

”EN UTMANING, SPÄNNANDE OCH VÄLDIGT VIKTIGT”

**Sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med ångest
inom specialiserad palliativ vård**

”A CHALLENGE, EXCITING AND VERY IMPORTANT”

**Nurses experiences of caring for patients with anxiety in
specialised palliative care**

Specialistsjuksköterskeprogrammet inriktning palliativ vård, 60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Avancerad nivå
Examensdatum: 2019-06-14
Kurs: Ht17

Författare:
Bernadetta Swierszcz

Handledare:
Maja Holm

Examinator:
Mia Bergenmar

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Ångest är ett vanligt förekommande symtom hos döende patienter, som ofta är underdiagnostiserat och därav också underbehandlat. Ångest är ett flerdimensionellt fenomen och kan ha flera bakomliggande orsaker. Olika skattningsinstrument kan hjälpa till att identifiera och behandla ångest och också utvärdera resultat av insatta åtgärder. Ångest kan komma till uttryck på många olika sätt och sjuksköterskan, genom sitt patientnära arbete, finner sig ofta stå inför dessa uttryck. Ångest hos patienten kan väcka många olika känslor hos sjuksköterskan vilket kan inverka på den vård hen ger till patienten.

Syfte: Att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård.

Metod: En empirisk, kvalitativ analys genomfördes med sex sjuksköterskor vilka alla hade erfarenhet av specialiserad palliativ vård. En intervjuguide med semistrukturerade frågor användes vid insamling av data. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier: sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med ångest, känslor som väcks i mötet med ångestfyllda patienter och faktorer för att balansera arbete och fritid.

Slutsats: I studien framkommer att det finns vissa svårigheter med att identifiera och bemöta ångest. Goda färdigheter i kommunikation med patienten betonas. Studien visar att det finns förutsättningar för en god lindring av ångest på den palliativa verksamhet där studien utförts, men även att vård av patienter med ångest inom palliativ vård behöver utvecklas. Detta för att patienter med ångest ska få bästa möjliga hjälp med symtomets lindring. Användning av ett adekvat skattningsinstrument kan betydligt underlätta identifiering av symtomet och en lämplig behandling utifrån ångestens orsaker och även att initiera samtal om det som patienten upplever som extra viktigt eller svårt.

Nyckelord: Erfarenhet, Sjuksköterska, Palliativ vård, Patient, Ångest

ABSTRACT

Background: Anxiety is a frequently existing symptom among dying patients and is often underdiagnosed and hence also undertreated. Anxiety is a multidimensional phenomenon with several causal factors. A variety of assessment-tools may help identify and treat anxiety and also evaluate results of various treatments. Anxiety may show in many different ways and nurses, through their bedside approach, often come to see these manifestations up close.

Purpose: To describe nurses experiences in caring for patients with anxiety in specialised palliative care.

Method: An empiric, qualitative approach was performed by interviewing six nurses, all experienced in specialised palliative care nursing. An interview-guide using semi-structured questions was put together for data-collection. The material was analysed using content analysis.

Results: The content analysis resulted in three categories: nurses experiences of working with anxious patients, emotions triggered by meeting angst-ridden patients, and factors for balancing work and leisure.

Conclusion: Dataanalysis shows some difficulties in identifying and treating patient anxiety. Well-developed communication-skills are emphasized. According to this study preconditions exists for good relief of anxiety at the health care facilities where this investigation was performed. However, generally caring for patients with anxiety needs improvement to ensure anxious patients the best possible relief of their symptom. The use of assessment tools can significantly improve identification and treatment evaluation of this symptom and also helps to initiate dialogue around matters that patients experience as greatly important or difficult.

Keywords: Anxiety, Experience, Nurse, Palliative care, Patient

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Ångest	1
Palliativ vård.....	4
Sjuksköterskans ansvar	5
Medlidande	6
Teoretisk förankring	8
Problemformulering.....	8
SYFTE	8
METOD	9
Ansats	9
Design	9
Urval	9
Databearbetning	11
Dataanalys.....	11
Forskningsetiska övervägande	13
RESULTAT	14
Sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med ångest.....	14
Faktorer för att balansera arbete och fritid	21
DISKUSSION	23
Resultatdiskussion	23
Metoddiskussion	29
Slutsats.....	32
Klinisk tillämpbarhet	32
REFERENSER	34

Bilaga A- Förfrågan till verksamhetschef

Bilaga B - Förfrågan om deltagande i forskningsintervju

Bilaga C- Förslag till intervjuguide

BAKGRUND

Ångest

Om ångest

Ångest definieras som ett emotionellt tillstånd som kan ge upphov till obehag med stark rädsla eller oönskade och besvärliga fysiska symtom (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). I palliativ vård är ångest ett vanligt symtom, som dessutom ofta är underdiagnostiserat och underbehandlat (Omran & Lundström, 2017; Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). Att känna oro inför den kommande döden är naturligt, men det är viktigt att uppmärksamma skillnaden mellan den naturliga oron och den som utvecklas till en orimlig ångest som innebär ett stort lidande för patienten (Omran & Lundström, 2017).

Enligt Skärsäter (2009) kan ångest vara allt från ett normalt sätt att reagera inför en fara eller hot till att ses som ett patologiskt tillstånd. Ångesten kan bestå i en orimlig, oförklarlig och skrämmande känsla. Ångestbesvär kan orsakas av dyspné eller smärta, men även vara resultatet av abstinens från rökning, alkohol eller bensodiazepiner (Albinsson & Strang, 2012; Axelsson, 2016, Läkemedelsverket, 2015). Även läkemedel som kortison, antikolinergika eller nyinsatt antidepressiv medicinering kan ge ångest som biverkan (Läkemedelsverket, 2015; Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Ångestreaktionen sätter igång både fysiska och psykiska processer som väcker olika sinnen och sätter in alla krafter till försvar eller flykt (Skärsäter, 2009). Den kan utlösa en känsla av kaos, katastrof eller förlust av kontroll. Kroppen reagerar med bland annat hjärtklappning, hyperventilering, tryck över bröstet, andnöd, dödsskräck, svettningar samt ökad muskelspänning (Albinsson & Strang, 2012; Axelsson, 2016; Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016; Sjöström & Skärsäter, 2014; Skärsäter, 2009). Enligt Regionalt Cancercentrum (2016) påverkar ångest människans dimensioner. På ett fysiskt plan försämras orken och upplevelsen av smärta ökar. Psykiskt sett kan oro och ångest orsaka koncentrationssvårigheter, försvagat minne, irritabilitet och labilitet. Sociala kontakter kan också försvåras då en ångestfylld person kan ta all kraft från sina närstående. Ur ett existentiellt perspektiv kan ångest öka känslan av ensamhet och utsatthet vilket kan försämra livskvaliteten betydligt.

Det finns ett starkt samband mellan kropp och själ. Strang (2018) beskriver att ångest kan dämpas genom en känsla av gemenskap. Det här kan lindra upplevelsen av smärta hos en döende person som befinner sig i en existentiell kris. Strang (2018) förklarar det här med att fysiska symtom aktiverar dödsångesten. Denna oväntade medvetenhet om kroppens signaler kan resultera i att symtom som smärta upplevs starkare vilket får ångest att eskalera.

Strang (2018) och Sand och Strang (2013) skiljer på begreppen ångest och rädsla eller oro. Enligt författarna har rädsla ett fokus och personen vet vad hen är rädd för. Om man vet vad man är rädd för har man en möjlighet att konfrontera sina rädslor.

Ångest beskrivs som en rädsla utan fokus, vilket betyder att personen inte vet vem eller vad hen ska försvara sig emot och den här känslan kan vara förlamande. Rädslor för framtida svåra symtom kan lätt lindras genom att förklara patienten att de flesta symtom går att lindra även i livets absoluta slutskede (Sand & Strang, 2013).

Dödsångest / Livsångest

Dödsångest beskrivs som ångest för icke-existens, det vill säga människans skräck för att inte finnas till (Sand & Strang, 2013). Det finns olika former av dödsångest. Dessa består av en *”döende-ångest”* som handlar om rädsla för det möjliga lidandet, en *”dödsögonblicks-ångest”* som har både ett medicinsk och en andlig del, samt en *”vad händer efter döden-ångest”* som är en stark allmänmänsklig, existentiell urångest. Enligt Strang (2018) och Sand och Strang (2013) handlar den egentliga dödsångesten om själva döden och att människan ska skiljas från livet med allt vad det innebär. En huvudkälla till dödsångest är separationsångest, där döden medför en definitiv separation från familj och vänner, sammanhang och själva livet. Den andra ledande orsaken till dödsångest grundas i förintelseångest, då tanken på döden som ett upphörande eller en utplåning är skrämmande och svår att ta till sig. Detta handlar om en djupt existentiell ångest, personens vara eller icke-vara.

Flera studier visar att dödsångest är vanligt bland personer med livsförkortande, inkurabla sjukdomar. Strang, Ekberg-Jansson & Heno (2014a) visade att de klassiska symtomen vid kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) med bland annat andfåddhet och lufthunger hos den sjuke förutom dödsångest även kunde ge livsångest. Tankar om framtiden med ytterligare försämring i sjukdomen, kan göra att det känns omöjligt att fortsätta leva. Känslan av separationsångest, dvs att lämna sina nära och kära är vanlig hos patienter med svår KOL.

Andra fall av döds- och livsångest har synliggjorts i flera olika studier. En studie av Adelbratt och Strang (2000) visade att separation från familj och vänner, den osäkra framtiden, men även både oroande symtom och *”ofarliga”* situationer som lukt av sjukhus förknippade med cancer, lidande och död, aktiverade ångest hos patienter med hjärntumörer. I en annan studie av Ozanne, Graneheim och Strang (2013) framkom att hos patienter med amyotrofisk lateral skleros (ALS) väcktes dödsångest vid tanken på att deras fysiska funktioner successivt skulle försvinna så att de en dag till slut inte skulle kunna andas själva. De uppgav att själva resan mot döden var mer skrämmande än den faktiska döden och de upplevde att deras ångest tog över hela tillvaron.

Peters et al. (2013) fann i sin studie att sjuksköterskors attityd till döden, det vill säga rädsla för döden, negativt kunde påverka deras villighet att vårda patienter i livets slutskede och även att diskutera död och döende med sina patienter. Även en annan studie av Sekse, Hunskaar och Ellingsen (2018) visade att sjuksköterskornas attityder till döden och deras personliga kompetens hade en inverkan på vården som de erbjöd.

Skattningsinstrument

Ett vanligt skattningsinstrument för att mäta ångest är Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Atkin, Vickerstaff & Candy, 2017). Då detta instrument är både omfattande och svår att utvärdera är det inte vanligt förekommande inom palliativ vård (Holm & Alvariza, 2018; Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). Användning av skattningsinstrument som är validerade för palliativ vård är bra verktyg för att identifiera ångest och för att utvärdera resultat av olika åtgärder. Till dessa hör ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scale) och IPOS (Integrated Palliative care Outcome Scale) (Holm & Alvariza, 2018; Hui et al., 2015; Beck et al., 2017).

ESAS bedömer olika vanligt förekommande symtom hos patienter inom palliativ vård, där oro/ångest finns med som en variabel (Bruera et al., 1991). Lundh Hagelin, Klarare och Furst (2017) har genomfört en svensk validering av den reviderade versionen av ESAS (ESAS-r) som består av nio symtom samt ett för patienten valbart besvärande symtom. Dokumentet innehåller även en figur för att lätt kunna beskriva var på kroppen patientens besvär sitter. Det föreligger också en tom skala för symtom som patienten själv kan uppgge.

IPOS är ett mer omfattande instrument som tar upp frågor som berör fysiska, psykologiska, sociala och existentiella områden (Palliativ Utvecklingscentrum, uå). Blanketten inkluderar även frågor om närståendes oro, patientens informationsbehov och praktiska problem. IPOS är ett relativt nytt skattningsinstrument som kommer från Storbritannien och som har översatts till svenska och validerats både avseende svenska språket och kulturellt sammanhang (Beck et al., 2017). Resultaten från skattningen kan underlätta för vårdpersonal att initiera samtal med patienten om hans symtom och på så sätt hjälpa patienten att fundera över sina egna resurser och strategier för att kunna hantera sin ångest (Holm & Alvariza, 2018).

Behandling av ångest

Terapin ska i första hand riktas mot utlösande faktorer (Albinsson & Strang, 2012; Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). Det viktigaste i att motverka och lindra ångest är ett bra palliativt förhållningssätt med samtal och stöd som ges utifrån patientens villkor. Närvaro och samtal är primära åtgärder innan medicinering övervägs. Som farmakologisk behandling vid oro och ångest används vanligen benzodiazepiner men också antidepressiva läkemedel samt neuroleptika (Albinsson & Strang, 2012; Läkemedelsverket, 2015; Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016).

Syftet med behandlingen är att lindra ångesten utan att påverka patientens vakenhet (Albinsson & Strang, 2012). Eftersom ångest ofta är som starkast kvällstid rekommenderas att man försöker komma tillrätta med sömnstörningar innan läkemedelsbehandling mot själva ångestproblematiken sätts in. En studie av Brugnoli et al. (2018) visar att klinisk hypnos kan betraktas som en effektiv adjuvant behandling vid smärta och ångest hos patienter med allvarliga kroniska sjukdomar som får palliativ vård.

Palliativ vård

Palliativ vård definieras som hälso- och sjukvård som ska lindra lidande och främja livskvaliteten för patienter med progressiv och inkurabel sjukdom eller skada och som innebär att ta hänsyn till fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov samt organiserat stöd till närstående (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016). Den bygger på ett så kallat palliativt förhållningssätt som präglas av helhetssyn på människan genom att hjälpa personen att leva värdigt och med bästa möjliga välbefinnande till livets slut. Palliativ vård erkänner det invecklade förhållandet mellan patientens olika dimensioner och har som mål att erbjuda en god symtomkontroll och symtomhantering. Detta är en grundpelare inom palliativ vård, oavsett om symtomet eller problemet är av fysisk, psykisk, social eller existentiell karaktär (Nyatanga, 2016; Strang, 2012). Eftersom en effektiv symtomkontroll hjälper patienten att känna en viss grad av kontroll och autonomi ökar den samtidigt personens livskvalitet (Heins et al., 2018). Dödsångest minskas med effektiv symtomkontroll och ökar när den sviktar (Strang, 2012). Från personalens perspektiv handlar en god palliativ vård både om att "göra" och att "vara" vilket innebär att göra patienten så symtomfri som möjligt och att finnas till som psykologiskt stöd. Den palliativa vården inkluderar en allmän palliativ vård och en specialiserad palliativ vård (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016).

Det finns inte någon enkel eller tydlig definition av specialiserad palliativ vård enligt Abel, Kellehear & Karapliagou (2018). Enligt författarna ligger WHO:s definition av palliativ vård som en underrubrik under "cancer" och det existerar inte någon specifik hänvisning till diagnoser eller tillstånd som inte är cancerberoende. Abel et al (2018) menar att patienter utan cancerdiagnos är underrepresenterade i specialiserad palliativ vård, även om de har jämförbara behov som patienter med cancer. Dock har nyligen International Association for Hospice and Palliative Care, IAHPC, kommit med en kompletterad definition av vad palliativ vård innebär. De beskriver att de viktiga aspekterna är att palliativ vård innefattar vård av alla patienter med svårt sjukdomsrelaterat lidande, att patientens och närståendes kulturella värderingar uppmärksammas samt att palliativ vård ska kunna ges ut med sjukdomsinriktad terapi (Fürst, 2019).

