vilket kan leda till känslor av hopplöshet och hjälplöshet.

Medkänsla

Det internationella begreppet compassion har översatts till svenska som både medkänsla och medlidande och har alla den gemensamma övergripande innebörden att: beskriva hur människor blir berörda av andras situation på ett sådant sätt att de vill göra något för den andra (Durkin, Gurbutt & Carson, 2018). I denna studie har författarna valt att översätta compassion till medkänsla för att utforma syfte och frågeställningar. Det är trots detta svårt att särskilja medkänsla från empati och sympati. Jeffrey (2016) beskriver att dessa tre begrepp ofta förväxlas med varandra samt till andra närliggande begrepp som beskriver att dela någon annans känsla av lidande. Vidare menar De Zulueta (2013) att vissa beskriver ”att visa empati” som en del av medkänsla medan andra menar att känna medkänsla är ett resultat av empati. Svårigheten att skilja medkänsla från andra närliggande begrepp kan leda till en begreppsförvirring. Gedda och Snellman (2009) menar dock att det är viktigt att särskilja medkänsla från empati. Skillnaden beskrivs vara att empati handlar om att dela någon annans känslor som om de vore sin egna medan medkänsla handlar om att förstå den andre personens känslor utan att själv absorberas av dessa.

Neff (2003) menar att medkänsla är att bli medveten om den andres lidande, att öppna sig inför detta och väcka en önskan om att minska den andre personens lidande. Vidare karaktäriseras medkänsla av acceptans, motstånd, mod och handlande (Lickerman, 2012). Enligt Andersson och Viotti (2014) så handlar medkänsla inte om medömkan utan om att våga känna in det som gör ont för att därefter göra något hjälpsamt. De menar därmed att medkänsla kräver mod. I studier har det framkommit att det finns olika faktorer som kan påverka en persons medkänsla. Exempelvis har det beskrivits hur den andre personens likheter med en själv kan vara orsaken till medkänsla (Valdesolo & DeStano, 2011). Förmågan och viljan till medkänsla kan också underlättas om den andre personen anses vara i en utsatt situation och därmed mer sårbar än en själv (Mikulincer & Shaver, 2005).

<u>Sjuksköterskans arbete med medkänsla</u>
Även om medkänsla anses vara en etisk grund i sjuksköterskans omvårdnadsarbete (Zamanzadeh, Valizadeh, Rahmani, van der Cingel & Ghafourifard, 2018) så menar Straughair (2012) att den senare utvecklingen av sjuksköterskeprofessionen fokuserat på att utveckla medicintekniska moment varpå värdet av medkänsla har hamnat i skymundan. Detta menar Straughair (2012) har resulterat i negativa patientupplevelser med bristande medkänsla från vårdaren. Enligt Ledoux, Forchuk, Higgins och Rudnick (2018) läggs ofta skulden för den bristande medkänslan på sjuksköterskorna. De framhåller dock att sjuksköterskors förmåga till medkänsla handlar såväl om organisationen, det interprofessionella teamet som det personliga egenskaperna. De menar att sjuksköterskans upplevelse av stöd och information inom arbetsmiljön kommer påverka dennes praktiska arbete, där också medkänsla till patienterna. De såg också ett signifikant samband mellan sjuksköterskans medkänsla i förhållande till det interprofessionella samarbetet. Det betyder att om sjuksköterskor inte upplever det interprofessionella samarbetet som tillfredsställande kan upplevelse av frustration förekomma och leda till tankar som: varför bry sig (Ledoux et al., 2018).

Enligt Richardson, Percy och Hughes (2015) kan sjuksköterskor lära sig att visa samt använda medkänsla i mötet med patienter. Det handlar inte om kvalitéer som en individ är född med eller inte. De menar också att sjuksköterskestudenter bör uppmuntras till att använda värden som medkänsla och empati till terapeutisk fördel i sitt kommande yrke

(Richardson et al., 2015). Zamanzadeh et al. (2018) lyfter även fram vikten av att som sjuksköterska ha tillgång till förebilder i sitt förmedlande av medkänsla. Såväl lärare som kollegor och ledare inom hälso- och sjukvården kan inneha rollen som förebild och där lärare redan under sjuksköterskeutbildningen kan grunda och främja medkänsla som ett kärnfullt värde bland studenter (Zamanzadeh et al., 2018).

Compassion fatigue

Compassion fatigue beskrivs som ett tillstånd som kan uppstå när vårdare har en nära kontakt med patientens lidande och där vårdarens känslomässiga gränser suddas ut till den utsträckningen att vårdaren omedvetet integreras i patientens lidande (Boyle, 2011). Att arbeta som sjukvårdspersonal och möta patienters lidande medför därmed en ökad risk att drabbas av compassion fatigue. Sjuksköterskan beskrivs också vara den profession som är särskilt utsatt då hen förväntas bistå med fortlöpande och kontinuerligt emotionellt stöd (Boyle, 2011). Nolte, Downing, Temane och Hastings-Tolsma (2017) menar att compassion fatigue involverar flera dimensioner och triggas av långtgående professionell börda såsom stress, dåliga copingstrategier och brist på stöd samt personliga svårigheter att balansera hem- och jobbkrav. Detta kan visa sig genom såväl fysiska och psykiska symtom. Några symtom som beskriver compassion fatigue är att känna sig utmattad samt känslor av hopplöshet, frustration och förtvivlan som kombineras med känslor av inkompetens. Att som sjuksköterska drabbas av compassion fatigue kan leda till minskad moral och försämrad arbetsprestation och är starkt förknippat med känslor som stress, sorg och trötthet. Hanteras inte detta tillstånd på arbetsplatsen kan det på sikt leda till att sjuksköterskan lämnar yrket (Nolte et al., 2017).

Eftersom compassion fatigue är ett relativt nytt begrepp i Sverige så har benämningen empatitrötthet oftare använts inom svensk forskning (Andersson & Viotti, 2014). Empatitrötthet beskrivs som ett tillstånd av utmattning som uppkommer efter att man tagit in andra människors lidande under en längre tid och blivit negativt påverkad av det. Likt compassion fatigue kan detta tillstånd drabba vårdpersonal som ofta använder ett empatiskt förhållningssätt i sitt yrke. Vidare beskriver Andersson och Viotti (2014) hur en vårdare som drabbas av empatitrötthet kan uppleva känslor av ångest och nedstämdhet som på sikt kan leda till att hen “stänger av”, blir kall och avtrubbad i bemötandet med andra för att på så sätt skydda sig själv. Trots att compassion fatigue kan likställas med empatitrötthet så har författarna till denna studie valt att behålla den internationella benämningen compassion fatigue eftersom empati och medkänsla inte bör likställas (Gedda & Snellman, 2009).

Sacco och Copel (2018) lyfter fram hur man inom vården bör fokusera på att stötta och hjälpa sjuksköterskan att arbeta med medkänsla på ett tillfredsställande sätt för att minska risken att drabbas av compassion fatigue. Studier visar att genom att lära känna igen symtom av compassion fatigue kan man på ett effektivt sätt stå emot och förhindra att drabbas (Nolte et al., 2017). Även att uppmuntra till att använda strategier för självmedvetenhet och omsorg ses som en nyckel till att förebygga compassion fatigue (Boyle, 2011). Vidare beskrivs hur sjuksköterskor inom sluten somatisk vård, inte har organisatoriska resurser som kan stödja till att förebygga compassion fatigue. Jämför man detta med ambulanspersonal, brandmän och polis, som oftast är de första på plats att bevittna tragedier och trauman, finns ofta tillgång till stöd i form av psykologer, rådgivare och präster samt avsatt tid för krisbearbetning (Boyle, 2011).

Hjärtsjukvård

Inom hjärtsjukvården vårdas personer med såväl akuta som kroniska hjärtsjukdomar, där hjärtsjukdom alltid varit förenat med risken för plötslig död. Bröstsmärtor som strålar ut mot vänster arm och upp mot nacke är ett vanligt förekommande första symptom för allvarlig hjärtsjukdom (Eikeland, Haugland & Stubberud, 2011). Detta är ofta en skrämmande upplevelse för patienten där rädsla för att dö föreligger och som kan åtföljas av en oro för att i framtiden leva med kronisk sjukdom (Pattenden, Roberts & Lewin, 2007; Eikeland et al., 2011).

Personer med hjärtsjukdom upplever ofta symtom på depression, ångest och rädsla, där akuta episoder upplevs som särskilt oroande och där ångest kan upplevas lång tid efter en akut händelse (Pattenden et al., 2007). Det kan exempelvis handla om ångest kopplat till oro inför framtiden där personer med hjärtsjukdom ofta innehar en osäkerhet kring förväntad livslängd och där rädsla för att bli sjuk igen föreligger (Pattenden et al., 2007). Det har också visat sig i en studie av Moser et al. (2010) att personer med hjärtsjukdom rapporterar en högre förekomst på symtom av ångest och depression, där 75 procent av patienter med hjärtsvikt rapporterar symtom på depression. Vidare menar Dekker, Lennie, Doering, Chung, Wu, och Moser (2014) att sambandet mellan depression och ångest har en hög korrelation till varandra. De fann att 58 procent av de personer med hjärtsvikt som har symptom på ångest också hade samexisterande symtom för depression.

Vidare utsätts personer med hjärtsjukdom ofta för stora psykiska påfrestningar kopplat till känslor av förlust, fara och hot mot den fysiska existensen. Detta kan leda till en negativ stress vilken ofta är personberoende och kan vara förenad med tidigare livshändelser av liknande art. Känslor som meningslöshet, ofrihet och otrygghet kan uppkomma i att bli ställd inför stora krav i situationen. Faktorer som att ha bristande insikt i sin aktuella situation, upplevelse av att inte ha blivit informerad om vad som ska ske relaterat till behandling är några av dessa (Stubberud & Gulbrandsen, 2009).

