



RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
Sjuksköterskeprogrammet 180hp
Vetenskaplig metodik III, Självständigt examensarbete
DELKURS 17, 15 hp
HT 11

**SJUKSKÖTERSKANS UPPLEVELSE
AV
MÖTET MED NÄRSTÅENDE I PSYKISK KRIS**

- en intervjustudie

Dinice Olofsson Wrening

Ida Rupush

SAMMANFATTNING

Bakgrund: I sitt arbete möter sjuksköterskor individer som är allvarligt sjuka eller som tagit emot ett negativt besked. En sådan svår situation kan leda till en kraftfull psykologisk reaktion och om inte individens bemästringsförsök räcker till kan tillståndet leda till psykisk kris. Personer runt den drabbade, såsom närstående, påverkas av situationen och kan uppvisa liknande mer eller mindre kraftfulla stressreaktioner och även psykisk kris. Det är sjuksköterskans ansvar att omhänderta och informera den närstående. Att dessa möten är av god kvalitet är viktigt för att den drabbade ska kunna bearbeta den psykiska krisen. **Syfte:** Att beskriva sjuksköterskans upplevelse av mötet med närstående i psykisk kris. **Metod:** Semi-strukturerade intervjuer med öppna frågor genomfördes. Insamlad data bearbetades med kvalitativ innehållsanalys. **Resultat:** Sjuksköterskor upplever mötet med närstående i psykisk kris på olika sätt. Mötet påverkas av olika komponenter som kan bidra till både förbättring eller försämring. **Slutsats:** Sjuksköterskor anser att yrkeserfarenhet är det som kan förbättra mötet med den närstående. Litteraturen påvisar ett behov av utbildning. En slutsats som dras är att det finns ett behov av en handbok för dessa möten för sjuksköterskestudenter och nyexaminerade sjuksköterskor som saknar yrkeserfarenhet.

Nyckelord: Upplevelse, Sjuksköterska, Närstående, Psykisk kris, Möte

SUMMARY

Background: The nurse will frequently meet individuals who have received bad news. A stressful situation can lead to a powerful psychological reaction that might result in a mental crisis if the individuals coping mechanisms are insufficient. Those around the individual in a mental crisis, such as relatives or the nurse, become secondarily affected by the situation and may have similar, more or less powerful stress-reactions and might even develop a mental crisis themselves. **Aim:** To describe nurses perception of the encounter with relatives in a mental crisis. **Method:** Semi-structured interviews with open questions were conducted. Collected data were processed using qualitative content analysis. **Results:** Nurses perceive the meeting with relatives in a mental crisis in different ways. The encounter is affected by various components that can contribute to either the improvement or worsening of the interaction. **Conclusion:** Nurses believe that experience is one thing that can improve the encounter with the relatives. Literature point out a need for education. A conclusion that can be drawn from the result is that there is a need for a manual in how to interact with individuals in a mental crisis for nursing students and recently graduated nurses that lack clinical experience.

Keywords: Perception, Nurse, Relatives, Mental crisis, Encounter

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	2
	2.1 Stressreaktioner	2
	2.2 Bemästring.....	3
	2.3 Psykisk kris.....	3
	2.4 Omvårdnad vid psykisk kris	4
	2.5 Att stödja en person i psykisk kris	5
	2.6 Mötet med en person i psykisk kris	5
	2.7 Sjuksköterskans ansvar	6
	2.8 Kommunikation.....	6
	2.9 Relationen mellan sjuksköterskan och den närstående	7
	2.10 Psykologisk första hjälp (PFH).....	8
3	PROBLEMFÖRMULERING.....	9
4	SYFTE	9
5	Metod	9
	5.3 Dataanalys	11
6	ETISKA ASPEKTER	13
7	RESULTAT.....	14
	7.1 Förberedelser inför mötet.....	14
	7.2 Sjuksköterskans roll	16
	7.3 Värdefulla komponenter i mötet.....	17
	7.4 Känslor runt mötet.....	21
	7.5 Tankar om förbättring	22
8	DISKUSSION	23
	8.1 Metoddiskussion	23
	8.2 Resultatdiskussion.....	24
	8.3 Slutsats/er	29
	8.4 Klinisk betydelse	30
	8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling	30
9	REFERENSER.....	31
	BILAGA 1	35
	BILAGA 2.....	36
	BILAGA 3.....	37
	BILAGA 4.....	38

1 INLEDNING

Svåra perioder är en del av människans liv. Dagligen ställs vi inför nyheter om katastrofer och sorg, oftast är det långt bort ifrån vår egen vardag, men ibland händer det att krisen sätter sin fot vid vår egen dörr i skepnad av olyckor, allvarlig sjukdom, hjärtesorg och död.