Skillnaden mellan specialiserad och allmän palliativ vård kan bättre förstås om man tar hänsyn till graden av vårdbehov (Abel et al, 2018). Allmän palliativ vård ges till patienter vars behov kan tillfredsställas av personal med grundläggande kunskap och behörighet inom palliativ vård (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016), medan specialiserad palliativ vård utförs av ett multiprofessionellt team med fördjupad kompetens om hur man behandlar patienter med komplexa symtom eller vilkas livssituation resulterar i specifika behov (Regionala Cancercentrum i samverkan, 2016).

Kompetensområden där den specialiserade palliativa vården kompletterar och stödjer den allmänna palliativa vården är bland annat lindring av mångfacetterade och svåra symtom som smärta, ångest, illamående, andnöd; vård och behandling av patienter i livets slutskede med svåra symtom eller psykosociala behov och omhändertagande av deras närstående; stöttning av välavvägda etiskt grundade beslut om att avsluta behandling som inte längre är till nytta och dialog kring detta med inblandade parter (Socialstyrelsen, 2018).

Vid specialiserad palliativ vård krävs mycket ofta en komplex bedömning med specialiserad terapeutisk kunskap, exempelvis vid komplicerad ångest, medan man i allmän palliativ vård kombinerar ”rutinvård” med social omsorg för att patienten ska kunna leva med sitt tillstånd hemma (Abel et al, 2018). Inom ramen för specialiserad palliativ vård har många patienter dessutom omfattande eller komplicerade sociala behov. Enligt Abel et al (2018) kan specialiserad palliativ vård bli aktuellt inom många olika specialiteter inom sjukvården, både vad gäller patienter som inte behöver omfattande stöd, såväl som de som behöver en komplex vård inom olika vårdinrättningar och som befinner sig i olika stadier av sin sjukdom.

Sjuksköterskans ansvar

International Council of Nurses, (ICN:s), etiska kod för sjuksköterskor beskriver att sjuksköterskor i vårdarbetet ska arbeta för att mänskliga rättigheter, värderingar och religiösa övertygelser respekteras (Svensk Sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan ska visa professionella värden som respekt, lyhördhet, medlidande och trovärdighet.

Sjuksköterskan inom palliativ vård behöver specifika kunskaper för att kunna möta den svårt sjuke patienten och dennes familj (Friedrichsen, 2012). Sjuksköterskan är ansvarig för att genomföra omfattande symtombedömningar, erbjuda evidensbaserade insatser och utvärdera dessas effekter (Fitch et al., 2015; Hagan et al., 2018; Sekse et al., 2018). Förutom en central målsättning vad gäller symtomlindring har sjuksköterskan också ett stort ansvar för att skapa en förtroendefull relation med patienten med strävan efter balans så att relationen varken blir för ytlig eller för känslös. Om sjuksköterskan lyckas med detta kan resultatet bli en omformulering av patientens och familjens förhoppningar och hjälpa dem att flytta målet från bot till en mer realistisk uppfattning om prognos och behandling (Dobrina et al., 2014). Denna process ger patienter och familjer möjlighet att hantera viktiga problem, förbättra deras förmåga att klara av en livshotande sjukdom och öka livskvalitet.

Kommunikation är en viktig del av sjuksköterskans roll, både den verbala och den icke-verbala (Friedrichsen, 2012). För att kunna kommunicera väl krävs lyhördhet och skicklighet och sjuksköterskan ska kunna avgöra när hon bör tala eller när hon hellre borde vara tyst eller hänvisa till någon annan om behov av samtal utöver hennes kompetensområde uppstår. Det är viktigt att vara ärlig, respektfull och ödmjuk i sin kommunikation. Kommunikationen ska vidare anpassas efter omständigheterna, och kan röra sig mellan att vara ytlig, präglas av humor eller vara djupt existentiell.

Specialistsjuksköterskan i palliativ vård ska på ett öppet och ärligt sätt ha modet att möta patientens existentiella frågor gällande liv, död och döende. Hen ska genom lyhördhet och närvaro kunna öppna upp för samtal om rädsla och oro för vad döden innebär (Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad [SFPO], 2019).

Sjuksköterskor inom palliativ vård ska ha förmåga att förklara komplex information, eftersom patienter ofta söker klarhet i sjukdomsprogression, läkemedel och vårdplan (Schroeder & Lorenz, 2018). Hen måste kunna kommunicera denna information till både patient och familj. Det ligger inom hens omvårdnadsområde att förklara och utbilda patienter och familjer på symtom och behandlingar genom livets slut, inklusive medicinering.

Specialistsjuksköterskan inom palliativ vård ska kunna ha förståelse för och kunna lindra svåra symtom samt utvärdera vidtagna åtgärder (SFPO, 2019). Hen ska ha expertkunskap inom palliativ vård inklusive patofysiologi av sjukdomar och också besitta avancerad kunskap om hur man tar hand om personer med allvarlig livshotande sjukdom (Schroeder & Lorenz, 2018). Hen ska självständigt bedöma, planera, åtgärda och utvärdera palliativa insatser inom sitt yrkesområde (SFPO, 2019).

Sjuksköterskan har i sin yrkesroll också en uppmuntrande och stödjande funktion, vilket kan underlätta livssituationen och känslan av välbefinnande för patienten (Friedrichsen, 2012; Sekse et al., 2018). Hen ska kunna tillgodose patientens omvårdnadsbehov ur ett mångdimensionellt perspektiv (SFPO, 2019). För detta behöver hon ha en fördjupad kunskap om psykosociala, kulturella och existentiella aspekter som kristeori, copingstrategier, transition och psykosociala stödsystem. Att underlätta för patienten kan handla om att ge en enkel information som är anpassad till dennes och familjens nivå. Hen kan också stötta den sjuke genom att vara närvarande. Närvaron kan präglas av en aktiv passivitet där en tyst gemenskap, koncentration, förståelse och uppmärksamhet finns (Friedrichsen, 2012).

I samband med vård i livets slutskede ska sjuksköterskan kunna känna igen övergången från en tidig till en sen palliativ fas och ha förmågan att ge individanpassad vård (SFPO, 2019). Efter patientens resurser och tillstånd bedrivs specifik omvårdnad och symtomlindring för den enskilde individen. Omvårdnad ska anpassas efter individens preferenser, önskemål och värderingar (Fitch et al, 2015). Den palliativa specialistsköterskan har en viktig roll att lyssna på patienters oro och stödja dem så att de kan upprätthålla kontrollen fram till slutet av livet (Dobrina et al., 2014; Fitch et al, 2015; Sekse et al., 2018). Vidare är patientutbildning och emotionellt stöd för både patienten och dennes familj viktiga ansvarsområden för sjuksköterskan.

Specialistsjuksköterskan inom palliativ vård ska ta hand om hela personen och stödja dennes familj i svåra situationer tack vare sina goda kliniska kunskaper och färdigheter och även kompetens för att hantera interpersonella problem och hjälpa patienten och dennes familj att gå igenom de beslut de måste göra (Dobrina et al., 2014; Fitch et al, 2015; Sekse et al., 2018). Sjuksköterskan inom palliativ vård behöver även ha en förmåga att särskilja både egna och andras sätt att reagera före, under och efter döden.

Medlidande

Medlidande har traditionellt varit ett kännetecken för vård av döende (Mills et al., 2017). Begreppet används för att beskriva hur individen blir påverkad av den andres situation så att hen vill agera för den andre (Schroeder & Lorenz, 2018; Wiklund Gustin, 2017). Medlidande betyder att med en djup medvetenhet om en annans lidande, lida med denne och agera utifrån sin önskan att lindra den andres lidande (Schantz, 2007; Sharp et al., 2016). I litteratur som beskriver engelskspråkig forskning och vårdvetenskap översätts begreppet till ”compassion” vilket innebär både medlidande eller medkänsla.

I en studie av Sinclair et al. (2018) beskriver vårdpersonal som vårdar patienter i en palliativ kontext att dygder som kärlek, acceptans, ärlighet, äkthet, ödmjukhet och vänlighet är kännetecken för medlidande. Enligt dem ska patienten inte betraktas som en sjukdom, en kropp eller en ”patient” utan som en människa med sin livshistoria. Patienter bekräftar att vänlighet, ärlighet och äkthet är dygder som står bakom vårdpersonalens medkänsla, men de betonar att kärleken är den viktigaste (Sinclair et al., 2017).

En medlidande kärlek beskrivs av patienterna som ovillkorlig, oberoende av beteende, släktskap, förtjänst och bortser även från vårdarens egna känslomässiga tillstånd när mötet sker (Sinclair et al., 2017). En annan studie av Sinclair et al. (2016) beskriver att patienter identifierar medlidande med dygder som är nödvändiga när sjuksköterskan visar medlidande. När patienterna fick omvårdnad av vårdpersonal som inte visade medlidande beskrev patienterna att personalen inte var dygdiga.

Det som kännetecknar en medkännande hållning är tålmod. Att kunna vara närvarande och bära de känslor som uppkommer. Att genom lyhördhet kunna uppfatta andras lidande och behov, samt att vara icke-dömande, att "bry sig om". Det innefattar även förmågan till sympati, att leva sig in i den andres situation och kunna se ur dennes perspektiv samt identifiera de känslor som växer hos personen själv i mötet med den andre, hellre än delande av känslor (Wiklund Gustin, 2017).

Av den orsaken ska patienten accepteras med alla hens attityder, beteenden och frustrationer som ofta är relaterade till dennes svåra situation. Vårdpersonalen i Sinclair et al (2018) rekommenderar att i varje möte med patienten skapa en terapeutisk relation med denne genom att bland annat vara fullständigt närvarande och uppmärksam på alla tecken på lidande. Genom ett aktivt lyssnande kan en djupare förståelse för patienten och hens individuella behov skapas. Detta kallas relationell kommunikation. Enligt Schantz (2007) innebär medlidandet en utmaning för vårdaren då denne sätter sig in i och deltar i en annan persons lidande. Medlidandet kräver mod att visa sig svag med de svaga, sårbar med de sårbara och maktlös med de maktlösa. Medlidandet handlar om att helt fördjupa sig i en annan människas situation för att kunna hjälpa henne (Schantz, 2007). Sinclair et al. (2016) menar att sjuksköterskan måste sätta sig in i patientens situation för att kunna bekräfta patientens känslor.

Även Wiklund Gustin (2017) beskriver att det är svårt att möta lidande patienter eftersom vårdaren måste sätta sin bekvämlighet på spel. Vid ett möte med en lidande patient borde vårdaren kunna bekräfta och acceptera på ett empatiskt sätt men också konfrontera egna känslor av obehag och svaghet för att orka stanna kvar hos patienten som har det svårt. Som sjuksköterska behöver man lägga märke också till det som inte blir sagt, till exempel stunder av tystnad och icke-verbala signaler för att inte missa patientens osynliga lidande (Sinclair et al 2018). Patienter beskriver medkänsla som en orienterad handling för att lindra deras lidande (Sinclair et al. 2016; Sinclair et al. 2017). De förklarar medlidande som små subtila gärningar som står utanför det vanliga vårdarbetet. Enligt patienterna lättar medlidande på lidandet, ökar välbefinnandet och förbättrar upplevelsen av vårdkvaliteten.

Schroeder och Lorenz (2018) skriver att medkänsla hos sjuksköterskan om sig själv kan bidra till att förhindra utbrändhet, medan medkänsla om patienter och deras familjer bidrar till att skapa en stödjande och tillitsfull relation som är särskilt viktig när symtom förändras eller förvärras eller när döden närmar sig.

Teoretisk förankring

Watsons (1993) teori för omvårdnad med fokus på den transpersonella omsorgsrelationen används för detta arbete. Den transpersonella omsorgsrelationen innebär att sjuksköterskan och patienten förenas i ett möte där stor respekt för varandra finns. För att detta möte ska kunna ske behöver sjuksköterskan ha en god förmåga att uppfatta den andres känslor och inre tillstånd samt att kunna bedöma och ha kännedom om patientens tillstånd. Den här kunskapen ger sjuksköterskan möjlighet att kunna ingripa i tillståndet med handlingar, beröring, gester och blickar. Sjuksköterskan ska även känna en förening med den andre. Ytterligare en förutsättning för den transpersonella omsorgsrelationen är att sjuksköterskan använder sig av sin egen livshistoria och tidigare livserfarenheter, sina kunskaper och sin personliga mognad i mötet med patienten. Dessa kan bidra till en ökad självkänsla både hos sjuksköterskan och patienten. En högre självkänsla ger en ökad harmoni och tillgång till egna självläkande processer och till förmågan att hitta en mening med existensen. Watson anser vidare att den transpersonella omsorgsrelationen bygger på att en människas uttryck för sina känslor kan påverka en annan människa att uppleva en liknande sinnesstämning. Det konstfulla i omsorgen är att kunna ta emot den andres känslor och uppleva dessa känslor själv för att sedan kunna uttrycka dem på ett sådant sätt att den andre kan återuppleva dem mera helt och fullt. Genom detta skapar sjuksköterskan en förening med patienten på en högre nivå än det fysiska, vilket möjliggör att patienten upplever självhelande och finner en inre kraft och mening. Sjuksköterskans transpersonella omsorg, där känslorna befrias, bekräftar patienten och underlättar personen att acceptera sig själv som hen är.

Problemformulering

I palliativ vård är ångest ett vanligt symtom. Ångest kan komma till uttryck på många olika sätt och sjuksköterskan, genom sitt patientnära arbete, står ofta inför dessa olika uttryck. Forskning betonar vikten av att sjuksköterskan i den palliativa vården ska kunna bemöta patienters oro och ångest och även kunna hjälpa patienter att hantera dessa symtom. Ångest hos patienten kan väcka många olika känslor hos sjuksköterskan. Detta leder i vissa fall till att hen tvivlar på sin egen kunskap och förmåga vilket återspeglas i att hen blir osäker på sig själv i kontakten med den ångestfyllda patienten. Resultatet av detta blir att patientens ångest inte bemöts eller lindras på rätt sätt eller, i värsta fall, inte alls. Författaren vill genom denna studie undersöka sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter med ångest. Upplever sjuksköterskor i palliativ vård att det är svårt att möta patienter med ångest? Känner de att de har rätt verktyg/kompetens i hanteringen av ångest?

SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård.

METOD

Ansats

Författaren har valt att tillämpa en kvalitativ ansats och använda induktiv intervjustudie som metod. Enligt Polit & Beck (2017) är det syftet som styr vilken ansats som bör väljas. Kvalitativa forskningsmetoder används för att analysera och beskriva egenskaper hos olika fenomen (Jakobsson, 2011; Polit & Beck, 2017) så som sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård. Studien lämpar sig därför för en kvalitativ ansats. En empirisk studie innebär att den är grundad i verkligheten och baseras på erfarenhet (Jakobsson, 2011) Denna erfarenhet kan bestå av berättelser som forskaren erhåller genom att intervjua vissa nyckelpersoner (Priebe & Landström, 2012). Med en induktiv studie menas att den så förutsättningslöst som möjligt ska observera och studera det bestämda fenomenet för att sedan beskriva detta på ett så korrekt sätt som möjligt. Utifrån detta kan forskaren formulera teoretiska begrepp eller dra slutsatser som kan beröra också andra fenomen som ligger nära det studerade fenomenet.

Design

Då syftet är att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att vårda patienter med ångest inom palliativ vård bedömdes individuella semistrukturerade intervjuer som en adekvat datainsamlingsmetod för studien. I denna typ av intervjuer ställs samma övergripande frågor till alla informanter, men frågorna har öppna svarsmöjligheter (Jakobsson, 2011) och informanterna har möjlighet att prata fritt och ge en rik och detaljerad information om fenomenet utifrån studiens syfte (Polit & Beck, 2017).