Att vara sjuksköterska inom hjärtsjukvård ställer krav på såväl vakenhet som förmåga att ha precision och kunna prioritera där ett högt tempo är något de ofta behöver hantera. Vid inträffande av akuta situationer, blir situationen ofta dramatisk och ställer krav på sjuksköterskan att fatta snabba och avgörande beslut (Stubberud & Gulbrandsen, 2009). Vid exempelvis akuta hjärtinfarkter kan patienten behöva göra brådskande undersökningar och flyttas till annat sjukhus eller annan avdelning, då kan sjuksköterskan stötta patienten genom att samordna och informera patienten kring vad som händer i det aktuella läget (Eikeland et al., 2011).

Problemformulering

Även om medkänsla ses som en etisk grund i sjuksköterskans omvårdnadsarbete tyder tidigare forskning på att den personliga relationen inte alltid upplevs hinnas med eller prioriteras då sjuksköterskebristen bidrar till hög arbetsbelastning. Dessutom har vården blivit allt mer inriktad på att utvecklas medicinsktekniskt, varpå värdet av medkänsla har hamnat i skymundan och där patienter kan uppleva att de inte alltid blir bemötta på ett värdigt sätt. Att förmedla medkänsla kan också vara krävande för sjuksköterskan som är en av de professioner som innehar en ökad risk att drabbas av compassion fatigue, ett tillstånd där det empatiska engagemanget kan leda till utmattning. Att arbeta som sjuksköterska inom hjärtsjukvård, innebär möten med patienter där en ökad oro och ångest kan

förekomma. Intresset väcktes därför att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård.

SYFTE

Att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård.

Frågeställningar

- Hur beskrivs medkänsla av sjuksköterskor inom hjärtsjukvård?
- Vad har sjuksköterskor för erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård?
- Vad har sjuksköterskor för erfarenhet av att arbetsmiljön påverkar möjligheten att arbeta med medkänsla?
- Vad har sjuksköterskor för erfarenhet av compassion fatigue?

METOD

Val av metod

Eftersom intresset var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med fenomenet medkänsla, så valdes den kvalitativa ansatsen för att på ett lämpligt sätt kunna svara på studiens syfte och frågeställningar. Centralt i den kvalitativa forskningsprocessen är att försöka tolka, förstå och förmedla innebörden av olika typer av företeelser och fenomen (Fejes & Thornberg, 2009). Detta innebär att kvalitativ forskning bygger på en hermeneutisk kunskapstradition där hermeneutik, läran om tolkning, handlar om att läsa, förstå och skapa mening (Kvale & Brinkmann, 2014). Den kvalitativa metoden framhåller även att ingen absolut sanning och/eller fel existerar (Henricson & Billhult, 2017). Enligt Polit och Beck (2017) är den kvalitativa forskningsmetoden flexibel, holistisk och inkluderar olika sätt att analysera data. Den kräver också forskarnas engagemang samt kontinuerlig analys av insamlad data.

I enighet med det kvalitativa metodvalet valde författarna till detta arbete att genomföra en intervjustudie. Detta valdes då intentionen med forskningsintervjuer är att försöka förstå världen ur någon annans synvinkel samt finna svar på frågor genom andras upplevda erfarenheter (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017). Polit och Beck (2017) beskriver också intervjuer som den främsta metoden för att samla in kvalitativ data. Vidare valde författarna att använda sig av semistrukturerade intervjuer som kännetecknas av att innehålla öppna frågor samtidigt som forskaren är fri att ändra följden på frågorna och hur de formuleras. Semistrukturerade intervjuer betyder också att forskaren kan anpassa frågorna till vad som uppkommer under intervjun (Danielsson, 2017).

<u>Validitet inom kvalitativ forskning</u>
Ordet validitet kan översättas som sanning, trohet och giltighet varpå den filosofiska frågan som behöver ställas är: vad är sanning? Men också vem/vilka som anses besitta sanningen (Nationalencyklopedin, 2019). Kopplat till den kvalitativa forskningen, har författarna till denna studie beaktat vikten av att vara medveten om sin egen syn på sanning och trovärdighet för att undgå att bli subjektiv i forskningsprocessen (Kvale & Brinkmann

2014). Även Polit och Beck (2017) menar att kvalitéten inom kvalitativ forskning inte enbart handlar om metoder och strategier utan också om vem forskaren är och hur man analyserar sin egen påverkan. Valideringen innefattar därför att ständigt kontrollera, ifrågasätta och teoretiskt tolka sina resultat (Kvale & Brinkmann, 2014). Ahrne och Svensson (2015) menar också att en studies trovärdighet är kopplat till textens transparens, arbetets genomskinlighet, som innefattar författarnas förmåga att redogöra för hur forskningsprocessen gått till.

Undersökningsgrupp

Gruppen som undersöktes var allmänsjuksköterskor inom sluten hjärtsjukvård med högst tre års erfarenhet av yrket. Att rikta sig till en specifik grupp beskriver Polit och Beck (2017) som ett ändamålsenligt urval där forskarna riktar sig till personer som förväntas kunna svara på studiens syfte och frågeställningar. Enligt Ahrne och Svensson (2015) är urvalet av intervjupersoner avgörande för studiens utfall. Vidare beskriver de att om syftet är att undersöka ett fenomen så kan man redan vid antalet sex till åtta intervjupersoner ur en särskild grupp, säkerställa ett material som är relativt oberoende av enskilda personers uppfattningar. De menar också att om syftet är att jämföra olika grupper så krävs fler intervjuer (Ahrne & Svensson, 2015). Eftersom denna studies syfte var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvården, var målet således att intervjua minst sex och max åtta sjuksköterskor. Att hålla sig inom det spannet ansåg författarna, i enighet med Ahrne och Svensson (2015), vara rimligt relaterat till den tidsbegränsade perioden.

<u>Urvalskriterier</u>
Urvalet att enbart inkludera sjuksköterskor som arbetar inom hjärtsjukvård gjordes efter inhämtande av litteratur och forskning som bekräftade att arbetsmiljön inom hjärtsjukvården kan präglas av högt tempo (Eikeland et al., 2011) och där personer med hjärtsjukdom kan ha ökad oro/ångest (Pattenden et al., 2007). Urvalet begränsades även till allmänsjuksköterskor med högst tre års erfarenhet. Enligt Benner (2001) kan sjuksköterskor som arbetat i två till tre år klassas som kompetenta, men ännu ej experter. Valet att ha max tre år förväntades därför ge en bild av sjuksköterskors orientering i att utveckla sitt arbete med medkänsla.

Slutliga urvalskriterier blev således: (1) allmänsjuksköterskor, (2) som arbetar inom hjärtsjukvård, med (3) max tre års erfarenhet av yrket. Vid urvalet togs ingen hänsyn till könstillhörighet, ålder eller tidigare arbetserfarenhet inom vården utöver sjuksköterskeyrket.

Datainsamling

I enlighet med informationskravet (Vetenskapsrådet, 2002) valde författarna att kontakta verksamhetschefen vid tilltänkta sjukhus för godkännande av studien (Bilaga A & B). Informationskravet innebär att forskare ska informera de berörda om den aktuella undersökningens syfte samt ge en beskrivning av hur undersökningen ska genomföras (Vetenskapsrådet, 2002). Vidare valde författarna att via mejl kontakta två verksamhetschefer inom hjärtsjukvård på totalt två slumpmässigt utvalda akutsjukhus i Sverige. Efter godkännande från de båda verksamhetscheferna ombads författarna att ta kontakt med chefssjuksköterskor vid totalt tre hjärtavdelningar. Författarna bifogade därmed ett informationsbrev (Bilaga C) som chefssjuksköterskan vid respektive avdelning

förmedlade vidare till sjuksköterskor som matchade författarnas urvalskriterier. Författarna fick också tillåtelse att genomföra intervjuerna under de tilltänkta sjuksköterskornas arbetstid. Enligt Ahrne och Svensson (2015) påverkas förhållandet mellan intervjuaren och personen som ska intervjuas av en rad faktorer. Allt från kön och ålder till vilken plats som intervjun genomförs på har betydelse för intervjuns utfall. De menar att om tillstånd ges att genomföra intervjuerna på arbetsplatsen kan personer som tillfrågas vara mer inställsamma till att delta.

I planerandet av den kommande intervjusituationen utformades en intervjuguide (Bilaga D) med egenkomponerade frågor som författarna förväntade kunde svara till studiens syfte och frågeställningar. I enighet med Danielsson (2017) genomfördes provintervjuer där frågorna och upplägget testades och där författarna fick sätta sig in i situationen som intervjuare. Utifrån provintervjuerna fick författarna förståelse för hur frågorna kunde tolkas och kunde då i efterhand modulera frågorna till mer lättbegripliga.

Genomförandet av intervjuer

Innan genomförande av samtliga intervjuer bestämde författarna vem som skulle ha huvudansvaret och utgå från intervjuguiden. Eftersom båda författarna närvarande vid samtliga intervjuer kunde den andra författaren komplettera med följdfrågor vid behov. Vidare påbörjades intervjun med en kortare beskrivning av vilka författarna är och deltagarnas rätt att avbryta intervjun om så önskades. Författarna utgick sedan från informationsbrevet för att ge muntlig information till deltagarna om studiens syfte och upplägget av intervjun (Danielsson, 2017). Detta efterföljdes med att deltagaren fick skriva under ett “informerat samtycke” (Bilaga E).