När nyheten når oss tappar vi fotfästet, marken glider undan och verkligheten blir suddig. Vi skriker och fäktar för vår existentiella överlevnad och välbefinnande, vi skriker ”NEJ, det är inte sant, det händer inte, du ljuger”...

”Jag tar några djupa andetag och säger till mig själv. Jag måste göra det. Jag sätter mig ner och tänker. Det är jag som försöker stärka mig själv. Det är hemskt när man ska gå in och plocka upp spillrorna...Man är nästan i halvkris själv, fast det måste man ju dölja...”

- En Sjuksköterska, 2011

I vården möter vi individer som befinner sig i situationer av omvälvande karaktär som onekligen kommer att påverka resten av deras liv. Det kan handla om stressreaktioner efter ett besked eller en händelse som på obestämd tid kommer påverka individens liv. Bemötande och omhändertagandet av dessa utsatta personer är en del av arbetet som sjuksköterska. Bemötande grundas i vetskapen om att varje individs upplevelse är subjektiv och formas efter dennes sinne, inte efter en generell mall. Men det bör tas i åtanke att det inte enbart är den drabbade individen som påverkas av den psykiska krisen, utan att även sjuksköterskan kan bli sekundärt drabbad av emotionerna i mötet.

2 BAKGRUND

2.1 Stressreaktioner

Den första att introducera den somatiska stressteorin var Hans Selye (Michel, 2010). Selye redogjorde för den somatiska stressen en person går igenom. Det finns två utgångspunkter, där den ena består av stressen som uppstår vid fysisk skada och hur detta påverkar läkningsprocessen, den andra är människans strävan efter jämvikt. Den fysiologiska stressen har tre skeden som innebär en aktivering av det sympatiska nervsystemet, bemästring och försök att motverka effekterna av stressen, samt den sista delen, utmattningsfasen då krafterna börjar sina och tillgången på energin är slut. Selyes stressteori har kompletterats med en psykologisk stressteori som beskrivs som en interaktion mellan den yttre händelsen och individen. En plötsligt uppkommen situation som medför en stor fara för hälsa eller liv klassas som ett typexempel på en sådan händelse. Det kan också vara ett upplevt allvarligt hot mot individens hälsa eller hot om förintelse, eller förlust av någon närstående eller annat viktigt i en individs liv (Michel, 2010).

Det finns specifika reaktioner hos personer som erfar ökad stress (McLauchlan, 1990). Känslomässiga reaktioner som personen kan uppleva är oro, rädsla, nedstämdhet, ångest och spändhet (Nygren & Åsberg, 2010). Beteendeförändringar är en typ av stressreaktioner som kan uppstå; till exempel ökad irritabilitet, aggressivitet och extrem trötthet på grund av stigande kortisolnivåer i kroppen. Undvikande beteende och en känsla av utanförskap är också vanligt. Inställningen till sig själv och omgivningen kan ändras, då känslan av utanförskap kan leda till misstänksamhet inför andra. Bristande framtidstro och överklighetskänslor kan tillta, personen letar ofta efter en mening med det som inträffat. Olika psyko-fysiologiska reaktioner och förändringar kan uppstå i form av sömnstörningar, och aptitsförlust samt en ökad muskulär spänning, som kan ge upphov till muskulär smärta. Vid akut stress får kroppen ett adrenalin- och noradrenalin påslag som leder till ökad hjärtverksamhet, förhöjt blodtryck och svårighet med att varva ned. Vid långvarig/kronisk stress ökar kortisolhalten i blodet som kan leda till total utmattning (Michel, 2010).