Urval

För att få ett resultat som svarade på syftet tillämpades ett strategiskt urval där deltagarna i studien alla hade särskilda kunskaper om och erfarenheter av studiens ämne (Kvale & Brinkmann, 2014). Henricson och Billhult (2012) anser att det är bättre att hitta färre informanter med varierande erfarenheter som kan ge rikliga beskrivningar av det undersökta fenomenet, än ett större antal som inte har samma stora erfarenhet inom området. Antalet intervjupersoner som rekommenderades av Sophiahemmets högskola var mellan fem till tio, men Polit och Beck (2017) påstår att det vid kvalitativa studier inte finns någon fast regel för hur många intervjuer som behöver genomföras. Det är istället kvaliteten på den insamlade datan som är avgörande för resultatet och studiens validitet. En vägledande princip för urvalets storlek är så kallad datasaturation. Detta betyder att fortsatt datainsamling inte längre resulterar i någon ny information eller förändrar resultatet i analysen av insamlat material (Polit och Beck, 2017).

En studies inklusionskriterier redogör för vad som krävs för att få ingå som deltagare i studien (Jakobsson, 2011). Inklusionskriterier för denna studie var sjuksköterskor med eller utan specialistkompetens som har arbetat inom specialiserad palliativ vård (både specialiserad palliativ slutenvård och inom ASIH) i minst ett år. Författaren bedömde att sjuksköterskorna då hade tillräckligt stor erfarenhet av att möta patienter med ångestproblematik och kunde bidra med riklig information kring det studerade fenomenet.

Exklusionskriterier är de krav som utesluter personer från att ingå i en studie trots att de tillhör urvalet (Jakobsson, 2011). I denna studie bestod exklusionskriterierna av timanställda sjuksköterskor, bemannings-sjuksköterskor samt sjuksköterskor som har arbetat kortare tid än ett år inom specialiserad palliativ vård och därför sannolikt inte hade tillräckligt stor erfarenhet inom ämnet.

Datainsamling

Initialt kontaktades verksamhetschefen för en specialiserad palliativ verksamhet i Stockholmsområdet med förfrågan om tillstånd att få intervjua sjuksköterskor som arbetade där (bilaga A). Kontakten skedde via mail. Efter verksamhetschefens godkännande kontaktades vidare en enhetschef för den palliativa verksamheten för att bistå med att hitta sjuksköterskor som passade studiens urvalskriterier och för att sedan kunna kontakta dem. Enhetschefen återkom sedan med namn på fem sjuksköterskor som alla var intresserade av att delta i studien. Enhetschefen förmedlade även tider för tänkta intervjuer samt bokade ett samtalsrum inför genomförandet av dessa. Inom några dagar blev författaren via mail kontaktad av ytterligare en sjuksköterska som också var intresserad av att delta.

Via ett informationsbrev (bilaga B) erhöll deltagarna en skriftlig information om den planerade studien i sin helhet. Även muntlig information om studien gavs innan intervjuerna påbörjades. Planerad tid för varje enskild intervju var maximalt 60 minuter. En intervjuguide med semistrukturerade frågor (bilaga C) skapades för att användas som stöd under intervjuerna (Kvale & Brinkmann, 2014). Intervjun inleddes med en öppen fråga varpå specifika frågor följde. Frågorna i intervjuguiden kunde justeras vid behov efter genomförd pilotintervju. Intervjuguiden underlättade för författaren att fokusera på det väsentliga under intervjun inom den avsatta tiden.

Pilotintervjun genomfördes för att säkerställa intervjuguidens kvalitet och utformning för att sedan kunna justera intervjuguiden (Polit & Beck, 2017). Under pilotintervjun som gjordes med en av de utvalda sjuksköterskorna kunde författaren även pröva den tekniska utrustningen för inspelning samt utvärdera tidsramen för intervjun. Författaren kunde också öva sig i sin roll som intervjuare, vilket rekommenderas av Danielsson (2012). Pilotstudien visade att såväl tillvägagångssättet och intervjuguiden fungerade väl. Efter transkribering av pilotintervjun bedömdes planerade intervjufrågor som adekvata och ingen justering av frågorna gjordes. Efter att samtliga intervjuer var utförda kunde författaren konstatera att även pilotintervjun kunde tas med i analysmaterialet då den var innehållsrik och höll god kvalitet i jämförelse med övriga intervjuer.

Intervjuerna skedde på deltagarnas arbetsplats i en avskild och lugn miljö, under arbetstid, i januari 2019. Samtliga sex intervjuer spelades in med hjälp av ett program på författarens mobiltelefon. Alla intervjuer påbörjades med en kort presentation av författaren och information kring själva studien samt upprepad information kring konfidentialiteten som gäller kring det inspelade materialet och möjlighet för intervjupersonen att ställa frågor kring studien. Efter det korta inledande samtalet började intervjun med första frågan: ”Kan du berätta om dina erfarenheter av att möta patienter med ångest på ditt arbete?” När det var nödvändigt ställde intervjuaren en stödfråga som exempelvis ”Kan du utveckla det mera?”, för att intervjun skulle komma vidare. Efterföljande frågor var mer specifika. Intervjuerna avslutades med: ”Är det något mer du vill berätta?”

Öppna frågor som används i semistrukturerade intervjuer behöver inte ställas i exakt ordning utan intervjuaren anpassar sig till vad som kommer upp i intervjun (Danielson, 2012). Intervjuarens roll är att uppmuntra deltagarna att berätta fritt om sina erfarenheter inom ämnet med sina egna ord (Polit & Beck, 2017). Detta sätt att intervjua underlättar för forskaren att få all information som behövs och ger informanterna frihet att tillhandahålla så många beskrivningar och förklaringar som de önskar.

Intervjuerna skedde antingen i ASIH samtalsrum där intervjupersonen och författaren kunde sitta ostörda under hela intervjun eller enhetschefens rum då samtalsrummet var upptaget. Intervjuerna tog mellan 13 och 26 minuter. I anslutning till varje intervju skrev deltagarna under det informerade samtycket.

Efter att ha genomfört totalt sex intervjuer bedömde författaren till studien datainnehållet rikt och tillräckligt för att besvara syftet även om intervjuerna tog kortare tid än det var planerat från början.

Databearbetning

Författaren till studien bekantade sig med det inspelade materialet genom att först lyssna igenom inspelningarna upprepade gånger. Datan från intervjuerna transkriberades sedan ordagrant i nära anslutning till intervjuerna av intervjuaren själv. Genom att transkribera ordagrant och anteckna t.ex. tystnad, hostningar, skratt och ”mm” strävade författaren efter att materialet skulle ligga så nära deltagarens mening som möjligt i förhållande till studiens syfte och i och med det även inneha så hög reliabilitet och validitet som möjligt (Kvale & Brinkmann, 2014). Författaren lyssnade av intervjuerna i sin helhet efter transkriptionerna några gånger för att korrigera eventuella felaktigheter och minimera potentiella missuppfattningar inför analysarbetet.

Dataanalys

Analysen av de transkriberade intervjutexterna gjordes enligt Lundman och Graneheims (2014) metod för kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats. Materialet skrevs ut och genomlästes ingående av författaren flera gånger för att bekanta sig med intervjutexterna och få en känsla av helheten. Intervjuerna tilldelades olika färger för att kunna skiljas åt under analysprocessen. Därefter bröts texterna ned för att hitta meningsbärande enheter, det vill säga betydelsefulla delar av texten och som är viktiga för att ge svar på studiens syfte. De meningsbärande enheter som identifierades och som svarande mot studiens syfte markerades med överstrykningspennor i olika färger för olika intervjutexter. Det innebar att varje meningsbärande enhet markerades med en färg beroende på färgen som var tilldelad till den enskilda intervjun. Detta gjordes för att i vidare analys kunna lättare hitta meningsbärande enheterna i originaltexten eftersom enligt Lundman och Graneheim (2014) författaren behöver röra sig fram och tillbaka mellan den ursprungliga texten och de mindre kondenserade enheterna för att inte förlora ursprungstextens mening under analysprocessen.

När alla intervjuer var genomlästa och färgkodade kortades de längre meningsbärande enheterna ner till kondenserade meningsbärande enheter som behöll kärnan av ursprungsmeningen. Detta gjorde samtidigt texten mer lätthanterlig. Författaren sammanställde alla kondenserade meningsbärande enheterna vilka benämndes med koder. En kod är en etikett som kortfattat beskriver en meningsbärande enhets innehåll. Koderna skrevs ner och jämfördes med hänsyn till likheter och skillnader och delades sedan upp i tio underkategorier efter dess innehåll. En underkategori som handlade om känslor som väcks i mötet med ångestfyllda patienter blev sedan en kategori med två underkategorier. På detta sätt skapades 11 grupper för de respektive underkategorierna. Underkategorierna namngavs även de på post-it lappar och placerades vid lämplig grupp. Inget material som svarade på syftet uteslöts under analysen.

Koderna som svarade på syftet men som inte passade in i de skapade underkategorierna placerades i en separat underkategori som fick benämningen individanpassad vård. Alla framtagna data kunde placeras in i passande specifik kategori. Utifrån underkategorierna arbetades tre kategorier fram. Benämning på kategorierna skrevs ned på post-it lappar. Under respektive kategori placerades tillhörande underkategori. Benämningen på kategorierna svarade på frågan ”vad?” och dess innehåll presenterades skriftligt i detta arbete. Exempel på hur analysarbetet såg ut redovisas i tabell 1.

Tabell 1. Exempel på den analytiska processen

Meningsbärande enheter	Kondenserade enheter	Koder	Underkategorier	Kategorier
Patienten har olika symtom eller inte fungerar rationellt...symtomen passar inte ihop med hur patienten beter sig	Olika symtom...inte fungerar rationellt...symtomen passar inte ihop med beteende	Symtom på ångest	Att identifiera ångest	Sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med ångest
Med abbey pain scale går att avgöra mycket med oro och ångest	Abbey pain scale	Verktyg	Att identifiera ångest	Sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med ångest
Man får anpassa sig vem man har framför sig, hur rak man kan vara, hur mycket kan man pressa, hur man ska ställa frågor	Anpassa sig i sin kommunikation med patienten efter denne	Kommunicera på patientens sätt	Anpassad kommunikation	Sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med ångest
Att våga stanna kvar och att ta sig den tiden och inte bara en liten klapp på axeln när man känner att det har lugnat lite för då har man ju bara öppnat upp det...	Att våga stanna kvar och ta den tiden som behövs	Att stanna hos patienten	Att vara närvarande	Sjuksköterskans upplevelse av att arbeta med ångest
...att jag känner att jag inte räcker till...vad jag än gör så hjälper det inte...	Jag räcker inte till	Otillräcklighet	Svår känsla	Känslor som väcks i mötet med ångestfyllda patienter
Det kommer med tiden att jag kan tackla lite svårare fall	Erfarenhet underlättar att tackla svårare fall	Erfarenhet underlättar arbete	Erfarenhetens betydelse	Faktorer för att balansera arbete och fritid

Forskningsetiska övervägande

Högskolans etiknämnd gjorde bedömningen att projektet inte behövde etikprövas. Det kunde genomföras förutsatt att ansvarig verksamhetschef gav sitt tillstånd vilket skedde enligt beskrivning från datainsamlingen.

De deltagande sjuksköterskorna erhöll ett informationsbrev med information om den planerade studien i helhet. Informationen gavs på ett sådant sätt att deltagarna förstod vad som förväntades av dem. Författaren till studien betonade frivilligheten för deltagande vilket förmedlades tydligt både skriftligt i informationsbrevet, samt verbalt i mötet med de tilltänkta deltagarna. I samband med intervjuerna signerade intervjupersonerna en blankett om medgivande och gav därmed sitt informerade samtycke till forskaren. Då medvetenheten om frivillighet är viktig vid undersökande studier var författaren tydlig med att informera informanterna att de närsomhelst hade möjlighet att avbryta intervjun och sitt deltagande i studien (Olsson & Sörensen, 2011; Polit & Beck, 2017).

Författaren följde forskningsetiska principer under hela arbetet och materialet behandlades konfidentiellt, vilket innebär att allt förvarades oåtkomligt för utomstående (Kvale & Brinkmann, 2014; Olsson & Sörensen, 2011). Inga enskilda namn eller arbetsplatser kunde identifieras i det slutliga arbetet. Citat i resultatet avidentifierades för att bevara konfidentialiteten. Materialet från intervjuerna användes endast för studiens ändamål och raderades när arbetet blivit slutfört.

Enligt Polit & Beck (2017) har omvårdnadsforskare en skyldighet att undvika, förebygga och minimera skada gentemot deltagare i studier. Detta gäller såväl fysisk, psykisk, social och ekonomisk skada, även om den är tillfällig. Det fanns risk att frågor under intervju kunde väcka obekväma minnen samt skapa tvivel vad gällde egna kunskaper i bemötandet av patienter med ångest. Enligt Kvale & Brinkmann (2014) bör författaren vara observant och lyhörd på vilka känslor som kan uppkomma under intervjuerna för att kunna pausa eller avbryta intervjun om behov uppstår. Författaren hade detta i åtanke under samtliga intervjuer.

Från början planerade författaren att genomföra undersökningen i den egna verksamheten, detta med tanken att kunna underlätta rekrytering av informanter och spara tid som skulle spenderas på resor till en annan palliativ verksamhet. Beslutet ändrades dock då författaren insåg risken för bias då hon genom att vara känd för intervjupersonerna kunde påverka utfallet. Detta genom att intervjupersoner skulle kunna uppleva det svårt att tacka nej till sitt deltagande i studien eller skulle svara på frågorna efter författarens önskan. Polit och Beck (2017) beskriver detta som social desirability response bias, vilket innebär att vissa individer tenderar att ge svar som är kongruenta med rådande sociala värderingar och detta menar författaren kunde ha påverkat studiens resultat negativt.

RESULTAT

Resultatet har grundats på material framtaget i sex intervjuer av sjuksköterskor verksamma inom specialiserad palliativ vård inom Stockholmsområdet, dels på en specialiserad palliativ avdelning och dels inom ASIH. Sjuksköterskornas erfarenhet inom specialiserad palliativ vård sträckte sig mellan ett till 23 år när intervjuerna genomfördes. Två sjuksköterskor hade specialistutbildning i vård av äldre, en i klinisk medicinsk vetenskap och en annan var distriktssjuksköterska. Två av sjuksköterskorna hade inte någon specialistutbildning, men en av dem läste en fristående kurs i palliativ vård 7,5 högskolepoäng.

Dataanalysen resulterade i tre kategorier: *Sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med ångest*, *Känslor som väcks i mötet med ångestfyllda patienter* och *Faktorer för att balansera arbete och fritid*, med sammanlagt 11 underkategorier (tabell 2).

Underkategorierna beskrevs i text under respektive kategori. Genom representativa citat från de sex intervjuerna illustrerades och förstärktes resultatet i texten.

Tabell. 2 *Underkategorier och kategorier*

Underkategorier	Kategorier
<ul style="list-style-type: none">• Att identifiera ångest• Anpassad kommunikation• Att vara närvarande• Teamarbete• Anhörigas påverkan på patientens ångest• Individanpassad vård	Sjuksköterskans erfarenheter av att arbeta med ångest
<ul style="list-style-type: none">• Svåra känslor• Positiva känslor	Känslor som väcks i mötet med ångestfyllda patienter
<ul style="list-style-type: none">• Erfarenhetens betydelse• Att släppa det svåra på arbetsplatsen• Att koppla bort det svåra efter jobbet	Faktorer för att balansera arbete och fritid

Sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta med ångest

Att identifiera ångest

Sjuksköterskorna beskrev ångest som ett vanligt förekommande och mångfasetterat symptom. De menade att ångest kunde stå som uttryck för en mängd olika saker. Komplexiteten gjorde att behandlingen av ångest kunde vara en utmaning vilket upplevdes som spännande och samtidigt väldigt viktigt att kunna hantera.