Intervjuerna skedde i enskilt rum för att skapa en trygg miljö där deltagarna kunde vara säkra på att det enbart delar informationen med författarna. Att rummet har betydelse beskrivs av Olsson och Sörensen (2011) där en trygg miljö är en förutsättning för att kunna genomföra ostörda intervjuer. Intervjuerna gjordes även ansikte mot ansikte för att på så vis skapa trygghet. Vidare spelades intervjuerna in med hjälp av en extern ljudupptagnings-apparatur, diktafon, för att underlätta transkriberingen av intervjuerna. Eftersom materialet spelades in, kunde författarna kontroll-transkribera texten ett flertal gånger för att försäkra sig om att allt som sades i intervjun inkluderades. Danielsson (2017) menar att genom att lyssna på materialet, kan forskaren lägga märke till nyanser i talet och långa uppehåll vilket kan ge en bättre förståelse för vad som sägs. Även om innehållet spelades in så valde författarna att medtaga papper och penna till intervjuerna. Ahrne och Svensson (2015) påpekar att även om inspelning sker, är papper och penna bra redskap för att anteckna eventuella följdfrågor.

Dataanalys

I kvalitativ forskning kan dataanalysen starta redan när första intervjun är genomförd (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Polit och Beck (2017) kan den kvalitativa analysen vara svår att genomföra eftersom den innefattar få standardiserade regler. Vanligen börjar den med att söka efter kategorier eller teman som strukturerar upp det insamlade materialet. Kvale och Brinkmann (2014) menar att innan man kan svara på frågan hur en intervju ska analyseras så måste man veta vad, och varför man ska analysera materialet. I detta arbete var syftet att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård vilket beaktades vid analyseringen av materialet. Författarna valde att analysera materialet med en induktiv ansats vilket innebär att författarna utgår från

deltagarnas levda erfarenheter av ett fenomen som sen kan jämföras med exempelvis en teori eller tidigare kunskap inom området. Att använda en induktiv ansats innebär också att slutsatser kan dras utifrån deltagarnas erfarenheter (Henricson & Billhult, 2017).

Innehållsanalys

Vid analyseringen av materialet tog författarna hjälp av Graneheim och Lundmans (2004) beskrivning av innehållsanalys. Graneheim, Lindgren och Lundman (2017) menar att i kvalitativ innehållsanalys är syftet att kategorisera den analyserade texten utifrån erfarenheter, åsikter, attityder och upplevelser där liknande data sätts samman i kategorier. Vidare bygger denna typ av innehållsanalys på att hitta meningsenheter i texten som kan beskrivas som textinnehåll kopplat till en viss företeelse. De utvalda texterna kortas därefter ner till dess kondenserade meningsinnebörd och kodas därefter. Koderna delas sedan in i subkategorier och kategorier som används som rubriker för det framkomna innehållet.

Tabell 1: Exempel på analysutförandet

Meningsenhet	**Kondenserad mening**	**Kod**	**Subkategori**	**Kategori**
Medkänsla för min del är att.. se helheten i varje unik patientsituation om man tänker, under arbetet för det man har fått märka när man har jobbat eeehh…är att det är inte e bara är patienten, det e så himla mycket mer, de e mycke anhörigkontakt ehm förståelse för olika unika bakgrunder eh hur folk har det och kunna känna vid då, att tillgodose behoven i hela situationen.	Att se helheten i varje unik patientsituation och där anhöriga också inkluderas. Det gäller att kunna tillgodose behoven i hela situationen.	Helhetssyn	Helhetssyn och förståelse för patienten	Sjuksköterskans syn på medkänsla
Att kunna… förståelse på vilket sätt och de är många olika sätt, man kan inte riktigt sätta sig i patientens situation för att ibland vet man inte hur det känns att va dålig som dom är, men bara att va där och .. att de kan prata med dig och berättar och..att du lyssnar,	Att visa förståelse på olika sätt. Att kunna sätta sig in i patientsituationer och är där för patienten genom att lyssna.	Närvaro	Att vara närvarande i mötet	Sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med medkänsla

Forskningsetiska överväganden

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) kommer den kvalitativa forskningsintervjun alltid medföra etiska problem som forskaren bör beakta. När en kvalitativ studie planeras bör forskaren också reflektera över sin egen livserfarenhet, yrkeserfarenhet och kunskap om det fenomen som ska studeras. Detta eftersom forskaren använder sig själv som redskap i forskningsprocessen (Kvale & Brinkmann, 2014). Att reflektera, skriva ner och diskutera

dessa med andra kan bidra med ökad medvetenhet om vilken betydelse ens förförståelse indirekt kan ha för resultatet (Henricson & Billhult, 2017).

Att som deltagare sätta av tid och anförtro sig till forskaren, innebär att de utsätter sig för en risk att informationen omhändertas och används på ett oetiskt sätt (Kjellman, 2017). Därför är konfidentialitet en utgångspunkt i all kvalitativ forskning där man värnar om att obehöriga inte tar del av känsliga uppgifter samt att deltagarna får information om vem eller vilka som kommer ha tillgång till materialet och tillhörande intervjusvar (Vetenskapsrådet, 2002). Helsingforsdeklarationen är en central forskningsetisk riktlinje som antogs av World Medical Association år 1964. Deklarationen innehåller etiska principer i medicinsk forskning. Enligt Helsingforsdeklarationen har deltagarna även rätt till skydd mot insyn i sitt privatliv (Vetenskapsrådet, 2017). Att spela in med diktafon och inte med telefon var också ett medvetet etiskt övervägande av författarna då dagens telefoner har internetuppkoppling med risk för spridning. Telefoner är dessutom ett attraktivt stöldgods och något man bär med sig överallt.

Att en person informeras och med stöd av information tackar ja till att delta i en studie benämns inom forskning som ”informerat samtycke”. Informerat samtycke innebär att undersökningspersonerna får reda på syftet med studien och hur den är upplagd i stort. Informerat samtycke innebär också att undersökningspersonerna är medvetna om att de deltar frivilligt och att de har rätt att avsluta sin medverkan i studien under hela forskningsprocessen utan att ifrågasättas (Vetenskapsrådet, 2002; Kvale & Brinkmann, 2014). Polit och Beck (2017) beskriver vikten av att skapa och vidhålla en hög nivå av tillit hos deltagarna. I enighet med de etiska riktlinjerna fick deltagarna samt författarna i denna studie skriva under ett skriftligt samtycke (Bilaga E) där deltagarna fick information om de etiska övervägandena som författarna tagit ställning till. Vidare fick deltagarna kontaktuppgifter till författarna om de ville avbryta sin medverkan i studien, allt material från deltagaren skulle således raderas och elimineras från studien.

I detta arbete valde författarna också att inte nämna valda sjukhus eller specifika avdelningar med anledning av risken till härledning. I enlighet med de etiska principerna har de deltagande i studien såsom verksamhetschef, chefssjuksköterskor och deltagare anonymiserats.

RESULTAT

Resultatet bygger på sju intervjuer med allmänsjuksköterskor verksamma inom hjärtsjukvård med en yrkeserfarenhet på max tre år. Vid analys av materialet växte tre huvudkategorier fram med tillhörande subkategorier (Tabell 2).

Tabell 2: Slutliga kategorier och subkategorier

Kategori	Subkategorier
Sjuksköterskors syn på medkänsla	Helhetssyn och förståelse för patienten
Sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla	Att vara närvarande i mötet Vikten av att hålla patienten uppdaterad Att visa medkänsla genom beröring De egna personliga egenskaperna Arbetsmiljöns påverkan
Sjuksköterskors erfarenhet av compassion fatigue	Att ta med sig arbetet hem Att hantera stress och svåra situationer

Sjuksköterskors syn på medkänsla

Helhetssyn och förståelse för patienten

Gemensamt för deltagarnas uppfattning av medkänsla var att kunna se helheten i varje unik situation där både patienten, likväl anhöriga inkluderades. Det framkom också att medkänsla är svårt att definiera då några deltagare ansåg att medkänsla är någonting som man bara har i sig eller där medkänsla beskrevs som empati. Somliga deltagarna beskrev även medkänsla som att kunna vara omtänksam och bry sig om en annan person. Gemensamt för alla deltagare var dock att begreppet innebar att visa förståelse för hur patienten eller den andre känner, samt en förmåga att sätta sig in i en annan människas perspektiv.

> *Att se helheten i varje unik patientsituation / … / förstå att alla har unika bakgrunder /…/ Kunna tillgodose behov, även de som inte handlar om sjukdomen*

> *Visa förståelse för mina patienter / … / att bara att vara där / … / och berätta att du lyssnar / … / att bara visa att man bryr sig på olika sätt*

Sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla

Att vara närvarande i mötet

Något som återkom i samtliga deltagares beskrivning av hur de förmedlar medkänsla var att “finnas där” för patienten. Detta beskrev deltagarna innefatta att lyssna, vara närvarande samt att få patienterna att känna att de inte är ensamma. Även att samla på sig information om patienten vid exempelvis inskrivning var ett sätt att sätta sig in i dennes situation. Att fråga patienten om dennes hemsituation och sociala liv, beskrevs vara sätt att inte enbart rikta in sig på patientens sjukdom, utan istället få en närmare kontakt med personen bakom sjukdomen.

Stanna upp och försöka ha ögonkontakt / ... / vara närvarande / ... / försöka prata med dem och få kontakt

Vikten av att hålla patienten uppdaterad

Information menade deltagarna var betydande i arbetet med medkänsla. En viktig del av detta var också att fånga upp patienter som inte upplevdes ha fått tillräcklig information från annan personal. Det kunde exempelvis vara information kring kommande ingrepp och undersökningar. Detta beskrevs kunna fångas upp genom att berätta att man kommer tillbaka i efterhand och förklarar ett ingrepp eller fråga om patienten undrar något. Även att ge information till patienten om det stöd som finns att tillgå i form av exempelvis kurator var sätt att förmedla medkänsla.