Akut stressyndrom definieras enligt Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Fourth Edition (DSM-IV) som en situation där en individ har upplevt eller konfronterats med en eller flera händelser som innebär allvarlig skada, död eller hot mot andras eller den egna fysiska integriteten. Det kan även handla om situationer där personen reagerat med hjälplöshet, skräck eller intensiv rädsla. Ångest och ökad retbarhet är andra kriterier för denna diagnos. Akut stressyndrom pågår allt från två dagar till fyra veckor (American Psychiatric Association, 1994).

2.2 Bemästring

Bemästring eller ”coping” är enligt Michel (2010) på vilket sätt en individ anpassar och bemöter hot mot dennes hälsa, hot om död eller förlust av närstående. Bemästringen i sig går inte att påverka viljemässigt, det sättet en individ handskas med situationen grundas i tidigare erfarenheter och hur personen handskats med de situationerna. Det finns två strategier för att bemästra en händelse; emotionell eller probleminriktad. Den emotionella strategin domineras av känslomässiga reaktioner och psykologisk bearbetning. Den probleminriktade bemästringsstrategin, innefattar att individen tekniskt försöker förklara förhållandet som råder och lösa problemet. Beroende på personlighet dominerar den ena eller den andra strategin mer eller mindre (a.a.).

En individ använder omedvetet både positiva och negativa bemästringar; *fysiologisk bemästring*, där individen kan komma att använda sig av droger/alkohol, (själv)medicinering eller sportaktiviteter och avslappning. I den *emotionella bemästringen* kan individen använda sig av emotionell stumhet, somatisering, dissociation, erkännande eller accepterande av situationen. I den tredje bemästringsgruppen *kognitiv bemästring* finns strategier som förnekande, cynism, erkännande och/eller anpassning. Den fjärde gruppen, *beteendemässig bemästring* ingår strategier som en känsla av kontrollförlust, agorafobi, undvikande och nyorientering (Michel, 2010).

2.3 Psykisk kris

En psykisk kris kan utvecklas ur kraftfulla stressreaktioner (Michel, 2010). Det är ett tillstånd då individen befinner sig i en livssituation där inlärd bemästringsstrategier och tidigare erfarenheter inte är tillräckliga för att psykiskt bemästra den aktuella situationen (Cullberg, 2003). De reaktionsmönster som uppstår vid akuta, traumatiska inre och yttre svårigheter benämns alltmer som kris. En traumatisk kris uppstår då en persons fysiska existens och framtida livsmål hotas på grund av en oväntad svår händelse (a.a.). Närstående som vänner och familj, men även sjuksköterskan som befinner sig runt den direkt drabbade individen anses kunna drabbas av psykisk kris och stressreaktioner. De individer som befinner sig runt den direkt drabbade är indirekt drabbad (Dyregrov, 2002).

De faser en individ går igenom under en psykisk kris beskrivs av Cullberg (2003) och består av chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och den sista nyorienteringsfasen. Chockfasen präglas vanligtvis av förnekande av verkligheten, då realiteten är för smärtsam. Så kallad psykisk domning och överklighetskänslor är vanliga reaktioner. Chockfasen kan vara under allt från sekunder till en vecka. Utåt kan individen te sig lugn och samlad men inombords vara ångestfylld och kaotisk. Efter chockfasen följer reaktionsfasen, den kan vara i allt från ett par veckor upp till

ett år. Lundin (1992) menar att när den initiala försvarsblockaden börjar släppa kan reaktioner som gråt, ledsnad, fientlighet och vrede uppkomma. Reaktionsfasen kännetecknas även av depressivitet, ångest och andra psykosomatiska reaktioner. Reaktionsfasen övergår successivt i bearbetningsfasen. Detta sker genom ständigt återupplevande och repeterande av tidpunkter kring själva situationen eller händelsen, i vaket tillstånd, liksom i drömmar. I denna fas sker ett psykologiskt lösgörande från det eller den som förlorats, bindningen till den eller det förlorade förändras och smärtsamma minnen trängs bort. Den fjärde och sista fasen, nyorienteringsfasen, efterträder successivt bearbetningsfasen. Cullberg (2003) menar att denna fas inte har något avslut, individen lär sig leva med det förgångna, ibland dyker de gamla minnena upp, men de är då hanterbara.