Ångest var inte alltid lätt att känna igen och sjuksköterskorna beskrev hur den ibland inte visade sig alls. Andra gånger var ångesten mycket tydlig och patienten gav uttryck för den genom motorisk oro, skrik och gråt, utåtagerande beteende eller ett allmänt illabefinnande. Detta kunde visa sig genom att patienter kunde vandra fram och tillbaka, inte klara av att vara ensamma och därför ofta ringa efter personalen för småsaker, vara väldigt uppmärksamhetssökande och plockiga, sova dåligt eller inte alls på nätterna. Sjuksköterskorna redogjorde vidare för hur en ångestfylld person kunde vara väldigt agiterad, ”skälla” på personal eller tycka att personalen inte utförde ett bra arbete. Sjuksköterskorna uttryckte att vissa patienter hade extremt stark ångest.

”de bara kryper ut skinnet... de klarar inte av att vara vakna för att de är så ångestdrivna... det var panik, panik, panik...” (intervju 5)

Sjuksköterskorna nämnde att ångest ofta maskerades i andra symtom. De beskrev hur ångest och smärta ibland smälte ihop och att de båda symtomen triggade varandra.

”...ångesten är så himla förklädd...det hör ju ihop med smärta...” (intervju 1)

Abbey pain scale angavs av en sjuksköterska som ett mycket användbart skattningsinstrument för patienter som inte kunde förmedla ångest verbalt.

”med Abbey pain scale går ju faktiskt att avgöra mycket med oro och ångest också...man ser med ansiktsuttryck, rynkar sig, oro, du kurar ihop sig... man kan titta på tecken på...med hur patienten är...man kan göra om den (Abbey pain scale) till det du söker efter...” (intervju 4)

ESAS och IPOS uppgavs av några som de skattningsinstrument man använde sig av för att identifiera ångest hos patienter men de användes inte regelbundet. Ett nytt projekt var under planering inom ASIH vilket innebar att IPOS skulle börja användas som rutin då nya patienter skrevs in i verksamheten.

”...det som är bra med den är att det blir inte så symptomfixerat bara utan man kan ju ha oro och ångest för båten eller att man inte kan betala räkningarna eller begravningen eller hunden är sjuk eller såna saker som är minst lika viktiga som patienten oroar sig för än symtomen... Skattningsinstrumentet använder man för att se hur gravt det är och om de vill prata om det att det är mer som en samtals-öppnare...” (intervju 1)

Enligt sjuksköterskorna fanns det redan nu möjlighet att använda IPOS vid inskrivning i ASIH, men ångestskattning upplevdes svårt av vissa sjuksköterskor och gjordes därför sällan. Man belyste behov av att kunna utvärdera ångest på andra sätt än genom skattningsinstrument som till exempel se hur patienten fungerade i vardagen.

Vissa av sjuksköterskorna använde sig aldrig av något skattningsinstrument utan gick endast på den kliniska blicken utifrån vilken de såg och upplevde patienter i det dagliga arbetet.

Att identifiera ångest handlade ofta om att själv hela tiden fånga upp känslan av ångest. Ett annat sätt att identifiera symtomet var enligt sjuksköterskorna att fråga rakt på sak om patienten upplevde ångest eller försöka att lista ut vad det var för besvär patienten hade.

”...är det ångest som gör att du börjar reagera så här eller är det något annat? ...Och då är det bra att fråga ännu en gång, fråga...” (intervju 2)

Sjuksköterskorna uppgav att om patienter inte ville svara på frågor så gjorde de heller inte det eller så svarade de på ett undvikande sätt. Trots denna uppfattning om patientens frivillighet att besvara raka frågor upplevde sjuksköterskorna ändå att det kändes svårare att fråga om ångest än om andra symtom som exempelvis smärta eller illamående. De upplevde även att det var svårare att identifiera ångest än andra symtom. Det framkom att man ibland var tvungen att utesluta andra symtom för att, till sist, komma underfund om att det handlade om ångest.

”... så det gäller oftast att utesluta... när patienten har olika symtom eller inte fungerar rationellt eller... när symtomen inte passar ihop med hur patienten beter sig lite, ... något som inte stämmer riktigt...” (intervju 1)

Enligt sjuksköterskorna handlade identifiering av ångest också om att kunna uppfatta de frågor som ibland kastades ut i förklädd skepnad, och att i samband med detta ställa motfrågor på dessa kamouflerade uttalanden. Här kunde annars mycket oro lätt passera förbi. Ibland undvek sjuksköterskan att fråga patienten om ångest av rädsla för att inte kunna vara kapabel nog till att lösa problemet, till exempel på grund av tidsbrist.

”...man står i hallen och så säger patienten: ja så skulle jag vilja... undrar jag hur det går med båten till våren? Då är de döende och ligger nästan i sängen då är frågan såhär liksom: hur kommer det här gå, jag ska dö liksom...” (intervju 1)

Det framkom att det ibland upplevdes lättare att identifiera ångest om samma sjuksköterska mötte en patient vid upprepade tillfällen eftersom de då kunde lära känna varandra. Sjuksköterskan kunde därigenom så småningom få patienten att känna trygghet och öppet prata om sin ångest.

Andra gånger var det bättre om patienten mötte en utomstående sjuksköterska då vissa patienter hade lättare att prata om sin ångest med personer de inte kände. Om sjuksköterskan ställde rätt frågor vid rätt tillfälle och hen visade på närvaro i samtalet så kunde de flesta patienterna sätta ord på sin ångest.

Anpassad kommunikation

En av de intervjuade sjuksköterskorna ansåg att man borde visa respekt och inte forcera patienter till att prata om sin ångest om de hade som coping-strategi att inte göra det. Det framkom att det inte fanns någon manual, ingen bok för en bra kommunikation utan sjuksköterskorna brukade gå på sin intuition eller känsla i kontakten med patienten. Det upplevdes viktigt att sjuksköterskan kunde anpassa sig efter patienten och att hen var lyhörd och anpassade sig efter situationen i bemötandet av patientens ångest. Även språket behövde anpassas efter patientens sätt att vara. Exempelvis kunde en patient som sattes in på medicinering mot sin ångest känna ett visst motstånd mot att behöva ta emot läkemedel. Här var det sjuksköterskans ansvar att förklara effekten av föreskrivna medicinen på rätt sätt, det vill säga att hen inte var för rak i sin kommunikation med patienten. Sjuksköterskor uttryckte att de behövde prata med olika patienter på olika sätt. Att kunna lirka och hitta fram till något som slog an hos patienten samt att "läsa av" patienten upplevdes viktigt. Likaså att komma underfund om patienternas form av humor och deras sätt att prata. Genom att falla in i patientens jargong skapades tillit hos patienten och samtalet om ångest kunde ta form vilket resulterade i att symtomet lindrades.

"...för jag vet att - ja men du, så där betedde du inte dig igår- man kan ha en liten sådär och det gör att de vågar öppna upp sig..." (intervju 4)

Sjuksköterskorna tyckte att det var centralt att fundera över vilka ord de använde i samtal med patienten.

"...låt dem prata det de orkar och jag kan svara med - ja, jag hör vad du säger - men jag kan ju aldrig säga att jag förstår för jag har ju aldrig varit i den ångesten... för det är nog många gånger att man gör... kanske egentligen är det inte ett fel men man inte tänker sig för, man säger så här -jag förstår dig - men gör jag verkligen det? Om jag inte har varit där själv så kan jag aldrig förstå hur det känns men jag kan ha en aning om hur det är med tanke på det jag får men jag aldrig förstår..." (intervju 4)

Att vara närvarande

Möten med patienter som led av ångest kunde se ut på olika sätt. Inom ASIH kunde det handla om att anpassa besöksfrekvensen efter den ångestfyllda patientens behov för att trygga upp patienten i den svåra situationen. Om sjuksköterskan sedan märkte att patienten fortfarande led av en stark ångest kunde hen penetrera problematiken ytterligare.

"...det behöver inte vara långa besök men att man visar sig och frågar hur de mår och hur går det och hur känns det och...att man tryggar upp situationen..." (intervju 6)

Sjuksköterskor beskrev att det kunde också betyda att gå in i ett möte med patienten på en mycket djupare nivå. Hos många patienter visade sig ångesten framför allt nattetid. Sjuksköterskor som arbetade nattpass hade mer tid för att lindra ångesten genom att finnas närvarande, sitta ner, bena upp problemet och verkligen lyssna på patienterna.

Detta bemötande upplevdes svårare att få till stånd för sjuksköterskorna som arbetade dagtid eftersom arbetsbelastningen under dagarna var tyngre och det inte alltid fanns så mycket tid som sjuksköterskan kände att hen behövde för att kunna sitta ner och lugna ångesten hos en patient genom samtal.

För sjuksköterskorna kändes det viktigt att vara modig i mötet med patienten och själv våga att verkligen gå in i samtalet med raka frågor för att ta reda på vad det egentligen var patienten var rädd för eller hade ångest inför.

Det behövdes också mod att stå kvar i mötet och bekräfta patienten. Sjuksköterskan fick själv inte tycka det var obehagligt att prata om ångest eller känna sig frustrerad över att hen faktiskt inte alltid kunde lösa ångesten, att hen inte heller behövde göra det, utan bara bekräfta patienten genom att vara kvar, lyssna och våga prata om det som var svårt. Vikten av att våga vara närvarande hos patienten när denne hade det jobbigt och vara beredd på att sitta med patienter i deras ångest, att gå in i situationen ”på riktigt” betonades av sjuksköterskorna.

”...att inte bara gå därifrån... när det blir som jobbigast...” (intervju 4)

Sjuksköterskor angav att de inte behövde ha svar på patientens alla frågor. Ofta skulle det räcka med sjuksköterskans närvaro i tystnad, samt att sjuksköterskans gav möjlighet för att patienten fick ”ösa ur sig” på denne om det behövdes. Vikten att stanna kvar tillräckligt länge hos patienten så att patienten kunde må bättre igen betonades.

”...det gäller att ta sig den tiden och inte bara en liten klapp på axeln, när man känner att det har lugnat lite för då har man ju bara öppnat upp det...att bara finnas där det kan räcka mycket mera...” (intervju 4)

Teamarbete

Sjuksköterskorna uppgav att de hade nära samarbete med, och stämde av sina patienters mående regelbundet, med de andra teammedlemmarna.

Sjuksköterskorna upplevde att de kunde få en bra uppbackning av kuratorer eller sjukhuspräst när tiden inte räckte till för dem att samtala med sina patienter eller när ångesten var mycket komplicerad och för svår att klara av själv som när patienten led av en djup existentiell ångest. Sjuksköterskorna beskrev att vid svåra situationer samlades teamet och försökte lägga upp en plan för patienten. För att underlätta samarbetet ansågs det viktigt med en tydlig dokumentation och välskrivna vårdplaner.

En vårdplan inkluderade en tydlig information om patienten och rekommendationer om hur vårdpersonal skulle hantera patienten vid hembesök.

För sjuksköterskor med kortare erfarenhet inom palliativ vård betydde stöd och hjälp från erfarna sjuksköterskekollegor väldigt mycket och hjälpte dem att stärka sina egna redskap för att kunna arbeta med ångest på bättre sätt.

Anhörigas påverkan på patientens ångest

Patientens närstående kunde ofta ses som en resurs eftersom deras närvaro lindrade oro och ångest hos många patienter. Ibland kunde det dock upplevas tvärtom som när anhöriga själva var väldigt oroliga och detta påverkade patienten negativt (och omvänt).

Sjuksköterskorna beskrev vidare att patientens ångest kunde öka om anhöriga upplevde ångest och det inte fanns en öppen kommunikation mellan dem eftersom då bägge parter var medvetna om den kommande döden, men de vågade inte mötas öppet runt detta faktum. Man nämnde inte döden eller vägen dit. Sjuksköterskorna tyckte att det här stärkte ångesten hos patienten för att denna var orolig för sina närstående. De närstående blev stressade och fick oro och ångest därför att de insåg att patienten mår dåligt.

Individanpassad vård

Eftersom alla patienter och alla möten var individuella hände det ofta att det som hade fungerat bra på ångest hos en patient inte fungerade alls på en annan. Man var alltid tvungen att se varje fall individuellt och planera efter individen. Sjuksköterskor på palliativa avdelningen beskrev hur placeringen av patienter med ångest individanpassades. Väldigt oroliga patienter placerades på enkelsalar eller på dubbelsal om de inte klarade av att vara ensamma.

Sjuksköterskorna upplevde att de kunde hjälpa patienten med att gå mot acceptans för övergången från att ha varit frisk till att ha blivit sjuk. Att hjälpa patienten med egenvård genom att till exempel få denne att förstå vikten av att kombinera lugnande tabletter med att möta sina rädslor hade stor betydelse.

”...att rita om sin karta, att vem man är, att från att ha varit den här tuffa lastbilschauffören som har gjort massa saker och sen blir han då... kan inte göra någonting själv egentligen och är beroende av sin fru...” (intervju 1)

Sjuksköterskorna beskrev att medicinering anpassades efter patientens individuella tillstånd. Vid situationer när det fanns ett stort behov av att snabbt bryta ett tillstånd av svår ångest kunde patienten få hjälp av lugnande läkemedel. Vid extremt lidande där ångest var en stor komponent kunde palliativ sedering övervägas så att patienten fick sova sin sista tid i livet och därigenom bli fri från ångesten.

Känslor som väcks i mötet med ångestfyllda patienter

Att möta patienter som led av ångest väckte nödvändigtvis inte några specifika känslor, men hos flera av sjuksköterskorna väcktes både svåra och positiva känslor.

Svåra känslor

Sjuksköterskorna berättade att när de började arbeta inom palliativ vård kunde de känna sig stressade och osäkra på hur de skulle möta patienter med ångest. De fann det svårt att veta vad de kunde eller skulle säga till den ångestfyllda patienten. Vidare oroade de sig för att de kanske inte skulle kunna svara på patientens frågor om vad som drev ångesten eller att de inte alls skulle lyckas att lugna patienten. Det kändes svårt att de aldrig visste vad de fick tillbaka i mötet med en ångestfylld patient.

Sjuksköterskorna upplevde en känsla av hjälplöshet när de inte kunde nå fram till sina patienter. Det kändes väldigt tråkigt när de inte lyckades att hjälpa patienterna, men det upplevdes samtidigt mänskligt. Det kunde skapa stress eller frustration hos dem, men sjuksköterskorna visste att det inte var så mycket de kunde göra åt det hela mer än det de gjorde.

Det kändes inte rätt att ge läkemedel i stället för att våga prata om rädslorna som besvärade patienten först eftersom sjuksköterskorna kände att det här var inte den bästa lösningen då lugnande tabletter dämpade ångest för stunden, men det upplevdes inte som någon långsiktig behandling.

Det kunde kännas svårt och även drastiskt att träffa de patienter som var anslutna till psykiatri och som varit ångestfyllda hela livet; patienter som fick mycket panikångest så att de inte klarade att vara vakna och behövdes att sövas ner. Då kunde sjuksköterskorna få en känsla att de klarade den naturliga ångesten, men när ångesten kändes väldigt komplicerad hade de kanske inte tillräckliga kunskaper att klara av den.

Att inte lyckas lindra ångesten gav upphov till en känsla av otillräcklighet speciellt i de fall där man oavsett åtgärd inte ens nådde fram till patienten och där ingenting hjälpte.

”... när man känner att man gör allt ... man försöker ge läkemedel, man är där, man liksom försöker stötta, man ägnar så mycket tid åt det men man känner att man inte kan hjälpa, den är svår och man ser den här ångesten ända in i slutet, den tycker jag är jättesvårt. Vad jag än gör så finns det inget som kan lindra den här paniken...”

(intervju 4)

Det kunde kännas förfärligt att inte kunna dämpa ångest utan vara tvungen att lämna personen i den. Det kunde hända att sjuksköterskorna tog med sig ångesten från patientens hem tillbaka till arbetsgruppen och det kändes inte rätt.