Och patienterna sitter som med öppen mun och stort frågetecken och fattar ingenting. Då får man viska lite: jag kommer tillbaka snart så ska jag förklara och sitta ner med dig.

Att visa medkänsla med beröring

Flera av deltagarna lyfte fram fysisk beröring som en del av att förmedla medkänsla till patienterna. Att hålla en hand, ge en kram eller lägga en hand på axeln var av erfarenhet något som kunde vara stöttande. Samtidigt menade deltagarna att det är viktigt att känna av om personen i fråga vill ha en fysisk beröring eller inte, då alla är olika. Deltagarna upplevde att patienter ofta tydligt visar om de är mottagliga för beröring eller inte.

Man märker om patienten vill ha en sådan klapp eller inte / ... / det visar patienten ofta tydligt.

De egna personliga egenskaperna

Flera deltagare lyfte fram egenskaper som att vara social och att våga fråga patienten som underlättande faktorer för en god patientkontakt och ökad förståelse. Detta beskrevs i termer av ett inbyggt tankesätt som bidrog till att kunna visa medkänsla för en annan. Deltagare lyfte även fram svårigheten med att inte veta vem man möter, samt hur patienten kommer att bemöta en tillbaka. Vidare beskrevs utmaningen att balansera kravet att bemöta detta på ett professionellt sätt och samtidigt våga stå upp för sig själv.

Om jag träffar någon som inte tycker om svarta, det kan vara svårt / ... / Jag kan hålla det i några sekunder men om någon fortsätter och fortsätter, då måste jag: Nä nu måste jag sätta dig på plats / ... / alla är olika men samtidigt är vi alla människor och man ska kunna fatta det som är typ basics / ... / så, det kan vara en grej som kan försämra mig att vara professionell och ha medkänsla för mina patienter / ... / Men om någon inte har förståelse för mig också / ... / jag tycker det ska vara från båda håll.

Arbetsmiljöns påverkan

Att arbetsmiljön påverkar sjuksköterskans förmåga att förmedla medkänsla var deltagarna enade om. De menade också att det finns olika faktorer i arbetsmiljön som har inverkan. En viktig faktor var tid, då tid ofta framhölls som den avgörande faktorn för att hinna ge en god omvårdnad och förmedla medkänsla till patienterna. En annan faktor som påverkade medkänslan var arbetsbelastningen i form av patientantal.

När man tillexempel har rätt antal patienter och inte massor av överbeläggningar då underlättar ju det att kunna ta sig tid och prata med patienterna ordentligt och informera och lyssna på patienten hur den mår.

Inom hjärtsjukvården beskrevs även akuta situationer uppkomma. Detta menade deltagarna resulterade i en känsla av att inte alltid ha tid för mindre akuta patienter. Samtliga deltagare sammankopplade också bristen på tid med en ökad stress och där de framhöll betydelsen av att kunna prioritera. Deltagarna lyfte också fram vikten av att alltid försöka ha en god kommunikation med patienterna. Särskilt viktigt var att försöka fånga upp patienter som man blivit tvungen att springa ifrån, vid exempelvis ett larm.

> *Är det något akut kanske man inte hinner men då får man försöka fånga upp dem sen / … / Prata om det som hände /… / ibland hinner man ju inte alltid, i stunden hetta, men att försöka gå tillbaka då och fråga: var det någonting du upplevde som du skulle vilja prata om.*

Att vårda patienter i enkelsal framhöll deltagarna som en underlättande faktor i arbetet med medkänsla. Deltagarna upplevde att det var lättare att få god kontakt och bidrog till ökad öppenhet mellan patient och sjuksköterska när dessa två var ensamma i rummet. Vidare menade deltagarna att enkelrum bidrog till en stillhet och ökad möjlighet att prata om svåra saker. Att vårda patienter i flersal kunde deltagarna uppleva vara begränsande för att etablera en mer ingående kontakt och kunna prata öppet om djupare saker som berör patienten. Deltagare beskrev också att patienter kan känna sig obekväma med att det finns en annan främmande människa i rummet, som också kan lyssna och ta del av informationen.

> *Jättebra med enkelsal jämfört med när det är många i salen. För när patienten är själv, man har mer tid att kunna veta: nu är vi själva, nu kan vi ta det här samtalet. Det underlättar, för man kan även öppna upp för patienten.*

Deltagare lyfte också fram sina egna anpassningar om patienten inte var ensam i rummet.

> *De påverkar ju också hur jag pratar och vad jag säger. Man tänker på att inte avslöja för mycket för det är ju inte så sekretess. Vissa bryr sig inte alls, men många tycker det är jättejobbigt.*

Samtliga deltagare menade att samarbetet i arbetsgruppen påverkade arbetet med medkänsla. De menade att om kommunikationen och stämningen i arbetsgruppen var bra så fungerade även samarbetet bättre, något som deltagarna också beskrev att patienterna kunde känna av. Om samarbetet fungerade kunde deltagarna också ta på sig rollen som stöd för patienten om de märkte att kollegorna hade situationen under kontroll. Då kunde de ställa sig vid patientens huvudända och bara finnas där och informera om vad som händer. En annan viktig del i samarbetet med kollegor var att stämma av med kollegorna och att planera arbetsdagen tillsammans för att minska risken att exempelvis palliativa patienter glöms bort. Att planera kring vem eller vilka som ska gå in till vissa patienter menade deltagarna också bidrog till att skapa en kontinuitet.

> *En bra kommunikation mellan mig och patienten och även mellan mina kollegor / … / med min undersköterska och min underläkare som jag rondar med / … / När vi har bra kommunikation och bra samarbete så blir de också lite lättare. Då flyter allting på bättre och man får mer tid.*

Sjuksköterskors erfarenhet av compassion fatigue

Att ta med sig arbetet hem

Flera av deltagarna kunde relatera till compassion fatigue med att de gav för mycket av sig själva i yrket, vilket kunde upplevas uttröttande. En deltagare beskrev även att hen varit sjukskriven relaterat till utmattning. Deltagarna sammankopplade också compassion fatigue med att tänka på arbetet och patienter när de kommit hem och där känslan av otillräcklighet präglade dem. Att inte känna att man varit tillräcklig handlade ofta om känslan av att ha för lite tid för sina patienter. Vidare kunde specifikt svåra situationer som uppkommit under arbetspasset vara orsaken till att deltagarna tänkte på arbetet när de kommit hem. Deltagarna kunde även vittna om att känna dåligt samvete vid överlämning av arbetsuppgifter som ansågs vara "för mycket" till kollegor vilket ledde till att de stannade kvar efter avslutad arbetstid.

> *Innan kunde det vara svårt att släppa jobbet när man kom hem, så kan det vara fortfarande idag. Ligger hela natten och tänker hur jag ska lägga upp morgondagen eftersom jag vet att jag kommer ha väldigt mycket att göra och inte ha tid för mina patienter. Sen kan det vara andra saker som att någon går bort och man tänker om man kunde ha gjort någonting annorlunda och tänker på dennes anhöriga. Sådant hänger med mig jättelänge.*

För de deltagare som inte kunde relatera till compassion fatigue beskrevs en personlig egenskap i att kunna distansera sig från arbetet och på så sätt hålla en balans mellan sitt yrke och den egna personen. Vidare beskrevs sjuksköterskeyrket kräva att man är på en specifik plats och där det inte finns samma möjlighet att ta med arbetsuppgifter hem.

> *Jag upplever att jag privat har en ganska bra förmåga att kunna stänga av innan det blir för mycket. Jag tror det handlar om att man ger för mycket av sin egen energi och bidrar för mycket av eller med sig själv och därav så blir man utmattad. Jag tror att jag har lyckats hålla mig på en bra nivå, jag har inte upplevt att jag känner mig utmattad i arbetet.*

Att hantera stress och svåra situationer

Av de deltagare som kunde relatera till compassion fatigue så beskrev flera att de hade olika strategier för att hantera och minska risken att drabbas av utmattning. Där bland beskrevs att ta en paus i arbetet och vara ifred en stund, istället för att öka tempot i tron om att det skulle hjälpa. Eftersom sjuksköterskan har tystnadsplikt så framkom att deltagarna inte kunde prata om saker som hänt på arbetstid när de kommit hem. Däremot var samtliga deltagare enade om att stödet bland kollegor kunde vara till hjälp för att släppa arbetet. Deltagarna beskrev även hur gemensamma reflektioner på arbetsplatsen, som förekom vid plötsliga eller svåra händelser, kunde vara till hjälp.

> *Om det till exempel är någonting jobbigt / … / då pratar vi om det här på jobbet efteråt i mån om tid. Eller om det är någon väldigt ung som går bort eller något tråkigt händer. Då brukar man ofta gå igenom såhär: Vad har vi gjort bra, vad kunde vi kanske tänka på till nästa gång. Ofta är det ett bra avslut, man känner ändå att man gjort allt man kan. Men räcker inte det då kanske man pratar med en kollega som man har förtroende för.*

En del av deltagarna som kände igen sig i begreppet compassion fatigue menade att de inte hade några strategier för att minska känslan av uttröttande och där de upplevde svårigheter med att inte ta till sig för mycket av patienternas lidande.

Tror inte att jag hanterar det ärligt talat. Någon gång så kommer man på att man inte tänker på sådant som hänt / … / Men annars har jag nog inget sätt att hantera det på.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med detta arbete var att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård. De huvudsakliga fynden utifrån studiens resultat var att samtliga deltagare uppfattade medkänsla som att kunna se helheten i varje unik situation där både patienten, likväl anhöriga inkluderades. Det framkom också att en central del av sjuksköterskors arbete innefattar att förmedla medkänsla till patienterna. Återkommande i samtliga deltagares beskrivning av hur de förmedlar medkänsla, var att "finnas där" för patienten. Samtliga deltagare framhöll också att arbetsmiljön har betydelse i arbetet med medkänsla och där tid var den viktigaste faktorn. Gällande sjuksköterskors erfarenhet av compassion fatigue så kunde majoriteten av deltagarna känna igen sig i begreppet och där olika strategier för att minska risken att drabbas av utmattning presenterades.

Edberg och Wijk (2014) framhåller att en central del av sjuksköterskans arbete innefattar att ge omvårdnad till patienter och där Rehnsfeldt & Arman (2005) menar att vårdaren möter olika former av lidande i sitt omvårdnadsarbete. Travelbee (1977) menar även att det är patienten som är i fokus i en sjuksköterska-patient relation vilket också framkom från deltagarnas berättelser. Medkänsla anses också vara en etisk grund i sjuksköterskans arbete (Zamanzadeh et al., 2018) vilket också deltagarna i denna studie framhöll vara betydande. I linje med Jeffrey (2016) beskrev också deltagarna medkänsla med närliggande begrepp som handlar om att dela någon annans känsla av lidande. Deltagarna beskrev exempelvis medkänsla som empati och att "bry sig om". Gedda och Snellman (2009) framhåller dock vikten av att särskilja medkänsla från empati då empati handlar om att dela någon annans känslor som om de vore sina egna, medan medkänsla handlar om att förstå den andre personens känslor utan att själv absorberas av dessa. Vidare tyder resultatet från denna studie på att medkänsla och empati fortfarande används synonymt.

Samtliga deltagare ansåg att information var en stor del av att arbeta med medkänsla. Att inhämta information om patienten vid inskrivning var exempel på en bättre bild av patientens situation och komma närmare denne. Berhin, Lundgren och Theodoridis (2014) menar att inhämtning av information om patienten vara ett sätt att få förståelse för dennes upplevelse av situationen. Inom betydelsen av information innefattade deltagarna även delgivandet och förtydligandet av information. Att informera patienten om pågående och framtida vård menade deltagarna kunde bidra till en ökad trygghet för patienten och ett sätt att förmedla medkänsla. I linje med Stubberud och Gulbrandsen (2009) är känslan av otrygghet förekommande hos personer med hjärtsjukdom och där brist på information kan bidra till ökad oro. Att inhämta och ge information är inte bara en del av sjuksköterskan kompetens (Hommel, 2017) utan kan också ses som en vilja till engagemang (Dinç & Gastman, 2013). Vidare lyfte deltagarna i denna studie vikten av att våga fråga patienten om dennes situation. Att ha mod som vårdare beskrivs också vara centralt för en god omvårdnad (Hommel, 2017) där också medkänsla karaktäriseras av att våga ta del av en annan människas lidande (Lickerman, 2012; Andersson & Viotti, 2014). Vidare beskrev deltagarna andra sätt som att lyssna, vara närvarande samt få patienter att känna att de inte är ensamma, som handlingar för att förmedla medkänsla. Ett annat ord som ofta beskrevs

av deltagarna var “att ha förståelse”, ett begrepp som sjuksköterskor i Smith och Godfreys (2002) studie också beskrevs definiera en god sjuksköterska.

Några av deltagarna lyfte fram fysisk beröring som en del av att förmedla medkänsla till patienterna. Att hålla en hand, ge en kram eller lägga en hand på axeln beskrevs kunna vara stöttande. Ozolins, Hörberg och Dahlberg (2015) beskriver hur beröring kan ha en hälsofrämjande inverkan på patienter och där beröring kan bidra till att patienter upplever sig bekräftade, sedda och trygga. De framhåller också hur beröring således kan användas som ett sätt att förmedla medkänsla. I likhet med Ozolins et al. (2015) lyfte även deltagarna i denna studie vikten av att beröringen bör utföras med respekt och bygga på förståelse och anpassning till patientens situation och person. Enligt Airosa, Falkenberg, Öhlén och Arman (2015) kan också annan beröring, som taktil massage, vara ett sätt att närma sig och bekräfta patienten och minska dennes smärta och lidande.

Medan Richardson et al. (2015) menar att sjuksköterskors empatiska förmåga inte handlar om något man föds med, så beskrev några deltagare att egna personliga egenskaper som att “vara social” kunde underlätta i mötet med patienterna. En annan deltagare menade att hens bakgrund kunde vara orsaken och underlätta möjligheten till att förmedla medkänsla då detta ingått i den kultur som hen växt upp i. Vidare lyfte hen även fram svårigheten att möta patienter som uttrycker främlingsfientlighet, där medkänsla kan vara svårare att känna. Som Kristoffersen och Friberg (2016) beskriver så går det inte att undgå att sjuksköterskan också är en människa och kan påverkas av både positiva och negativa känslor i mötet med patienterna. Detta stärker antagandet om att sjuksköterskor kan uppleva relationen med patienter som krävande på olika sätt (Fioretos et al., 2013; Todaro-Franceschi, 2015; Kristoffersen & Fridén, 2016; Sandman & Kjellström, 2013).

Samtliga deltagare framhöll att arbetsmiljön hade betydelse för möjligheten att förmedla medkänsla där också Sacco och Copel (2018) menar att arbetsmiljön i sig kan bidra till uttröttade och utmattning. Av deltagarna framhölls tiden vara den avgörande faktorn för att hinna ge en god omvårdnad och för att hinna förmedla den medkänsla till patienterna som önskades. Precis som finns beskrivet av Eikeland et al. (2011) så framhöll deltagarna hur hjärtsjukvården innefattar oväntade akuta situationer. Detta kunde därför ta tid från patienter som inte var i ett akut skede men som ändå kunde vara i behov av medkänsla. I samband med bristande tid uppgav deltagarna att de kunde uppkomma stress hos både dem själva och bland kollegorna. Billeter-Koponen & Fredén (2015) framhåller att tidsbrist och hög arbetsbelastning kan resultera i att sjuksköterskor inte orkar möta patienter i en mer personlig relation.

Vidare beskriver deltagarna i denna studie hur rätt patientantal och att vårda patienten i enkelsal underlättade i skapandet av en mer personlig relation till patienten. Ledoux et al. (2018) lyfter även fram att sjuksköterskors förmåga till medkänsla handlar såväl om organisationen och det interprofessionella teamet och där samarbetet mellan kollegor kan påverka sjuksköterskans medkänsla såväl positivt som negativt. I samband med detta menade deltagarna i denna studie att om kommunikationen och stämningen i arbetsgruppen var bra så fungerade även samarbetet bättre. Om sjuksköterskan litade på sina kollegor och fördelade arbetet på ett bra sätt upplevde deltagarna att de kunde vinna tid och på så sätt få mer tid över att förmedla medkänsla till patienterna. För att hinna med sina arbetsuppgifter menade samtliga deltagare att prioritering var en av de viktigaste påverkbara faktorerna. Även om prioritering återkommer i Eikelands et al. (2011) beskrivning av hjärtsjukvård så menar författarna till denna studie att det finns en potentiell

risk att sjuksköterskor skuldbeläggs för bristande medkänsla på grund av ofördelaktig prioritering. Detta går i linje med Ledoux et al. (2018) beskrivning där ofta sjuksköterskan skuldbeläggs för bristande medkänsla framför hur verksamheten fungerar organisatoriskt.

Majoriteten av deltagarna kunde relatera till compassion fatigue varav en deltagare hade varit sjukskriven relaterat till utmattning. Deltagarna beskrev symtom som går i linje med Nolte et al. (2017) beskrivning av compassion fatigue, där deltagarna kunde känna sig trötta efter arbetet, stanna kvar för att hinna med sina arbetsuppgifter och ha svårigheter att släppa arbetet när de kom hem. För de deltagare som inte kunde relatera till compassion fatigue beskrevs personliga egenskaper i att kunna distansera sig från arbetet och på så sätt hålla en balans mellan sitt yrke och den egna personen. Av de deltagare som kunde relatera till compassion fatigue så hade flera deltagare strategier för att hantera och minska risken att drabbas av utmattning. Boyle (2011) menar att nyckeln till att förebygga compassion fatigue är att använda strategier för självmedvetenhet och omsorg. Studier visar även att genom att lära känna igen symtom av compassion fatigue så kan man på ett effektivt sätt stå emot och förebygga att drabbas av tillståndet (Nolte et al., 2017). Deltagare beskrev exempelvis att det kunde hjälpa att ta en paus i arbetet och vara ifred en stund när situationen upplevdes stressande eller krävande. Deltagarna var också enade om att stödet bland kollegor kunde vara till hjälp för att släppa arbetet. Ett annat sätt var att gå igenom svåra situationer i gemensamma reflektioner, som i mån om tid, hölls på arbetsplatsen. Delvis frångår detta Boyles (2011) antagande om att det inte finns organisatoriska resurser som kan stödja till att förebygga compassion fatigue, eftersom deltagarna upplevde att resurser för stöd fanns om de själva skulle be om det. En fundering som väcks hos författarna till denna studie är om detta räcker som förebyggande åtgärder för compassion fatigue. I resultatet framkom exempelvis att vissa deltagare som kände igen sig i begreppet compassion fatigue inte upplevde att de hade strategier för att minska känslan av trötthet relaterat till yrket.