Att hamna i destruktiva samtal som inte ledde framåt kändes utmanande. En sjuksköterska beskrev att vissa patienter hamnade i ”gnällbältet” och satt fast i sin egen misär och eländighet och det kändes jobbigt för denne.

Att gå hem till en patient med mycket ångest där även den omgivande miljön upplevdes ångestladdad kändes tufft och jobbig och gjorde sjuksköterskan ledsen, trött och orkeslös vilket förhindrade ett konstruktivt möte med patienten. De möten som kändes hopplösa, tråkiga och endast innebar ett hårt arbete för sjuksköterskan där hen inte fick någonting tillbaka berodde oftast på att patienterna mådde väldigt dåligt och inte visste hur de skulle hantera sin ångest.

Det uppstod även starkt negativa känslor hos sjuksköterskorna när det handlade om yngre patienter med små barn eller patienter som hade barn i samma ålder som sjuksköterskornas egna. Det här upplevdes tufft och situationen blev mer personlig och väckte en ledsamhet hos sjuksköterskorna. Även en känsla av medlidande uppstod då sjuksköterskorna försökte sätta sig in i situationen hos en ung döende mamma med små barn.

Sjuksköterskorna uppgav att vissa svåra situationer de upplevt i arbetet gick inte att glömma utan de följde med sköterskorna under många års tid. Då sjuksköterskorna var nya inom området palliativ vård kunde ha svårt att släppa arbetet under fritiden.

”jag kunde ta med mig en svår situation och...det gnagde i huvudet att man fick dåligt samvete, att man inte hade gjort rätt, att man inte var tillräcklig...och hela tiden, var gjorde jag för fel...?” (intervju 4)

Ibland kändes det väldigt svårt för sjuksköterskorna att hantera patienternas närstående eftersom de ofta mådde oerhört dåligt när de såg att deras nära och kära var döende. Samtidigt uttryckte sjuksköterskorna att om det var övermäktigt att arbeta med ångestfyllda patienter hade de inte jobbat kvar inom den palliativ vården.

Positiva känslor

Det kändes intressant och även fascinerande för sjuksköterskorna att se hur ångest kan te sig och hur de kunde lindra den. De upplevde att de växte i sitt arbete när de kunde lindra ångest. När de nådde fram till den ångestfyllda patienten och klarade av att hjälpa denne byttes känslan av hjälplöshet ut mot känslan av att verkligen lyckades i sitt arbete och att de gjorde något betydelsefullt.

Det kändes bra att kunna dämpa ångest och genom det hjälpa patienten att må bättre, bli lugnare och därigenom känna sig mycket tryggare. Sjuksköterskorna tyckte att de lärde sig något nytt om dessa symtom varje dag och det kändes värdefullt för dem.

Sjuksköterskorna kände sig glada och hedrade över att patienter vågade öppna upp sig för dem vilket visade på att patienter hade förtroende för dem. Det upplevdes fint när de patienter som hade svårt för att prata om sin ångest gjorde det. Vidare kändes det roligt att kunna hjälpa patienter att med olika verktyg skaffa sig copingstrategier för att kunna hantera sin ångest.

Att möta patienter med ångest inom palliativ vård kunde påminna sjuksköterskor om att världen kan vara orättvis och att de själva hade det bra och levde bra liv. Patientmöten kunde trigga igång reflektioner över ens eget liv, att de inte behövde genomlida det som deras patienter fick genomgå. De kunde dra paralleller till sitt liv och tycka att de var lyckligt lottade.

Faktorer för att balansera arbete och fritid

Erfarenhetens betydelse

Sjuksköterskorna beskrev att med sin erfarenhet förstod de att det var viktigt att i mötet med ångestfyllda patienter inte ryckas med av deras ångest utan stå kvar, bekräfta dem och försöker spegla deras känslor. Sjuksköterskorna upplevde att erfarenhet hjälpte dem att betrakta arbetet med ångest som en utmaning eftersom det fick dem att hitta olika vägar för att finna lindring vilket inte alltid lyckades men de insåg att det inte var deras fel om de inte kunde lindra symtomet. De förstod att man ibland lyckades att dämpa ångest, ibland inte.

En sjuksköterska berättade att hen i början av sitt arbete inom palliativ vård hade ”skolbokstänket”, det vill säga hur ångest tedde sig, vad sjuksköterskan skulle göra åt den. Att ha den ramen var det önskevärt, men det var inte där man borde arbeta inom palliationen.

”...sjukvården är ju fyrkantig men palliationen är ju liksom metervis utanför de här ramarna och det är de bitarna som växer med erfarenheter...” (intervju 4)

Med erfarenhet kunde sjuksköterskan lättare identifiera ångest och se tecken hur ångestfyllda patienter betedde sig, när de hade svårt att prata om ångest, när de inte förstod sin ångest och översatte den på andra saker. Sjuksköterskan hade lättare att läsa av ångest ju längre erfarenhet hen hade. Vid behov kunde sjuksköterskan plocka fram ifrån tidigare erfarenheter, hur hen gjorde förut, och hitta genvägar.

Sjuksköterskor kände att med tiden kunde de lättare tackla lite svårare fall, men det betydde att de måste ha varit med om många möten med patienter med ångest innan de började lära sig någonting.

Att släppa det svåra på arbetsplatsen

Sjuksköterskor upplevde att de hade verktyg på sin arbetsplats för att hantera de svåra känslor som väcktes i samband med att vårda patienter med ångest. Debriefing var ett av dem. Då kunde de ta upp patientfall som de tyckte var lite jobbigare än andra. Speglingar och reflektioner i personalgruppen hjälpte att bearbeta det som kändes svårt.

Sjuksköterskor kunde nyttja andra i arbetsgruppen och prata om saker, stötta och reflektera. Även under fikapauser kunde de ta upp och stämma av patienter. En viss lättnad upplevdes om det visade sig att resten av personalgruppen också upplevde vissa bitar som problematiska. Sjuksköterskan fick lära sig att vara ”snäll” mot sig själv också och inte tro att hen alltid skulle lösa problemet.

Samtliga sjuksköterskor berättade att på reflektionsmöten fick personalen lufta sina tankar om vad de tyckte upplevdes som svårt och sedan kunde de tillsammans arbeta ihop någon form av arbetssätt och riktlinjer för hur de skulle tänka i jobbiga situationer. Det kändes skönt att sitta och reflektera över efter en svår situation.

”...har det varit extra tufft och man känner att det här var för mycket då kan vi liksom stoppa upp arbetet och - nej men nu måste vi bara sätta oss ner fem minuter och bara få ventilerade och reflektera - hur ska vi göra nästa gång... (intervju 4)

Att ta hjälp av en sjuksköterskekollega eller andra i teamet när det kändes för jobbigt att fortsätta arbeta med en patient var också ett sätt att släppa det jobbiga.

”...om det blir för tufft att jag känner -nej men det går inte- då byter jag, då är det någon annan som får gå in och prova och se...för det blir aldrig statiskt att det är jag, bara för att jag tar hand om den patienten just idag så är det inte säkert att det är bara jag som fortsätter. Det beror helt på hur långt jag har kommit i... det jag ska försöka göra...” (intervju 4)

Om teamet hade haft det påfrestande stämde de av och ventilerade innan de gick hem. Sjuksköterskorna upplevde att de var duktiga på att följa upp varandra när det var tufft.

Att koppla bort det svåra efter jobbet

Det kom fram att sjuksköterskorna hanterade det svåra från jobbet på olika sätt. En del tyckte att de kunde vara närvarande och ge stöd patienter, men samtidigt hade de lätt för att släppa arbetet och att separera privatliv och arbete. För andra kunde ett sätt att släppa det svåra efter en jobbig arbetsdag vara genom att prata om det som var svårt på jobbet när de kom hem.

De flesta hade lärt sig att koppla bort arbetet vid dagens slut och tog sällan jobbet med sig hem. De brukade lämna arbetet redan när de tog av sig skorna och bytte om.

”...jag har blivit lite det här att när jag klickar mitt kort på flex-klockan då stänger jag...” (intervju 4)

Sjuksköterskorna berättade att om det någon gång hände att tankarna på arbetet gjorde sig påmind under fritiden kunde de påminna sig själva om att de faktiskt var lediga. Om det hade varit en tuff dag på jobbet så fick de unna sig att lägga sig och vila en liten stund, läsa eller göra det de tyckte roligt att sysselsätta sig med exempelvis att åka till stallet och tänka bara på hästar.

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Skattningsinstrument

Syftet med studien var att beskriva sjuksköterskors upplevelser av att vårda patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård och det visade sig att sjuksköterskorna i studien upplevde att det var svårt att bedöma ångest hos sina patienter. Även om de visste att det fanns vissa skattningsinstrument att använda på arbetsplatsen upplevdes ångestskattning svårt och därför genomfördes det sällan. En studie av Veldhuisen, Zeewers, de Graaf & Teunissen (2016) belyste orsaker till varför sjuksköterskor upplevde svårigheter med att använda olika instrument för att fastställa oro och ångest hos sina patienter. Deras resultat visade att det var vanligt med bristande erfarenhet om hur man använder sig av skattningsinstrument och att man ibland inte var medveten om att skattningsinstrument fanns tillgängliga överhuvudtaget. En del av dessa sjuksköterskor ansåg heller inte att det var deras arbetsuppgift att fastställa och uppmärksamma patienters oro och ångest. Vidare beskrev Veldhuisen et al. (2016) att sjuksköterskor som hade erfarenhet i att använda de olika instrumenten ändå avstod från att använda dessa. De uppgav att hinder för bedömning av ångest var att patienter ofta var för sjuka eller hade haft en alltför händelserik dag vilket resulterade i bristande ork. Man uppgav att vissa patienter hade svårt att tilldela siffror i relation till symtom, det fanns även vissa språkbarriärer. Allt detta sammantaget gjorde att sjuksköterskorna inte fann någon tydlig anledning till att skatta. Även miljörelaterade faktorer som sjuksköterskans arbetsbelastning, otillräcklig uppföljning av ångestbedömningen eller svårigheter att diskutera bedömningens resultat kunde hindra att ångestbedömning utfördes (Veldhuisen et al., 2016).

Sjuksköterskorna som intervjuades i studien nämnde ESAS och IPOS som de skattningsinstrument man hade att tillgå för att identifiera ångest hos patienter men dessa användes inte systematiskt. Vad beror detta på? Kan det vara så att på grund av sjuksköterskornas bristande erfarenhet i att använda skattningsinstrument i kombination

med uppfattningen om att detta är komplicerat och besvärligt känns det lättare att låta bli att använda sig av skattning än att lägga lite energi på att bli bekväm med och skaffa sig rutin på handhavandet. Både ESAS och IPOS som ju är validerade för palliativ vård är passande verktyg för att identifiera ångest och för att utvärdera resultaten av olika åtgärder (Beck et al., 2017). Kanske beror istället motståndet på att det finns skiftande omdömen om ESAS inom omvårdnadsforskningen vilka sedan avspeglas i kliniken. Studien av Hui och Bruera (2017) presenterade ESAS som ett snabbt och effektivt instrument att använda sig av, medan Carli Buttenschoen, Stephan, Watanabe och Nikolaichuk (2014) fann att vårdpersonalen upplevde ESAS som alltför tidskrävande. Sjuksköterskorna i deras studie menade att det fanns både för- och nackdelar med ESAS.

Till nackdelarna hörde att de upplevde att det ibland kunde vara svårt att förklara för patienten hur ESAS skulle användas. Detta bidrog till att de inte kände sig säkra på att svaren de fick från patientens självskattning var tillförlitliga. Vidare var symtomskattning svår att utföra om patientens kommunikationsförmåga var nedsatt av olika anledningar (Carli Buttenschoen et al., 2014). Inom palliativ vård ska man ta hänsyn till fysiska, psykiska, sociala och existentiella behov (Regionalt Cancercentrum i samverkan, 2016). IPOS är det skattningsinstrument som beaktar alla dessa dimensioner (Beck et al., 2017). I studien av Beck et al. (2017) betonade patienterna vikten av att kunna prata om sina problem och få sina behov utifrån de fyra olika dimensionerna tillfredsställda. I ett möte med patienten kan därför IPOS användas som ett redskap för samtalsunderlag då patienter har möjlighet att belysa det som de tycker är deras största bekymmer.

Sjuksköterskorna beskrev i intervjuerna hur man istället för att använda ett validerat skattningsinstrument oftast använde sig av ”den kliniska blicken”. Detta gjorde att ”ångestskattningen” endast grundades på en subjektiv känsla. På så sätt blir det omöjligt att få ett gemensamt värde för ångest att diskutera kring och utvärdera insatta insatser ifrån. Hur kan man då hjälpa sjuksköterskor att känna sig säkrare i bedömning av ångest och överkomma det motstånd som gör att de avstår ifrån att skatta sina patienter? Det kan antas att genom mer systematisk skattning, med hjälp av ett validerat instrument, skulle sjuksköterskans arbete med ångest, (och andra vanliga symptom inom palliativ vård), kunna underlättas betydligt. Enligt Bausewein et al. (2018) ger regelbundna bedömningar inom palliativ vård en möjlighet till en konsekvent övervakning av sjukdomsstatus och prognos. Man kan därigenom se effekten av insatta interventioner samt får en mer exakt symptombedömning vilket säkerställer lämplig klinisk hantering och möjliggör bättre diskussioner kring de problem och prioriteringar som patienten anger. Användning av ett skattningsinstrument bedöms viktig för att kunna ge en objektiv bild av ångest och genom detta en bättre grund för passande symptomlindring, samt för att underlätta utvärdering av insatta åtgärder, vilket också Regionalt Cancercentrum (2016) framhåller vikten av.

Ett symptomskattningsinstrument kan lyfta fram och fastställa mängden/styrkan av både enskilda och flertaliga symptom (Socialstyrelsen, 2013). Enligt Socialstyrelsen (2013) är det viktigt att symptomskatta patienten med jämna mellanrum, men också vid inskrivning, samt när symptomets karaktär ändras och efter given symptombehandling.

Enligt Watsons (1993) teori om transpersonell omsorgsrelation behöver sjuksköterskan ha en god förmåga att uppfatta den andres känslor och inre tillstånd samt att kunna bedöma och ha kännedom om patientens tillstånd för att aktivt kunna ingripa i lindrande syfte. Troligtvis kan detta lättare kunna uppnås om man använder passande symtomskattningsinstrument. Genom ett öppet samtalsklimat i personalgruppen där man kan diskutera och reflektera om användandet av och värdet med symtomskattning kan man förhoppningsvis få personalen att känna sig bekväm med hanteringen av skattningsinstrument och låta detta underlätta vardagen istället för att ses som en besvärlig omständighet. Vi som arbetar inom palliativ vård får inte glömma att de viktigaste uppgifterna för vårdpersonal inom detta område är att främja patientens välbefinnande och att ge god symtomlindring, vilket också Nationellt vårdprogram för palliativ vård (2016) betonar. Även enligt kompetensbeskrivningen för den legitimerade sjuksköterskan med specialisering inom palliativ omvårdnad (SFPO, 2019) förväntas sjuksköterskan kunna identifiera och lindra besvärande symtom.