I Benners (2001) teori om erfarenhetsbaserad inlärning, framkommer det att sjuksköterskan utvecklas från novis till expert i sitt yrke. Enligt Benner (2001) klassas också sjuksköterskan som kompetent, men ännu inte expert, efter två till tre års yrkeserfarenhet. En reflektion som författarna i denna studie har kring detta är att Benner (2001) inte beaktar frågan om livserfarenhet som en påverkande faktor. Livserfarenhet menar författarna kan ha haft betydelse för studiens resultat då exempelvis Zamanzadeh et al. (2018) beskriver hur sjuksköterskor som själva varit patienter eller haft närstående som varit sjuka har bidragit till att de är mer medkännande i sitt arbete. Eftersom författarna inte tog hänsyn till deltagarnas livserfarenhet eller tidigare yrkeserfarenhet inom vården så tänker författarna att resultatets utfall kan ha påverkats av dessa faktorer. Detta eftersom några av deltagarna möjligtvis har mer erfarenhet av medkänsla än andra. Författarna till denna studie vill även belysa att fler studier behövs för att kartlägga sambandet mellan medkänsla och compassion fatigue samt hur arbetet med medkänsla påverkar sjuksköterskan över tid. Slutligen var en annan reflektion kring resultatet att deltagarna vittnade om en rådande föreställningen där känslan av exempelvis trötthet är en del av sjuksköterskeyrket som man bara får acceptera.

Metoddiskussion

Den kvalitativa metoden valdes då den ansågs vara rätt lämpad för studiens syfte att beskriva sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta med medkänsla inom hjärtsjukvård. Även om en litteraturöversikt hade belyst kunskapsnivån inom ett särskilt fält (Forsberg &

Wengström, 2015) så var författarna intresserade av att undersöka erfarenheter inom en specifik kontext, varpå den kvalitativa metoden beskrivs vara bättre lämpad. Vidare är intentionen med forskningsintervjuer att försöka förstå världen ur någon annans synvinkel (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017).

Det som författarna upplevde som svårigheter med studien var att rekrytera tillräckligt med deltagare utifrån författarnas valda urvalskriterier. Urvalskriteriet att inkludera allmänsjuksköterskor med max tre års erfarenhet gjordes i enighet med Benner (2001), som beskriver att sjuksköterskor som arbetat i två till tre år klassas som kompetenta men ännu ej experter. Valet att ha max tre år förväntades således ge en bild av sjuksköterskors orientering i att utveckla sitt arbete med medkänsla. I resultatdiskussionen beskrivs dock livserfarenhet eventuellt kunna påverka förmågan till medkänsla varpå ett urval med antal år som yrkesverksam sjuksköterska kan anses vara irrelevant. Att inte ha ett kriterium kring antal yrkesverksamma år skulle förenklat rekryteringen då flertalet som arbetade på de valda vårdavdelningarna hade längre yrkeserfarenhet än tre år. Ett sådant urvalskriterium anser författarna hade haft större relevans i en mer omfattande studie där syftet vore att jämföra exempelvis färre yrkesverksamma år med de som arbetat under längre tid. Att författarna inte tog hänsyn till om deltagarna tidigare arbetat inom sjukvården eller deras livserfarenhet förkastar eventuellt Benners (2001) antagande om att deltagarna högst klassas som kompetenta vid två till tre års yrkeserfarenhet. Vidare gjordes valet att enbart inkludera hjärtsjukvård baserat på Debra et al. (2010), Stubberud och Gulbrandsen (2009) och Pattenden et al. (2007) beskrivning av att personer med hjärtsjukdom ofta har symtom av ångest och depressiva symtom. Dock kan sådana slutsatser inte dras utifrån denna studie. Därför skulle det vara av intresse att jämföra hjärtsjukvård med andra områden för att tydligare se om behovet av medkänsla skiljer sig åt mellan olika vårdområden.

Av elva tillfrågade sjuksköterskor valde sju att medverka i studien. Helgesson (2015) menar att bortfall är naturligt då forskare tillämpar informerat samtycke där frivillighet är ett krav. Enligt Ahrne och Svensson (2015) så kan man redan vid antalet sex till åtta intervjupersoner ur en särskild grupp, säkerställa ett material som är relativt oberoende av enskilda personers uppfattningar. Därför ansåg författarna att sju deltagare var tillräckligt för att få en bild av fenomenet. En fördel kan också ha varit att inkludera olika sjukhus och avdelningar då det i kvalitativa studier beskrivs vara viktigare att hitta färre personer med olika erfarenheter jämfört med att inkludera flertalet med samma erfarenhet (Henricson & Billhult, 2017). Att sjukhusen är belägna i Sverige anser författarna också varit fördelaktigt då det ger en bild av fenomenet utifrån en svensk kontext.

Vid rekrytering av sjuksköterskor tog författarna hänsyn till informationskravet (Vetenskapsrådet, 2002) om att verksamhetschefer ska godkänna genomförandet av en studie. Vidare blev författarna ombedda att kontakta chefssjuksköterskan på respektive avdelningar för att komma i kontakt med sjuksköterskor som matchade studiens urvalskriterier. Även om rekryteringen av deltagare underlättades med hjälp av chefssjuksköterskan så kan rekryteringsprocessen medföra vissa risker. Exempelvis beskriver Kjellström (2017) och Helgesson (2015) hur personer som blir tillfrågade till att medverka i en studie kan uppleva att de är tvungna att delta. Eftersom chefssjuksköterskan har en viss överordnad roll över sjuksköterskan så kan detta medföra att sjuksköterskan enbart svarar ja på grund av viljan att vara till lags. Även om chefssjuksköterskan ombads tillfråga sjuksköterskor som matchade författarnas urvalskriterier så går det inte att bortse

från risken att chefssjuksköterskan gör ett eget urval utifrån dessa kriterier, ett så kallat selektionsbias (Polit & Beck, 2017).

I planerandet av intervjusituationen utformades en intervjuguide med egenkomponerade frågor som författarna förväntade kunna svara till studiens syfte och frågeställningar. Eftersom författarna valde att genomföra semistrukturerade intervjuer så innebar det att följdfrågor kunde ställas utefter vad som uppkom under intervjun (Danielsson, 2017). Studieguiden kunde dock med fördel ha innehållit fler planerade följdfrågor för att få en tydligare bild av exempelvis deltagarnas syn på skillnaden mellan empati och medkänsla. Samtidigt är definitiva svar svårt att förutse (Kvale & Brinkmann, 2014; Polit & Beck, 2017) vilket också påverkar förberedelsen av följdfrågor.

Även om Ahrne och Svensson (2015) menar att intervjuer som genomförs på arbetsplatsen kan underlätta i rekryteringsprocessen, så kan författarna inte bortse från faktorer som kunde ha begränsat deltagarna på grund av detta. Intervjuerna hölls bland annat i rum som vanligen används i verksamheten och där risken för att bli avbruten var stor. En del intervjuer skedde även i rum som låg i nära anslutning till andra arbetsrum, varpå risken att bli överhörd inte går att frångå. Detta riskerar att känslig information kan ha undanhållits av deltagarna.

En styrka med denna studie är att den genomförts av två författare, med olika bakgrunder, där analys och reflektion av materialet kunde ske kontinuerligt med två perspektiv vilket stärker studiens validitet (Polit & Beck, 2017). Att författarna strävade efter att vara transparenta kring forskningsprocessen anses också öka trovärdigheten (Ahrne & Svensson, 2015). Vidare delades transkriberingen av intervjumaterialet upp mellan de två författarna som sedan kontroll-transkriberade varandra (Polit & Beck, 2017). Att båda författarna närvarade vid samtliga intervjuer innebar också att författarna kunde stödja varandra i att ställa relevanta följdfrågor. Enligt Trost (2010) kan det vara till intervjuarbetets fördel att två personer utför intervjuerna då de kan komplettera varandra och öka förståelse för intervjumaterialet. Samtidigt är författarna medvetna om att två intervjuare och en deltagare kan bidra till en obalans i intervjusituationen och som kan upplevas som “två mot en” (Danielsson, 2017). Att deltagarna skulle uppleva trygghet under intervjun var därför centralt för författarna. Att tillfråga om intervjusituationen var tillfredsställande och att anpassa efter deltagarens önskningar var därför något som genomfördes inför samtliga intervjuer.

SLUTSATS

Sjuksköterskor beskriver medkänsla som att se helheten samt visa förståelse för patient såväl som anhörig. Sjuksköterskan använder medkänsla som en del av omvårdnaden i sitt yrke varpå information, beröring, och att finnas där för patienten ansågs viktigt i arbetet med medkänsla. Arbetsmiljön har betydelse för sjuksköterskors möjlighet att förmedla medkänsla där tid, arbetsbelastning samt samarbete i arbetsteamet framhölls som de viktigaste faktorerna. Vidare kan symtom av compassion fatigue förekomma hos sjuksköterskor som arbetar inom hjärtsjukvård.

<u>Fortsatta studier</u>
Då sjuksköterskor i denna studie beskriver medkänsla synonymt med empati, så skulle fortsatta studier med fördel kunna undersöka hur sjuksköterskors definition av medkänsla och empati samt skillnaden däremellan ser ut. Att undersöka arbetet med medkänsla hos

övrig vårdpersonal och göra en jämförelse mellan de olika professionerna hade också varit intressant för omvårdnadsvetenskapen. Vidare att jämföra exempelvis ålder och/eller yrkeserfarenhet vore också av intresse för att se vad som har betydelse för arbetet med medkänsla. Efter intervjuprocessen väcktes även nyfikenhet kring att studera mötet mellan sjuksköterska och patient ur flera perspektiv, där aspekter som främlingsfientlighet och utmaningar att behålla professionalitet kan studeras. Framtida forskning skulle med fördel också kunna undersöka medkänsla utifrån patientens perspektiv

Klinisk betydelse

Studiens resultat kan ha betydelse för framtida sjuksköterskors arbete med medkänsla och hur denna kan förmedlas i tider av stress och hög arbetsbelastning. Att vara medveten om konsekvenser av medkänsla är också av värde för framtida sjuksköterskor för att minska risken att drabbas av compassion fatigue.

REFERENSER

Ahrne, G., & Svensson, P. (2015). *Handbok i kvalitativa metoder* (2. uppl.). Malmö: Liber.