En av de intervjuade sjuksköterskorna i studien uppgav sig vara entusiastiskt inställd inför ett nytt projekt gällande att IPOS regelbundet skulle börja användas vid inskrivning till ASIH på deras verksamhet. Hen såg bara fördelar med att använda detta instrument och poängterade att IPOS upplevdes som en samtals-öppnare, där resultaten från skattningen kunde underlätta för sjuksköterskan att initiera samtal med patienten om hans symtom och utredning av symtom. Det här kunde leda vidare till att hitta vägar för att patienten lättare skulle kunna hantera sin ångest. I studien av Veldhuisen et al. (2016) visades att sjuksköterskor som använde skattningsinstrument hade bättre kontroll över patientens ångest samt kunde starta en dialog om symtomet med patienten och anhöriga. Det resulterade i att sjuksköterskorna kunde komma åt bakomliggande faktorer till uppkomsten av patientens oro och ångest (Veldhuisen et al., 2016). Detta bekräftas även i en studie av Holm och Alvariza (2018). Att ha verktyg för att initiera samtal om svåra ämnen bedöms extra viktigt, särskilt med tanke på att sjuksköterskorna i denna studie under intervjuerna uppgav att det kändes svårare för dem att prata med patienter om just ångest än om andra symtom.

Kommunikation

Det framkom att sjuksköterskorna ansåg att de borde visa respekt och inte forcera patienter till att prata om sin ångest om dessa hade som coping-strategi att inte göra det. Detta bekräftas av en tidigare studie av Strang, Henoeh, Danielson, Browall och Melin-Johansson (2014b) som visade att sjuksköterskorna uttryckte att det var viktigt att respektera patienternas önskemål när de inte ville prata om sina känslor eller svåra ämnen av olika orsaker. Sjuksköterskan ska vara ärlig, respektfull och ödmjuk i sin kommunikation (Friedrichsen, 2012). Specialistsjuksköterskan i palliativ vård behöver ha en fördjupad kunskap i kommunikation- och samtalskonst om livet, döden och döendet för att kunna starta och genomföra svåra samtal (SFPO, 2019). För att kunna kommunicera väl krävs lyhördhet och skicklighet och sjuksköterskan ska kunna avgöra när hon ska tala eller när hon hellre borde vara tyst eller hänvisa till annan profession om ett sådant behov uppstår (Friedrichsen, 2012).

De intervjuade sjuksköterskorna uppgav att det inte fanns någon vägledning för en bra kommunikation och de använde sig av intuition och känsla i kontakten med patienten. De

ansåg att det var viktigt att kunna anpassa sig i kommunikationen efter patientens vilja. Både när det gällde vad patienten ville samtala om och dennes förmåga till samtal. Strang et al. (2014b) beskrev vikten av sjuksköterskornas goda kommunikationsfärdigheter. Enligt de flesta sjuksköterskorna i deras studie är det sjuksköterskans ansvar att initiera till existentiella samtal med patienter. För att göra det behöver sjuksköterskan skapa förtroende och vara öppen, tillgänglig och flexibel. Man menade att det är viktigt att följa patientens emotionella tillstånd och vare sig tvinga fram en konversation eller undvika densamma.

En av de intervjuade sjuksköterskorna berättade att det var viktigt att kunna kommunicera på rätt sätt för att exempelvis förklara effekten av föreskrivna läkemedel korrekt. Sjuksköterskor inom palliativ vård förväntas att ha förmåga att förklara komplex information gällande till exempel medicinering så att patienten förstår given information (Schroeder & Lorenz, 2018). Sjuksköterskan måste dessutom kunna kommunicera denna information till både patient och familj. Det ligger inom hens omvårdnadsområde att förklara och utbilda patienter och familjer på symtom och behandlingar genom livets slut, inklusive medicinering.

Sjuksköterskorna uttryckte vidare att de behövde prata med olika patienter på olika sätt. Konsten att kunna lirka och hitta fram till något som slog an hos patienten upplevdes viktigt. Likaså ansågs det betydelsefullt att komma underfund om patienternas form av humor och deras sätt att prata. Genom att falla in i patientens jargong skapades tillit hos patienten och samtalet om ångest kunde ta form vilket resulterade i att symtomet lindrades. Detta bekräftas av Friedrichsen (2012) som betonar att kommunikationen ska anpassas efter omständigheterna, och kan röra sig mellan att vara ytlig, präglas av humor eller vara djupt existentiell för att kunna vara effektiv.

Sjuksköterskorna menade vidare att det var centralt att fundera över vilka ord de använde i samtal med patienten. Detta styrks av liknande resultat i en studie av Strang et al. (2014b) där sjuksköterskor uppgav att det var viktigt att undvika orden ”jag förstår” eftersom man aldrig helt kan förstå en annan persons upplevelse eller erfarenhet.

Att vara närvarande

Det framkom att sjuksköterskorna ansåg det vara viktigt att gå in i mötet med patienten på en djup nivå och betonade vikten av att våga stanna kvar hos en ångestfylld patient även om det kunde skapa obehagliga känslor hos dem. Strang et al. (2014b) bekräftar att när en patient lider av dödsångest rekommenderas att sjuksköterskan har modet att stanna kvar hos patienten och vara aktivt närvarande för att kunna stödja denne fullt ut. Detta kräver fokus och engagemang. Att vara närvarande och kunna bära de känslor som uppkommer kännetecknar en medlidande vårdare (Wiklund Gustin, 2017). Vid ett möte med en lidande patient borde sjuksköterskan kunna bekräfta och acceptera patienten på ett empatiskt sätt men också konfrontera egna känslor av obehag och svaghet för att orka stanna kvar hos patienten som har det svårt.

Sjuksköterskorna i denna studie tyckte att det i mötet med en ångestfylld patient ofta inte behövdes ges svar på alla patientens svåra frågor. Det kunde räcka med sjuksköterskans

närvaro i tystnad för att lindra patientens svåra symtom. Detta styrks av ett liknande resultat i studien av Minton, Isaacson, Varilek, Stadick, och O'Connell-Persaud (2017) som visade att sjuksköterskorna strävade efter att vara på djupet närvarande hos patienten och det kunde ofta innefatta tystnad, vilket för många sjuksköterskor kan kännas obehagligt. Detta eftersom, enligt författarna, tystnaden tvingar oss att möta vår egen rädsla. Vidare skrev Minton et al. (2017) att reflektion över egna rädslor var bra eftersom det kunde resultera i andlig utveckling. Sjuksköterskor i studien av Wittenberg, Ragan och Ferrell (2017) beskrev hur man gav andligt stöd genom sin närvaro. Att sitta tyst nära patienten samtidigt som man lät hen berätta om det som upplevdes svårt ansågs lindrande. Andlig dialog i form av icke-verbal kommunikation, aktivt lyssnande och samtal om patienternas känslor presenteras som en viktig omvårdnadsåtgärd, samt en viktig och effektiv aspekt av sjuksköterskans kommunikationsförmåga vid samtal med patienter i livets slutskede (Wittenberg et al, 2017). Wiklund Gustin och Wagner (2013) anger att vara närvarande betyder att vara tillgänglig och i kontakt med vad som händer i det nuvarande ögonblicket med en själv, med den andra personen och mellan dem båda två. Det här är en förutsättning för en autentisk närvaro. Att vara medveten om sina egna reaktioner och begränsningar underlättar för sjuksköterskan att vara i situationen tillsammans med den andre på ett autentiskt sätt och att kunna ge medkännande vård till denne. Den här medvetenheten innefattar också en vilja att utsätta sig för risken att möta lidande på ett djupt sätt utan att bryta personliga värderingar. Autentisk närvaro är en aspekt av interpersonell omsorgsrelation där i ett möte förenas sjuksköterskan och patienten och en stor respekt för varandra finns (Watson, 1993).

Sjuksköterskorna i denna studie angav att det var viktigt med sjuksköterskans närvaro i tystnad och det bekräftas av Minton et al. (2017). Kalfoss (2011) förklarar att tystnad och stillhet hos många personer kan kännas utmanande, men att det är en förutsättning för att kunna förstå och känna in den andre. Stillheten uppmanar båda parter att våga mötas och tillsammans hitta rätt ton för detta möte. Att vara närvarande i ett möte med patienten ger denne både fysiskt och andligt stöd och ger också möjlighet till självreflektion och personlig förändring och mognad (Minton et al., 2017). Friedrichsen (2012) ser också sjuksköterskans närvaro hos patienten som en stödjande insats där närvaron kan vara enbart fysisk utan ord eller aktiva handlingar. Närvaron beskrivs här som en aktiv passivitet, där man bara "är" med koncentration, förståelse och uppmärksamhet. Detta uppskattas av patienter.

Sjuksköterskorna i studien rekommenderade att våga vara närvarande hos patienten när denne hade det jobbigt och vara beredd på att sitta med patienten i dennes ångest vilket beskrevs som att gå in i situationen "på riktigt". Eftersom sjuksköterskeyrket till stor del är ett uppgiftsorienterat yrke kan det hos många sjuksköterskor vara svårt att acceptera att den bästa lindringen ibland är att bara vara närvarande utan att kunna lösa patientens problem genom att få ångesten att försvinna. Minton et al. (2017) betonar viljan hos sjuksköterskor att osjälviskt komma in i obekväma utrymmen med patienter och deras familjer. Sand och Strang (2013) beskriver att vi kan lindra ensamhet och ge trygghet i en situation där mycket är ovisst för patienten.

Vi kan stödja en person och ge henne trygghet, men det sker endast när vi är i ett möte "på riktigt", det vill säga när närvaron är autentisk och personen känner sig sedd och lyssnad till. Detta kan tolkas som ett tecken på att den interpersonella omsorgsrelationen utövas av de intervjuade sjuksköterskorna eftersom de agerar med medlidandet genom att ha mod att

helt fördjupa sig i en annan människas situation för att kunna hjälpa henne (Schantz, 2007).

En sjuksköterska betonade att ge tillåtelse för att patienten fick ”ösa ur sig” på denne om det behövdes. Detta tolkas av författaren som en förutsättning för en transpersonell omsorgsrelation som Watson (1993) presenterar i sin teori. När patienten har möjlighet att uttrycka sina känslor och påverka sjuksköterskan att uppleva en liknande sinnesstämning kan sjuksköterskan ta emot patientens känslor och uppleva dessa själv för att sedan kunna uttrycka dem på ett sådant sätt att patienten kan återuppleva dem mera helt och fullt. Genom detta kan sjuksköterskan, enligt Watsons (1993) etablera en förening med patienten på en högre nivå. På detta sätt kan patienten uppleva självhelande och finna inre kraft och mening. Sjuksköterskans transpersonella omsorg, där känslorna befrias, bekräftar patienten och lindrar patientens lidande.

Svåra känslor

Sjuksköterskorna beskrev att det kändes svårt när de träffade yngre patienter med små barn eller patienter som hade barn i samma ålder som de själva hade. I sådana möten identifierade sig sjuksköterskorna lätt med sina patienter eftersom patienterna påminde dem om sin egen livssituation. I en studie av James, Andershed, Gustavsson och Ternstedt (2010) berättade sjuksköterskor om liknande upplevelser. De kände att de befann sig i en gemensam existentiell situation med sina yngre patienter. Det kunde finnas en känsla av att ”nästa gång kan det vara jag eller mina barn som drabbas”. Genom att identifiera sig med patienten förstod sjuksköterskorna enklare sina patienter. Enligt en annan studie av Udo, Melin-Johansson, Henoch, Axelsson och Danielson (2013) väcktes rädsla hos sjuksköterskorna vid möte med lidande och ångestfyllda patienter, samt tankar hur de själva skulle hantera en liknande situation, framför allt när de vårdade yngre patienter. Kalfoss (2011) antar att patientens ålder kan orsaka en stor utmaning för sjuksköterskan därför att den livsfas i vilken sjuksköterskan själv befinner sig påverkar hens identitet, självkänsla och inställning till döden. Därför är det naturligt att sjuksköterskan reagerar starkt vid möte med döende patienter i sin egen ålder.

Känslan av otillräcklighet dök upp hos sjuksköterskorna i studien när de inte lyckades att lindra patienternas ångest. Detta bekräftas av tidigare studier. Att vara närvarande hos en döende patient men inte kunna bota personen eller lindra dennes besvärliga symtom leder ofta till känslor av otillräcklighet och hjälplöshet (Udo et al., 2013). Ingebretsen och Sagbakken (2016) fann i sin studie att sjuksköterskorna kände sig känslomässigt frustrerade eftersom de verkligen önskade, men upplevde sig oförmögna att, hjälpa sina patienter ur lidandet. Det kan förklaras med att svåra känslor uppkommer om man inte lyckas lindra patientens besvär och visar prov på sjuksköterskornas medlidande förhållningssätt till patienten. Sjuksköterskorna var medvetna om patienternas lidande och påverkades av situationen som de gjorde sitt bästa för att lindra utan framgång.

Kalfoss (2011) förklarar att de flesta sjuksköterskor inom palliativ vård ibland upplever svåra känslor eftersom tanken på döden, antingen medvetet eller omedvetet, fungerar som ett hot. De kan också känna sig hjälplösa då de inte förmår hjälpa patienten på det sätt de vill. Kalfoss (2011) menar vidare att möten med människor som lider eller närmar sig döden alltid är känslomässigt utmanande eftersom en människa aldrig vänjer sig att se andra människor lida. Det är därför viktigt att sjuksköterskan är medveten om sina känslor, tankar och andra faktorer som påverkar hens förmåga att möta lidande och döende

patienter. Denna medvetenhet hjälper sjuksköterskan att ständigt förbättra omvårdnaden och även utvecklas både som människa och i sin profession. Kalfoss (2011) finner vidare att om sjuksköterskan försöker att trycka undan svåra känslor eller undvika sin egen ångest kan detta resultera i att patienten finner sig helt utlämnad med sina funderingar och känslor. Detta borde förhindras eftersom det är den palliativa sjuksköterskans roll att lyssna på patienters oro och stödja dem så att de kan upprätthålla kontrollen fram till slutet av livet (Dobrina et al., 2014; Fitch et al., 2015). Sjuksköterskan förväntas att ge emotionellt stöd både till patienten och dennes familj som ju är ett av huvudmålen för palliativ vård. Det här visar hur viktigt det är att personalen inom palliativ vård stötts genom att regelbundet erbjudas tid för reflektion. För att sjuksköterskor i palliativ vård ska kunna öppna upp för egna tankar om döden kan det behövas stöttning i form av stöd från samtalsledare som är van att hantera dessa stora ämnen som en andlig företrädare eller kurator eller psykolog som har erfarenhet av existentiella samtal.

En av de intervjuade sjuksköterskorna berättade att hon hade svårt att släppa tankarna på vissa svåra situationer hen upplevt i arbetet. Det gick inte att glömma dem utan de följde med sköterskan under flera års tid. Mills et al. (2017) anger att den ständiga exponeringen för förlust och lidande negativt kan påverka både välbefinnandet hos den palliativa vårdpersonalen och deras kapacitet att ge en effektiv vård till sina patienter. Denna risk finns när upplevelsen av sorg antingen är uttryckt eller frikopplad på ett annat sätt. Vidare menar Mills et al. (2017) att för att ta hand om andra måste sjuksköterskan först lära sig att ta hand om sig själv. Kalfoss (2011) varnar för risken att ovälkomna föreställningar och påfrestande sinnesbilder återkommande dyker upp i medvetandet mot vår vilja. Risken att fastna i dessa händelser är stor, om vi inte har möjlighet att prata öppet om de tankar och känslor som väcks i samband med upprörande upplevelser. Detta visar på vikten av att prata med någon om svåra upplevelser som man har varit med om då detta kan ha stor betydelse för individens fortsatta fysiska och psykiska hälsa.

Sjuksköterskorna i studien berättade att patientmöten kunde aktivera reflektioner över deras egna liv. Liknande reflektioner framkom i studien av Ingebretsen och Sagbakken (2016) där möten med döende patienter påminde sjuksköterskorna om hur snabbt livet kan förändras och att det var viktigt att njuta av sin tid och sitt liv. Arbetet med döende personer upplevdes som "livsbekräftande" och livet som mer intensivt än det var innan de började arbeta inom palliativ vård.