Airosa, F., Falkenberg, T., Öhlén, G., & Arman, M. (2015). Tactile Massage as Part of the Caring Act: A Qualitative Study in Short-Term Emergency Wards. *Journal of Holistic Nursing, 34*, 13-23. doi: 10.1177/0898010115579769

Andersson, C., & Viotti, S. (2014). Från stress till compassion. I E. Bojner Horwitz (Red.), *Stillhetsboken* (2. uppl., ss. 31-41). Stockholm: Gothia fortbildning.

Austgard, K. I. B. (2003). Profesjon eller instruksjon. *Vård i Norden*, 23(1), 39-41. doi: 10.1177/010740830302300109

Benner, P. (2001). *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Berhin, I., Lundgren, M., & Theodoridis, K. (2014). Aktiv empati: Sjuksköterskors strategier för att frammana empati i mötet med patienter som av sjuksköterskan upplevs vara svårbemötta. *Vård i Norden, 34*(3), 28-32. doi: 10.1177/010740831403400307

Billeter-Koponen, S., & Fredén, L. (2005). Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: Qualitative interviews study about nurses's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 19*, 20-27. doi:10.1111/j.1471-6712.2005.00318.x

Björck, M., & Sandman, L. (2007). Vårdrelation: Ett försök att tydliggöra begreppsanvändningen. *SAGE journals*, *27*(4), 14-19. doi:10.1177/010740830702700404

Boyle, D. (2011). Countering Compassion Fatigue: A Requisite Nursing Agenda. *The Online Journal of Issues in Nursing, 16*(1), 1-20. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man02

Dahlborg-Lyckhage, E. (2014). *Att bli sjuksköterska: en introduktion till yrke och ämne* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Danielsson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.

Dekker, R. L., Lennie, T. A., Doering, L., Chung, M., Wu, J. R., & Moser, K. (2014). Coexisting anxiety and depressive symptoms in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 13*(2), 168–176. doi: 10.1177/1474515113519520

De Zulueta, P. (2013). Compassion in 21st century medicine: is it sustainable? *Clinical Ethics*, *8*(4), 119–128. doi: 10.1177/1477750913502623

Dinç, L., & Gastman, C. (2013). Trust in nurse-patient relationships: A literature review. *Nursing Ethics*, *20*(5), 501-516. doi: 10.1177/0969733012468463

Durkin, M., Gurbutt, R., & Carson, J. (2018). Qualities, teaching, and measurement of compassion in nursing: A systematic review. *Nurse Education Today, 63,* 50-58. doi: 10.1016/j.nedt.2018.01.025.

Edberg, A., & Wijk, H. (2014). *Omvårdnadens grunder Hälsa och ohälsa* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Eikeland, A., Haugland, T., & Stubberud, D. G. (2011). Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. I H. Almås, D. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 1* (2. uppl., ss. 207-243). Stockholm: Liber.

Fejes, A., & Thornberg, R. (2009). *Handbok i kvalitativ analys* (1. uppl.). Stockholm: Liber.

Fioretos, I., Hansson, K., & Nilsson, G. (2013). *Vårdmöten: kulturanalytiska perspektiv på möten inom vården* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2015). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4. uppl.). Stockholm: Natur & Kultur.

Gedda, K. M., & Snellman, I. (2009). *Omvårdnadens värdegrund.* Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/omvardnadens.vardegrund.pdf

Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse Education Today, 56,* 29-34. doi: 10.1016/j.nedt.2017.06.002

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today, 24*(2), 105–112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik för medicinare och naturvetare* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 111-119). Lund: Studentlitteratur AB.

Hommel, A. (2017). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor.* Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf

International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses.* Hämtad från *https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20eng.pdf*

Jeffrey, D. (2016). Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter? *SAGE journals, 109*(12), 446-452. doi: 10.1177/0141076816680120

Kjellman, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Lund: Studentlitteratur AB.

Kristoffersen, M., & Friberg, F. (2016). Relationship-based nursing care and destructive demands. *Nursing Ethics, 9*(4), 663-674. doi: 10.1177/0969733015623097

Kusano, Y. (2014). Nursing ethics in times of conflict. *Nursing Ethics, 21*(8), 859-860. doi: 10.1177/0969733014546436

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

Ledoux, K., Forchuk, C., Higgins, C., & Rudnick, A. (2018). The effect of organizational and personal variables on the ability to practice compassionately. *Applied Nursing Research, 41*, 15-20. doi: 10.1016/j.apnr.2018.03.001

Lickerman, A. (2012). *The undefeated mind: On the science of constructing an indestructible self.* Deerfield Beach: Health Communications, Inc.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2005). Attachment security, compassion, and altruism. *Current Direction in Psychological Science, 14*(1), 34-38. doi: 10.1111/j.0963-7214.2005.00330.x

Moser, D. K., Dracup, K., Evangelista, L. S., Hoyt Zambroski, C., Lennie, T. A., Chung, M. L., Doering, L. V., Westlake, C., & Heo, S. (2010). Comparison of prevalence of symptoms of depression, anxiety and hostility in elderly heart failure, myocardial infarction and coronary artery bypass graft patients. *Heart & Lung: Journal of Critical Care, 39*(5), 378-385. doi: 10.1016/j.hrtlng.2009.10.017

Nationalencyklopedin. (2019). *Validitet.* Hämtad 15 januari, 2019, från http://www.ne.se/uppslagsverk/encyklopedi/lång/validitet

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035

Nolte, A. G., Downing, C., Temane, A., & Hastings-Tolsma, M. (2017). Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing, 26*, 4364–4378. doi: 10.1111/jocn.13766

Møller-Madsen, J., & Frederiksen, K. (2008). Kald eller profession: forskellige opfattelser af forholdet mellem kald og sygepleje. *Vård i Norden, 28*(1), 36-40. doi: 10.1177/010740830802800109

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

Ozolins, L. L., Hörberg, U., & Dahlberg, K. (2015). Caring touch – patients' experiences in an anthroposophic clinical context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 29,* 834-842. doi: 10.1111/scs.12242

Pattenden, J. F., Roberts, H., & Lewin, R. J. (2007). Living with heart failure; patient and carer perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 6*(4), 273–279. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Resource manual for nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Rehnsfeldt, A., & Arman, M. (2005). Livsförståelseetik och vittnesbörd – vårdetiska aspekter. *Vård i Norden, 25*(3), 19-23. doi: 10.1177/010740830502500305

Richardson, C., Percy M., & Hughes, J. (2015). Nursing therapeutics: Teaching student nurses care, compassion and empathy. *Nurse Education Today, 35*(5), 1-5. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.016

Sacco, T. L., & Copel, L. C. (2018). Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing forum, 53*(1), 76-83. doi: 10.1111/nuf.12213.

Sandman, L., & Kjellström, S. (2013). *Etikboken: Etik för vårdande yrke.* Lund: Studentlitteratur AB

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 24 oktober, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag.* Hämtad 24 oktober, 2018, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetslag-2010659_sfs-2010-659

Smith, K. V., & Godfrey, N. S. (2002) Being a Good Nurse and Doing the Right Thing: A Qualitative Study. *Nursing Ethics*, 9, 301-312. doi: 10.1191/0969733002ne512oa

Snellman, I. (2014). Vårdrelationer: en filosofisk belysning. I F. Friberg & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt (*2. uppl., ss.349-462). Lund: Studentlitteratur AB.

Statistiska centralbyrån. (2017). *Sjuksköterskor utanför yrket.* Hämtad från https://www.scb.se/contentassets/a5ea39c65d9b49748834329da112581f/uf0549_2016a01_br_a40br1703.pdf

Straughair, C. (2012). Exploring compassion: implications for contemporary nursing. Part 2. *British journal of nursing, 21*(4), 239-240. doi: 10.12968/bjon.2012.21.4.239

Stubberud, D., & Gulbrandsen, T. (2009). *Intensivvård: avancerad omvårdnad och behandling* (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur

Svenska Akademien. (2018). *Svenska Akademiens ordböcker: SAOL*. Stockholm: Svenska akademien.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor.* Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2009). *Svensk sjuksköterskeförening om… Sjuksköterskans profession*. Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/om.sjukskoterskans.profession_webb.pdf

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad.* Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf

Todaro-Franceschi, V. (2015). *Samvetsstress och utmattningssyndrom inom omvårdnad* (1. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Travelbee, J. (1977). *Interpersonal aspect of nursing.* Philadelphia: F.A Davis Company.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer.* Lund: Studentlitteratur.

Valdesolo, P., & DeStano, D. (2011). Synchrony and the social tuning of compassion. *Emotion, 11*(2), 262-266. doi: 10.1037/a0021302

Vetenskapsrådet. (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.* Hämtad från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

Vetenskapsrådet. (2017). *God forskningssed.* Hämtad från https://www.vr.se/download/18.2412c5311624176023d25b05/1529480532631/God-forskningssed_VR_2017.pdf

Wiklund-Gustin, L., & Bergbom, I. (2017). *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur AB.

Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Rahmani, A., van der Cingel, M., & Ghafourifard, M. (2018). Factors facilitating nurses to deliver compassionate care: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 32*(1), 92-97. doi: 10.1111/scs.12434

BILAGA A - Brev till verksamhetschef
Stockholm 2018-10-30

Till verksamhetschefen Xxxx Xxxxx

Avd Xxxx, Sjukhus Xxxx

Hej,
Vi heter Isabelle Eriksson och Margit Evensen Haugholt och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Vi har valt att rikta in oss på sjuksköterskor inom sluten somatisk vård. Området som ska studeras berör sjuksköterskors strategier att visa medkänsla på ett professionellt sätt. (var god se nästa sida för sammanfattning av studiens innehåll och uppläggning). Vi är därför mycket intresserade av få genomföra arbetet vid någon/några av Xxx avdelningarna vid Xxx sjukhus.