Metoddiskussion

Ansats och design

Enligt Polit och Beck (2017) är det studiens syfte som avgör vilken ansats som ger bästa resultatet. Kvalitativ ansats handlar om att belysa mångfald genom att efterfråga intervjupersonernas varierande erfarenheter och upplevelser (Polit & Beck, 2017). Författaren valde därför kvalitativ ansats då syftet var att studera sjuksköterskors erfarenheter av att vårda patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård och författaren hade behov av så rik information som möjligt. Det viktigaste i en kvalitativ studie är att bilda sig en uppfattning av ett sammanhang och av människans upplevelse. Ett alternativ till individuella semistrukturerade intervjuer kunde vara fokusgruppsintervjuer, men eftersom författaren ville ha en samverkan med de enskilda deltagarna för att kunna ställa följdfrågor och att på bästa sätt beskriva ett djup kring syftet med denna studie, bestämde sig författaren för att välja individuella intervjuer, vilket rekommenderar Kvale och Brinkman (2014).

Urval

I metoden beskrevs hur och varför informanterna valts ut. Detta kan bidra till en större förståelse för den kontext som deltagarna befann sig i och dess värde för studien (Polit & Beck, 2017). Författaren använde sig av ett strategiskt urval för att fånga sjuksköterskor som hade erfarenheter i att möta ångestfyllda patienter och för att få en bra bild av detta fenomen. För att öka förutsättningar för att urvalet svarar upp till syftet använde sig författaren av inklusionskriterier som garanterade att informanterna hade en stor erfarenhet i efterfrågat ämne. Kravet på minst ett års erfarenhet av arbete med patienter inom specialiserad palliativ vård ökade chansen att få en innehållsrik data. Intervjupersoners omfattande kompetensnivå och spridning av ålder och erfarenhet i yrket gav en bättre beskrivning av fenomenet och kan ses som en styrka. Eftersom alla tillfrågade sjuksköterskorna var villiga att delta i studien förväntade sig författaren att få en rik och omfattande information om fenomenet.

Sex intervjuer kan ses som få och kan tolkas som en svaghet av studien, men efter genomförandet av dessa intervjuer upplevde författaren att det skulle vara svårt att finna nya upplevelser från eventuella nya intervjupersoner eller att analys av nytt insamlat material skulle förändra resultatet (Polit & Beck, 2017). Urvalet behöver inte vara stort om intervjupersonerna kan dela med sig av sina erfarenheter och kommunicera detta tydligt. Ingen av tillfrågade sjuksköterskorna tackade nej till deltagande i studien eller avbröt sitt deltagande i intervjuer vilket tolkas som att det fanns ett stort intresse för det studerade ämnet och de gärna ville bidra med sin kunskap och erfarenhet för områdets utveckling.

Datainsamling

Att samla in data med hjälp av individuella intervjuer kräver mycket tid och goda kunskaper i hur en bra intervju ska genomföras. Detta är svårt och sker genom att öva intervjuteknik (Kvale & Brinkman, 2014). Författaren till studien har sedan tidigare liten erfarenhet av att intervjua. Författaren förberedde sig på denna uppgift genom att läsa kurslitteratur som handlade om intervjugenomförande och genom att planera för och genomföra en pilotintervju.

Polit och Beck (2017) påpekar vikten av att vara medveten om och reflektera kring sin egen roll under insamling av data. Att författaren till studien själv har arbetat som sjuksköterska på en specialiserad palliativ avdelning skulle kunna påverka intervjuerna eftersom, enligt Polit och Beck (2017), intervjuare som har sin bakgrund och sin förförståelse inom ett visst område kan skapa egna tolkningar av intervjuerna. Enligt Kvale och Brinkman (2014) kan användning av en intervjuguide underlätta till att skapa distans och hålla sig till sin roll som intervjuare och författare. Användning av en intervjuguide bygger upp giltigheten i intervjustudier eftersom alla deltagare får öppna frågor kring samma ämne (Graneheim & Lundman, 2004). En intervjuguide skapades därför. Syftet med hur frågorna i intervjuguiden formulerades var att få en omfattande och varierande bild av sjuksköterskornas upplevelse av att möta ångestfyllda patienter och samtidigt låta sjuksköterskorna berätta öppet utan restriktioner. Tystnad och pauser användes i intervjuerna för att visa deltagarna att utrymme fanns för eftertanke och det eftersträvades att inte avbryta deltagarna i syfte att få rikliga beskrivningar i enlighet med Kvale & Brinkmann (2014).

Efter genomförandet av pilotintervjun upplevde författaren inga behov av att ändra något i intervjuguiden utan kände sig väl förberedd för kommande intervjuer. När alla intervjuer genomförts bedömdes även pilotintervjun vara av god kvalitet och bidra med riklig information och därför bestämde författaren att använda även den i studien.

En styrka i datainsamlingen var att alla intervjuer spelades in på författarens mobiltelefon. Det underlättade för författaren att under intervjuernas genomförande kunna koncentrera sig på deltagarnas berättelser och lägga märke till gester och mimik. Genom att ha alla intervjuer sparade och kunna lyssna på dem så många gånger under transkriberingen förlorades ingen data. Transkriberingen skedde i nära anslutning till intervjuerna för att inte gå miste om viktig information och för att få en helhetsbild, vilket försäkras en trovärdig insamling av data (Polit & Beck, 2017). Varje intervjuperson fick information om att samtalet skulle spelas in.

Planerad tid för varje enskild intervju var cirka 30 upp till 60 minuter. Det visade sig dock att intervjuerna endast tog mellan 13 och 26 minuter vilket kan anses vara en svaghet. Den genomsnittliga tiden för intervjuerna var kortare än planerat och detta kan ha påverkat resultatet negativt då det finns risk att insamlat material inte var tillräckligt djupt (Polit & Beck, 2017). I inspelningstiden ingick endast själva intervjuerna utan för- eller efterarbetet kopplat till intervjuerna, som till exempel ett inledande samtal före intervjun, att hämta en underskrift för deltagande i studien, att ställa i ordning mobilen för inspelning eller avrundande samtalet efter intervjuerna.

Eventuellt kan författaren ha beräknat tidsåtgången för en intervju fel eller, på grund av sina bristande kunskaper i intervjuteknik, inte väntat på svar i tystnad tillräckligt länge. Även följdfrågor kan ha varit felformulerade och om de varit ställda på annat sätt skulle intervjuerna kanske kunnat bli längre.

En annan anledning till att det blev så korta intervjuer kunde vara att intervjupersonerna pratade snabbt eller var mer koncisa i sina berättelser eller att intervjupersonerna inte tog sig tillräcklig med tid för att tänka igenom sina svar. Det faktum att två informanter blev intervjuade i början av deras respektive arbetspass kunde ha orsakat en viss stress hos dem och därmed en vilja att så fort som möjligt avsluta intervjun och återgå till sina arbetsuppgifter. En annan informant uppgav innan intervjun började att hen hade en begränsad tid på sig då viktiga arbetsuppgifter väntade. Samtidigt anger Polit och Beck (2017) att längden på intervjuerna ska anpassas efter deltagarnas behov att berätta om ämnet som studeras. Därför lät författaren deltagarna styra tiden och längden på intervjuerna. Författaren upplevde att deltagarna var fokuserade under intervjuerna samt att en bredd och djup information togs emot trots den kortare än beräknade tiden.

Dataanalys

För att analysera insamlat material använde författaren kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Lundman och Graneheim (2017). Intervjuerna transkriberades ordagrant vilket krävde mycket tid och koncentration från författaren. Att utföra analysprocessen ensam och inte ha någon större erfarenhet inom detta område kan anses som en svaghet. Det kändes svårt att påbörja analysarbetet eftersom författaren inte hade någon tidigare erfarenhet i att göra innehållsanalys. Analysarbetet baserades därför endast på informationen om hur man gör innehållsanalys från kurslitteratur. Att kunna delta i de bestämda handledningstillfällena var till stor hjälp. Författaren kunde då få konstruktiv feedback över det framtagna materialet både från handledaren och kollegorna, vilket gav möjlighet till eftertanke och förbättringar.

Under analysprocessen var författaren medveten om risken att tappa meningen av texter i samband med kondensering till meningsbärande enheter och koder (Lundman & Graneheim, 2014) och därför jämfördes återkommande meningsbärande enheter mot

ursprungliga texten för att säkerställa att innebörden i båda stämde överens. De transkriberade intervjutexterna fanns som stöd för att kunna komma tillbaka till enskilda intervjuerna och lätt kunna kontrollera om innebörden stämde och koderna var rätt placerade för att utesluta eventuella feltolkningar.

Genom att synliggöra de typiska karaktäristika för det som var avsett att beskrivas förstärkte författaren studiens giltighet, vilken handlar om hur sanna resultaten är (Polit & Beck, 2017, Lundman & Graneheim, 2014). De kategorier och under-kategorier som analysen resulterade i stämde överens med författarens känsla för vad deltagarna berättade om vilket förstärker tolkningens trovärdighet enligt Lund och Graneheim (2014). Författaren har försökt redogöra för urval och analysarbete noggrant för att ge läsaren en möjlighet att bedöma tolkningarnas giltighet. Författaren har genomläst intervjuerna och genomfört hela analysen ensam. Detta kan minska tillförlitligheten i resultatet eftersom det endast är en person som i analysprocessen reflekterar över olika tolkningsmöjligheter vilket kan resultera i att koder och kategoribenämningar blir mindre tydliga (Lundman & Graneheim, 2014). I studiens resultat används citat från intervjuer för att ge läsaren möjlighet att bedöma studiens giltighet och överförbarhet och genom detta förstärka dessa faktorer.

Enligt Polit och Beck (2017) handlar överförbarhet om i vilken omfattning resultatet kan föras över till andra grupper eller situationer. Genom att detaljerat beskriva urval, deltagare, datainsamling och analysprocess underlättar författaren för läsaren att avgöra om resultaten är överförbara till annan kontext, vilket rekommenderas av Lundman och Graneheim (2014).

Då författaren inte har svenska som modersmål har en kollega varit behjälplig i att kontrollera den skrivna texten och vid behov göra ändringar i den svenska grammatiken samt vokabulären på förekommen anledning.

Slutsats

Studien bekräftar att ångest beskrivs som ett vanligt symtom bland patienter inom palliativ vård och att ge vård till denna grupp av patienter kan trigga igång starka känslor hos sjuksköterskan. I studien framkommer också att det finns vissa svårigheter med att identifiera och bemöta ångest. Det här kan vara betydelsefulla anledningar till att ångest är ett symtom som lätt förbises av sjuksköterskor i det dagliga arbetet. Goda färdigheter i kommunikationen med patienten betonas. Studien visar att det finns förutsättningar för en god lindring av ångest hos patienter på den palliativa verksamhet där studien utförts, men även att vård av patienter med ångest inom palliativ vård behöver utvecklas. Detta för att patienter med ångest ska få bästa möjliga hjälp med symtomets lindring. Att använda ett adekvat skattningsinstrument skulle troligen underlätta för sjuksköterskor att identifiera ångest samt att utvärdera insatta åtgärder.

Klinisk tillämpbarhet

Genom interna vidareutbildningar inom verksamheterna kan sjuksköterskor skaffa sig ökad kunskap om exempelvis relevanta instrument för symtomskattning, effektiv kommunikation och bemötande av ångestfyllda patienter inom palliativ vård, samt även få hjälp att reflektera över vad som händer inuti sjuksköterskan när hen möter lidande och död. Genom vidareutbildning kan sjuksköterskor också få viktiga verktyg för att kunna bemöta hela patienten med hans fysiska, psykiska, existentiella och andliga behov och även bättre förstå sina egna känslor och reaktioner i samband med vården av ångestfyllda patienter.

Fördjupade färdigheter inom dessa områden ger ökad förståelse för patienters behov och genom det ökar sjuksköterskans självförtroende för att möta patienters ångest och lindra den, vilket innebär ett bättre välbefinnande och högre livskvalitet både för patienten med ångest och sjuksköterskan. En specialistsjuksköterska i palliativ vård kan vara till stor hjälp genom sina kunskaper och exempelvis initiera en ny verksamhetsplan för arbetet med patienter med ångest, inklusive utbildning/undervisning för arbetskamrater och stöd vid introduktion och användning av nya bedömningsinstrument av ångest. En specialistsjuksköterska skulle även kunna ta initiativ till handledningsträffar angående olika aspekter av palliativ vård för sina arbetskamrater. Där skulle de kunna få reflektera, ges nya kunskaper i ämnet och olika viktiga problem skulle kunna lyftas upp och diskuteras. Genom detta skulle sjuksköterskorna stärkas i sin yrkesroll och även bekräftas som medmänniskor.

REFERENSER

- Abel, J., Kellehear, A., & Karapliagou, A. (2018). Palliative care - the new essentials. *Annals of Palliative Medicine*, 7(2), 3-14. doi: 10.21037/apm.2018.03.04
- Adelbratt, S., & Strang, P. (2000). Death anxiety in brain tumour patients and their spouses. *Palliative Medicine*, 14(6), 499-507. doi: 10.1191/026921600701536426
- Albinsson, L., & Strang, P. (2012). Ångest, depression och sömnstörningar. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 upp., ss. 306-317). Stockholm: Liber.
- Axelsson, B. (2016). *Palliativ medicin i praktiken*. Lund: Studentlitteratur.
- Atkin, N., Vickerstaff, V., & Candy, B. (2017). 'Worried to death': the assessment and management of anxiety in patients with advanced life-limiting disease, a national survey of palliative medicine physicians. *BMC Palliative Care*, 16(1), 1-10. doi: 10.1186/s12904-017-0245-5
- Bausewein, C., Schildmann, E., Rosenbruch, J., Haberland, B., Tänzler S., & Ramsenthaler, C. (2018). Starting from scratch: Implementing outcome measurement in clinical practice. *Annals of Palliative Medicine* 7(3), 253 - 261. doi:10.21037/apm.2018.06.08
- Beck, I., Olsson Möller, U., Malmström, M., Klarare, A., Samuelsson, H., Lundh Hagelin, C., ... Fürst, C. J. (2017). Translation and cultural adaptation of the Integrated Palliative care Outcome Scale including cognitive interviewing with patients and staff. *BMC Palliative Care*, 16(1), 49. doi: 10.1186/s12904-017-0232-x
- Bruera, E., Kuehn, N., Miller, M.J., Selmsler, P., & Macmillan, K. (1991). The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. *Journal of Palliative Care*, 7(2), 6-9. Hämtad 14 mars 2019 från: <http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/original%20ESAS.pdf>
- Brugnoli, M. P., Pesce, G., Pasin, E., Basil, M. F., Tamburin, S., & Polati, E. (2018). The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), 17-31. doi: 10.21037/apm.2017.10.03
- Carli Buttenschoen, D., Stephan, J., Watanabe, S., & Nikolaichuk, C. (2014). Health care providers' use and knowledge of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): is there a need to improve information and training? *Support Care Cancer*, 22(1), 201-208. doi: 10.1007/s00520-013-1955-8
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricsons (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss.163-174). Lund: Studentlitteratur.
- Dobrina, R., Tenze, M., & Palese, A. (2014). An overview of hospice and palliative care nursing models and theories. *International journal of palliative nursing*, 20(2), 75-81. doi:10.12968/ijpn.2014.2014.20.2.75

- Fitch, M. I., Fliedner, M. C., & O'Connor, M. (2015). Nursing perspectives on palliative care 2015. *Annals of Palliative Medicine*, 4(3), 150-155. doi: 10.3978/j.issn.22245820.2015.07.04
- Friedrichsen, M. (2012). Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I P. Strang och B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 upp., ss. 366-372). Stockholm: Liber.
- Fürst, C. (2019). Ny definition av palliativ vård. *Palliativ vård*, (1), 25.
- 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
- Hagan, T., Xu, J., Lopez, R., & Bressler, T. (2018). Nursing's role in leading palliative care: A call to action. *Nurse Educ Today*, 61(1), 216–219. doi: 10.1016/j.nedt.2017.11.037
- Heins, M., Hofstede, J., Rijken, M., Korevaar, J., Donker, G., & Francke, A. (2018). Palliative care for patient with cancer: do patients receive the care they consider important? A survey study. *BMC Palliative care* 17(1), 1-7. doi: 10.1186/s12904-018-0315-3
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricsons (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss.129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Holm, M., & Alvariza, A. (2018). Använd skattningsinstrument som underlag för samtal. *Palliativ vård*, (1), 8 -9. Hämtad från: <https://www.nrvp.se/wp-content/uploads/2018/05/Anvand-skattningsins-Maja-Holm-Anette-Alvariza-sid-8-9.pdf>
- Hui, D. & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. *Journal of pain and symptom management*, 53(3), 630-643. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.10.370
- Hui, D., Shameih, O., Paiva, C.E., Perez-Cruz, P.E., Kwon, J. H., Muckaden, M. A., ... Bruera, E. (2015). Minimal clinically important difference in the Edmonton symptom assessment scale in cancer patients: a prospective, multicenter study. *Cancer*, 121(17), 3027-3035. doi:10.1002/cncr.29437
- Ingebretsen, L. P., & Sagbakken, M. (2016). Hospice nurses' emotional challenges in their encounters with the dying. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 11, 31170. doi:10.3402/qhw.v11.31170
- Jakobsson, U. (2011). *Forskningens termer & begrepp-en ordbok*. Lund: Studentlitteratur.

James, I., Andershed, B., Gustavsson, B., & Ternstedt, B-M. (2010). Emotional knowing in nursing practice: in the encounter between life and death. *International journal of qualitative students health and well-being*, 5(2), 1-15. doi: 10.3402/qhw.v5i2.5367

Kalfoss, M. H. (2011). Mötet med lidande och döende patienter – sjuksköterskans möte med sig själv. I H. Almås, D-G Stubberud och R. Gronseth (Red.), *Klinisk omvårdnad 2*.(2.uppl.; ss. 475-498). Stockholm: Liber.

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

Lundh Hagelin, C., Klarare, A., & Fürst, C-J. (2017). The applicability of the translated Edmonton Symptom Assessment System: revised (ESAS-r) in Swedish palliative care. *Acta Oncologica*, 57(4), 560 – 562. doi: 10.1080/0284186X.2017.1366050

Lundman, B., & Graneheim, U. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär., & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2.uppl., ss. 187–301). Lund: Studentlitteratur.

Mills, J., Wand, T., & Fraser, J.A. (2017). Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(5). doi: 10.12968/ijpn.2017.23.5.219

Minton, M., Isaacson, M., Varilek, B., Stadick, J., & O'Connell-Persaud. (2017). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2). doi: 10.1111/jocn.13867

Nyatanga, B. (2016). The essential pillars of palliative care. *British Journal of Community Nursing*. 21(8), 418. doi: 10.12968/bjcn.2016.21.8.418.

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

Omran, M., & Lundström S. (2017). Farmakologisk symtomlindring i livets slutskede. *Läkartidningen*, 114, 1–6. Hämtad från <http://www.lakartidningen.se>

Ozanne, A. O., Graneheim, U. H., & Strang, S. (2013). Finding meaning despite anxiety over life and death in amyotrophic lateral sclerosis patients. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2141-2149. doi:10.1111/jocn.12071

Palliativt utvecklingscentrum. (u.å.). *IPOS: Skattningsinstrument för bedömning av palliativa behov*. Hämtad 9 januari, 2019, från: <https://palliativtutvecklingscentrum.se/ipos/>

Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., Hood, K., & Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review

of literature. *The Open Nursing Journal*, 7, 14-21. doi: 10.2174/1874434601307010014

Polit, D.F., & Beck, Ch.T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I M. Henricsons (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (ss.31-52). Lund: Studentlitteratur.

Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede: Nationellt vårdprogram*. Hämtad 12 november, 2018, från: https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/rehabilitering-palliativvard/vardprogram/natvp_palliativvard_vers.2.1_dec2016.pdf

Sand, L., & Strang, P. (2013). *När döden utmanar livet: om existentiell kris och coping i palliativ vård*. Stockholm: Natur & Kultur.

Schantz, ML. (2007). Compassion: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42, 48-55. doi: 10.1111/j.1744-6198.2007.00067.x

Schroeder, K., & Lorenz, K. (2018). Nursing and The Future of Palliative Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(1), 4-8. doi: 10.4103/apjon.apjon_43_17

Sekse, R. J. T., Hunskår, I., & Ellingsen, S. (2018). The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 27(1-2), 21-38. doi: 10.1111/jocn.13912

Sharp, S., McAllister, M., & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary Nurse*, 52(2-3), 300-312. doi: 10.1080/10376178.2015.1020981

Sinclair, S., Beamer, K., Hack, T. F., McClement, S., Raffin Bouchal, S., Chochinov, H. M., & Hagen, N. (2017). Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliative Medicine*, 31(5), 437-447. doi: 10.1177/0269216316663499

Sinclair, S., Hack, T. F., Raffin Bouchal, S., McClement, S., Stajduhar, K., Singh, P., Hagen, N. A., Sinnarajah, A., & Chochinov, H. M. (2018). What are healthcare providers' understandings and experiences of compassion? The healthcare compassion model: a grounded theory study of health care providers in Canada. *BMJ Open*. 8(3):e019701. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019701

Sinclair, S., McClement, S., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., Hagen, N. A., McConnell, S., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion in Health Care: An Empirical Model. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(2), 193-203. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.10.009

Sjöström, N., & Skärsäter, I. (2014). Ångestsyndrom. I. Skärsäter (Red.), *Omvårdnad vid psykisk ohälsa-på grundläggande nivå* (ss. 77-98). Lund: Studentlitteratur.

Skärsäter, I. (2009). Psykisk ohälsa. I A-K. Edberg och H. Wijk (Red.), *Omvårdnadens grunder- Hälsa och ohälsa* (ss. 711-748). Lund: Studentlitteratur.

Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer: Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2018). *Palliativ vård –förtydligande och konkretisering av begrepp*. Hämtad 18 december, 2018, från:
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/21059/2018-8-6.pdf>

Strang, P. (2012). Symptomkontrollens betydelse i den palliativa vården. I P. Strang och B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård* (4 uppl., ss. 186-189). Stockholm: Liber.

Strang, P. (2018). Tankar kring dödsångest. *Palliativ vård*, (1), 26-27. Hämtad från:
<https://www.nrvp.se/wp-content/uploads/2018/05/Tankar-kring-dodsangest-Peter-Strang-sid-26-27.pdf>

Strang, S., Ekberg-Jansson, A., & Henoch, I. (2014a). Experience of anxiety among patients with severe COPD: A qualitative, in-depth interview study. *Palliative & Supportive Care*, 12(6), 465-472. doi: 10.1017/S1478951513000369

Strang, S., Henoch, I., Danielson, E., Browall, M., & Melin-Johansson, C. (2014b). Communication about existential issues with patients close to death—nurses' reflektions on content, process and meaning. *Psykooncology*, 23(5), 562-568. doi: 10.1002/pon.3456

Sjuksköterskor för palliativ omvårdnad (SFPO) (2019). *Kompetensbeskrivning. Avancerad nivå. Specialistsjuksköterska med inriktning palliativ vård*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Udo, C., Melin-Johansson, C., Henoch, I., Axelsson, B. & Danielson, E. (2013). Surgical nurses' attitudes towards caring for patients dying of cancer- a pilot study of an educational intervention on existential issues. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 426-440. doi: 10.1111/ecc.12142

Watson, J. (1993). *En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Veldhuisen, H., Zweers, D., de Graaf, E., & Teunissen, S. (2016). Assessment of anxiety in advanced cancer patients: a mixed methods study. *International Journal of Palliative Nursing*, 22(7), 341-350, doi: 10.12968/ijpn.2016.22.7.341

Wiklund Gustin, L. (2017). Medlidande och 'compassion'. I L. Wiklund Gustin och I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (2.uppl., ss. 353-366). Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L., & Wagner, L. (2013). The butterfly effect of caring – clinical nursing

teachers' understanding of self-compassion as a source to compassionate care.
Scandinavian Journal of Caring Sciences. 27(1), 175-183. doi: 10.1111/j.1471-
6712.2012.01033x

Wittenberg, E., Ragan, S. L., & Ferrell, B. (2017). Exploring Nurse Communication About Spirituality. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*. 34(6), 566-571. doi: 10.1177/1049909116641630

Ångest och rädsla. (2015). I Läkemedelsboken.se. Hämtad 06 januari, 2019, från: https://lakemedelsboken.se/kapitel/smarta/palliativ_varld.html#q2_68

Förfrågan till verksamhetschef

Till Verksamhetschef

XXXXXX

XXXXXX

Jag heter Bernadetta Swierszcz och är sjuksköterska på Palliativa Avdelningen i Handen. Jag studerar på specialistsjuksköterskeprogrammet - inriktning palliativ vård vid Sophiahemmet Högskola. I mitt examensarbete, omfattande 15 högskolepoäng, har jag valt att studera sjuksköterskans upplevelse av att möta patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård. Jag är därför intresserad av att få genomföra intervjuer med sex till åtta sjuksköterskor med eller utan specialistkompetens inom palliativ vård som arbetar på palliativa avdelningen eller inom ASIH.

Problemområdet

I palliativ vård är ångest ett vanligt symtom som dessutom ofta är underdiagnostiserat och underbehandlat. I samband med ångest uppkommer många olika känslor och oftast är det just sjuksköterskan som möter dessa. Patientens ångest kan väcka många känslor hos sjuksköterskan vilket i sin tur kan leda till att hen tvivlar på sina egna kunskaper och reaktioner. Fokus i detta arbetet ligger på sjuksköterskans upplevelser av att möta patientens ångest. Genom att belysa problemet kan vi bidra till ökad självkännetdom hos den enskilda sjuksköterskan vilket kan stärka hen i sin yrkesroll.

Syftet

Syftet med det självständiga arbetet är att beskriva sjuksköterskans upplevelse av att möta patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård.

Det självständiga arbetets design och metod för datainsamling

Författaren har valt att göra en empirisk intervjustudie med kvalitativ ansats. Datainsamlingen kommer att ske genom personliga semistrukturerade intervjuer inledda med en öppen fråga: "Kan du berätta om dina erfarenheter av att möta patienter med ångest?". Intervjupersonen kommer att fritt få berätta om sina upplevelser. Mer specifika följdfrågor kommer efteråt. Intervjuerna genomförs med fördel på deltagarnas arbetsplats i en avskild och lugn miljö och på betald arbetstid. En intervju beräknas ta upp till 60 minuter. En kvalitativ innehållsanalys på insamlad data planeras. Intervjuerna beräknas genomföras i januari 2019.

Om Du godkänner att studien genomförs på Din verksamhet är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga.

Om Du känner dig tveksam till att studien genomförs är jag tacksam för besked snarast.

Vid frågor rörande den planerade studien är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Med vänlig hälsning

Sophiahemmet Högskola

Students namnteckning

Bernadetta Swierszcz, studerande

Tel:

E-post:

Maja Holm, handledare

Tel:

E-post:

Jag godkänner härmed att Bernadetta Swierszcz får utföra studien ”Sjuksköterskans upplevelse av att möta patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård”

Ort och datum

Namnteckning, Verksamhetschef

Namnförtydligande

Förfrågan om deltagande i forskningsintervju

Jag heter Bernadetta Swierszcz och är sjuksköterska. Jag studerar magisterprogrammet med inriktning palliativ vård vid Sophiahemmet Högskola. I min utbildning ingår ett självständigt arbete, omfattande 15 högskolepoäng. Området som jag valt att studera berör sjuksköterskans upplevelse av att möta patienter med ångest inom specialiserad palliativ vård.

I palliativ vård är ångest ett vanligt symtom, som dessutom ofta är underdiagnostiserat och underbehandlat. I samband med ångest uppkommer många olika känslor och ofta är det just sjuksköterskan som möter dessa. Genom att belysa problemet och sjuksköterskans upplevelser kring fenomenet kan vi bidra till ökad självkänedom hos den enskilda sjuksköterskan vilket kan stärka hen i sin yrkesroll.

Jag önskar att genomföra en intervju med Dig som jobbar inom palliativ vård om Dina upplevelser av att möta patienter med ångest på ditt arbete. Intervjun kommer att ta ungefär 30-60 minuter och vi träffas gärna på Din arbetsplats. Intervjun kommer att spelas in. Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Insamlad data kommer endast att användas för studiens ändamål och raderas när arbetet är genomfört. I samband med intervjun kommer jag också informera mer ingående om studien och be om underskrift för informerat samtycke till studien. Ansvarig för dina personuppgifter är Sophiahemmet Högskola, vilket styrs av lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

Jag vill betona att intervjuerna absolut inte syftar till att kontrollera din kunskap eller bedöma om du gör ett bra arbete eller inte. Om du under intervjun upplever obehag i samband med någon fråga kan du välja att inte svara. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan när som helst avsluta Din medverkan i studien.

Resultatet kommer att publiceras i databasen DIVA som är en portal för forskningsrapporter och studentarbeten, men då så att inga enskilda namn eller namn på arbetsplatser kommer att kunna identifieras.

Du är välkommen att kontakta oss om du har frågor angående studien.
Med vänlig hälsning

Students namnteckning

Bernadetta Swierszcz, Studerande
Tel:
E-post:

Maja Holm, Handledare
Tel:
E-post:

Samtycke till deltagande i intervjustudie

Medgivande:

- Jag har tagit del av informationen om studien och vet hur den kommer att gå till.
- Jag har fått mina frågor angående studien besvarade och vet vem jag kan vända mig till med ytterligare frågor.
- Mitt deltagande i studien är frivilligt och jag är medveten om att jag när som helst under studien kan avbryta mitt deltagande utan förklaring.
- Endast författaren till studien och handledaren tar del av insamlade data.
- Jag samtycker även till att mina personuppgifter hanteras enligt dataskyddsförordningen.

Ort och datum

Namnteckning

Namnförtydligande

Förslag till intervjuguiden

Innan intervjun påbörjas presenterar författaren sig själv. Författaren återberättar kort studiens syfte, att det är frivilligt att delta i studien samt att studien kommer genomföras under konfidentialitetskrav. Informanterna kommer upplysas om att de inte behöver svara på frågor om de känns obekväma på något sätt, samt att de har rätt att avsluta sitt deltagande i studien när som helst utan att ange orsak till detta. Informanterna kommer att få presentera sig själva och ställa frågor om de har några funderingar inför intervjun. Ett skriftligt samtycke kommer att lämnas till informanterna för underskrift. Författaren frågar informanterna om deras utbildning samt hur lång erfarenhet inom palliativ vård de har.

Inspelning av intervjun påbörjas.

Inledande öppen fråga:

Kan du berätta om dina erfarenheter i att möta patienter med ångest?

Följande frågor:

1. Hur kan du avgöra om en patient lider av ångest om denne inte kan definiera det själv? Använder du något skattningsinstrument? Dina erfarenheter av detta?
2. På vilket sätt arbetar ni med ångest hos patienter inom din verksamhet?
3. Vilka känslor väcks hos dig i mötet med patienter som har ångest? Hur hanterar du dessa känslor?
4. Upplever du att du har tillräckliga kunskaper för att kunna möta ångest hos patienter på ett professionellt sätt?

Stödfrågor:

Kan du berätta mer..?

Kan du utveckla det mer..? Kan du ge exempel på detta..? Hur tänker du då..?

Hur menar du..?

Vad betyder det för dig..?