Om Du godkänner att studien genomförs vid någon av Xxx-avdelningarna på Xxx sjukhus är vi tacksamma för din underskrift av denna bilaga som därefter returneras via mejl. Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs vid någon av Xxx avdelningarna är vi tacksamma för besked om detta. Har Du ytterligare frågor rörande undersökningen är Du välkommen att kontakta oss eller vår handledare.
Vänlig hälsning

Students namnteckning
_____

Students namnförtydligande:
Isabelle Eriksson

Students telefonnummer: *

Students E-postadress: *

Students namnteckning
_____

Students namnförtydligande:
Margit Evensen Haugholt

Students telefonnummer: *

Students E-postadress: *

Handledares namnteckning

_____

Handledares namnförtydligande Louise Eulau

Handledares telefonnummer *

BILAGA B - Sammanfattning av arbetets upplägg och innehåll och godkännande till studien

Titel
Att förmedla medkänsla professionellt - Sjuksköterskors strategier att förmedla medkänsla i mötet med patienter inom sluten somatisk vård.

Problemområde

Vi som sjuksköterskestudenter har förstått att vården står under stora utmaningar. Enligt SCB väljer 1 av 10 utbildade sjuksköterskor att lämna yrket varpå sjuksköterskebrist råder över hela landet. Bristen på sjuksköterskor medför att vårdavdelningar tvingas stängas ned och befintliga avdelningarna blir överbelagda. Resultatet blir: krävande arbetssituationer med många patienter och lite tid. Enligt Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) är sjuksköterskor förpliktiga att ge omvårdnad till varje enskild patient med omsorg. Efter att ha tagit del av vetenskapliga artiklar kan vi dock konstatera att den personliga relationen till patienten inte alltid prioriteras eller upplevs hinnas med.

I ett utdrag ur ICN:s etiska kod beskrivs sjuksköterskan kunna uppvisa professionella värden som medkänsla (Hommel, 2017). Att som sjuksköterska, i dagens vårdmiljö, inte känna att man kan leva upp till dessa värden kan medföra känslor av hopplöshet, otillräcklighet och utmattning.

Syftet med arbetet

Med denna studie vill vi undersöka hur sjuksköterskor i dagens arbetsmiljö ser på begreppet medkänsla. Vilka strategier används för att visa medkänsla i mötet med patienter samt undersöka hur man som sjuksköterska förmedla medkänsla utan att själv övergå i ett tillstånd av utmattning.

Specifika frågeställningar

· Hur beskriver sjuksköterskor begreppet medkänsla

· Vilka strategier används för att förmedla medkänsla i mötet med patienter.

· Hur förmedlar sjuksköterskor medkänsla utan att själv övergå i ett tillstånd av utmattning

Arbetets design och metod för datainsamling

Studien kommer vara av kvalitativ art och genomföras med hjälp av kvalitativa semistrukturerade intervjuer. För att få ett godtyckligt resultat vill vi intervjua mellan 6-8 sjuksköterskor varav varje intervju beräknas ta mellan 20-30 min.
Vi kommer utifrån en intervjuguide ha tre övergripande frågeställningar med tillhörande följdfrågor för att kunna besvara syfte och frågeställningar. Utefter intervjusvaren kommer vi analysera materialet utifrån en innehållsanalys och koppla dessa till vårt bärande begrepp medkänsla.

Urvalskriterier för denna studie är sjuksköterskor som har arbetat på arbetsplatsen max 2 år. Anledningen till våra urvalskriterier är att delvis se hur man som relativt nyutexaminerad finner sig i sin professionella roll som sjuksköterska.

Etiska överväganden

En enskild ljudupptagnings-apparatur kommer att användas och innehållet kommer att raderas efter färdig transkribering. Detta innebär att intervjuerna inte kommer att sparas och där enbart vi som författare har tillgång till materialet. Vi är också måna om att deltagandet sker frivilligt och att man när som helst under studiens gång kan välja att avbryta sin medverkan. Deltagare, verksamhetschef och specifik arbetsplats kommer att behandlas anonymt och i linje med konfidentialitetskravet och god forskningsetik (Vetenskapsrådet 2017).

Den planerade tidsperioden för intervjuerna är vecka 46-48.

Med vänliga hälsningar
Isabelle Eriksson & Margit Evensen Haugholt
Sophiahemmet Högskola

Godkännande av medverkan i studien

Jag godkänner härmed att Isabelle Eriksson och Margit Evensen Haugholt får utföra studien "Att förmedla medkänsla professionellt" vid Xxxx-avdelningen, Xxx sjukhus under tidsperioden november 2018.

_____
Ort, datum

_____
Namnteckning, Verksamhetschef

_____
Namnförtydligande

BILAGA C - Information till deltagarna

Hej!

Vi heter Isabelle Eriksson och Margit Evensen Haugholt och är sjuksköterskestudenter vid Sophiahemmet Högskola, termin 5, som ska genomföra ett självständigt arbete omfattande 15 högskolepoäng. Arbetet kommer publiceras i publikationsdatabasen DIVA den 21 januari 2019. Vårt arbete berör begreppet medkänsla och hur sjuksköterskor förmedlar medkänsla i mötet med patienter. Vi har valt att rikta in oss på sjuksköterskor inom sluten somatisk hjärtvård då vi gjort ett antagande, med stöd av litteraturen, om att sjukdom rörande hjärtat kan innebära en ökad oro hos patienterna. Vi är därför intresserade av att genomföra totalt 8 intervjuer med sjuksköterskor som arbetar inom hjärtsjukvård och som har arbetat max tre år med legitimation.

Problemområde
Vi som sjuksköterskestudenter har förstått att vården står under stora utmaningar. Enligt Statistiska centralbyrån väljer 1 av 10 utbildade sjuksköterskor att lämna yrket varpå sjuksköterskebrist råder över hela landet. Bristen på sjuksköterskor medför att vårdavdelningar tvingas stängas ned och befintliga avdelningarna blir överbelagda. Resultatet blir: krävande arbetssituationer med många patienter och lite tid. Vi som sjuksköterskor är förpliktigade att ge god omvårdnad och visa medkänsla till varje enskild patient med omsorg. Efter att ha tagit del av vetenskapliga artiklar kan vi dock konstatera att den personliga relationen till patienten inte alltid prioriteras eller upplevs hinnas med. Detta kan på sikt medföra känslor av hopplöshet, otillräcklighet och leda till utmattning.

Syftet med arbetet
Med denna studie vill vi undersöka och få insikt i hur sjuksköterskor i dagens arbetsmiljö ser på begreppet medkänsla. Vilka strategier som används för att förmedla medkänsla i mötet med patienter. Samt undersöka hur man som sjuksköterska förmedlar medkänsla utan att själv övergå i ett tillstånd av utmattning.

Etiska överväganden
En enskild ljudupptagnings-apparatur kommer att användas och innehållet kommer att raderas efter färdig transkribering. Detta innebär att intervjuerna inte kommer att sparas på någon enhet och där enbart vi som författare har tillgång till materialet. Vi är måna om att Ditt deltagande sker frivilligt och att Du när som helst under studiens gång kan välja att avbryta din medverkan. Respondenter, verksamhetschef och specifik arbetsplats kommer att behandlas anonymt. Information om Din rätt att avbryta ditt deltagande samt dina rättigheter som respondent kommer även återges vid intervjun.
Med vänliga hälsningar

Isabelle Eriksson Margit Evensen Haugholt

BILAGA D - Intervjuguide
Presentera studie och studiens syfte.
Informera kring informerat samtycke och rätten att vara anonym.
Informera kring frågornas upplägg, öppna frågor.

- **Vad är medkänsla för dig?**

  hur skulle du beskriva medkänsla

- **På vilka sätt eller Hur upplever du att du visar medkänsla i ditt arbete som sjuksköterska?**

  Upplever du att det finns situationer eller faktorer som underlättar din förmåga att förmedla medkänsla till patienter?

  Finns det situationer eller faktorer som du upplever försvårar din förmåga att förmedla medkänsla patienter?

  hur/vad gör du i dessa situationer för att förmedla medkänsla/medlidande?

- **Upplever du att arbetsmiljön påverkar din förmåga/möjlighet att förmedla medkänsla till patienterna? Och OM, hur?**

"Idag pratar man om något som kallas compassion fatigue, detta beskrivs som ett tillstånd där det empatiska/medkännande engagemanget kan leda till uttröttande och även utmattning.

- **Är detta något som du kan känna igen dig i?**

  Om ja, hur hanterar du i sådana fall detta? // Om inte, hur förhindrar du detta?

- **Finns det någonting som uppkommit under intervjun som du vill tillägga?**

Vill du ta del av undersökningen när den är klar?
Får vi höra av oss om vi har kompletterande frågor?

BILAGA E - Informerat samtycke

Jag samtycker härmed mitt deltagande i Isabelle Eriksson och Margit Evensen Haugholts studie “Att förmedla medkänsla professionellt” under tidsperioden november - januari 2018.

Jag har fått information om vem som har tillgång till den färdigställda studien och vart studien publiceras.

Jag är införstådd med att mitt deltagande sker frivilligt och att deltagandet i studien kan avbrytas när som helst under arbetets gång, utan att ifrågasättas, fram till publiceringsdatum, 21 januari 2019.

Mitt deltagande kommer att behandlas konfidentiellt. Ett fåtal citat kommer att förekomma i studien, utan risk för härledning.

_____
Ort, datum

_____
Namnteckning, deltagande SSK

_____
Namnförtydligande, deltagande SSK

_____	_____
Namnteckning, Isabelle Eriksson	Namnteckning, Margit Evensen Haugholt
Telefonnummer *	Telefonnummer *
Mejladress *	Mejladress *