2.4 Omvårdnad vid psykisk kris

När en person utvecklar en psykisk kris vid till exempel en allvarlig sjukdom med risk för dödlig utgång eller har tagit emot ett negativt besked är det inte endast den individen som drabbas, utan även den personens familj och närstående (Lenneer Axelsson, 2010). Därav blir de indirekt påverkade av den psykiska krisen (Ptacek & Ellison, 2000). De närståendes behov och reaktioner liknar de psykologiska reaktioner en patient upplever i kris, dessa reaktioner kan vara mer eller mindre kraftfulla. Närstående kan därför vara i lika stort behov av information och stöd som patienten själv och uppvisar ofta ångest i kontakten med vården (Albertsson & Torstensson Nimby, 1999). Att bli bemött på ett bra sätt i form av förståelse, få kunskap och tid att begripa, bli sedd och lyssnad till och att bli respekterad ger goda möten och därmed god omvårdnad. Detta förebygger missförstånd och är en förutsättning för att kunna stödja människors möjlighet till hälsa (Robertson, 2007). God kommunikation i yrkesutövandet kan ge en ökad känsla av trygghet i situationer som kan upplevas svåra eller emotionella. Tryggheten kan minska den emotionella påverkan och belastningen som både sjuksköterskan och den närstående kan uppleva i mötet. (Eide & Eide, 1997). Trygghet är av lika stor vikt för sjuksköterskan som för den närstående då mötet med individer i psykisk kris kan leda till ett nedsatt välbefinnande även hos sjuksköterskan, som i förläggningen kan leda till utbrändhet och nedsatt hälsa (a.a.).

En del av god omvårdnad är ett empatiskt förhållningssätt. Empati kan beskrivas som förmågan att lyssna och se den andre individens behov, känslor och svar. Empatin i den professionella kommunikationen är gensvar i emotionella reaktioner och förmåga att genom ord och handling förmedla detta. Mål i vårdrelaterad kommunikation avser den gemensamma strävan mellan individer i en situation att nå en önskvärd punkt. Detta kan vara en önskan om snabbt tillfrisknande, stötta och inge trygghet eller lindra ett lindande. Den goda målorienterade

kommunikationen avser optimal problemförståelse och kollaboration mellan sjuksköterskan, patienten och närstående. För att vården skall bli så god som möjligt behöver sjuksköterskan kunskap och färdigheter i yrkesutövandet. När kunskapen brister blir vårdandet äventyrat och därmed patienten och dennes närstående (Eide & Eide, 1997).

Ett negativt besked kommer alltid att vara negativt oavsett hur det framförs. Det enda sättet att få ett negativt besked till något positivt är att förvränga informationen som ges. Sättet på hur information framförs har en direkt påverkan på hur individen sedan går vidare och bearbetar informationens innebörd (Torstensson Nimby & Arlebrink, 1999). Vidare menar Torstensson Nimby och Arlebrink att upplevelsen av ett negativt besked är essentiellt för bearbetningen. Illa strukturerade möten och vårdgivare som saknar kompetens, träning och erfarenhet kan förvärra den närståendes situation (Dyregrov, 2002). Individen som fått ett negativt besked kan misstolka och missförstå innebörden vilket i förlängningen leder till misstro och negativa emotioner gentemot vårdare och vården (Arlebrink, 1999).

2.5 Att stödja en person i psykisk kris

Då en person hamnar i psykisk kris är det viktigt att denne får god omvårdnad i form av stöd. Stödet av personer från privata nätverk, men också professionellt stöd är mycket betydelsefullt. Det sociala nätverket och vänner är ett viktigt stöd för den utsatte individen och skall även ses som en resurs i bearbetningen av den psykiska krisen. Väsentligt för alla stödpersoner är att de visar att de lyssnar och bryr sig om personen i psykisk kris. Många som befinner sig i en omvälvande situation har en djupt rotad önskan att klara sig själv och inte belasta andra i sin omgivning, det ses även som ett ideal i samhället att klara sig själv. Det är därför viktigt att ta hänsyn till individens egen önskan om att bli tröstad och stöttad, för att individen inte skall känna sig trängd (Lenneer Axelsson, 2010). Den krisdrabbade individens önskan om hjälp och stöd och från vem hjälpen skall komma, kan variera över tid (Dyregrov, 2002).

2.6 Mötet med en person i psykisk kris

I mötet med personer i psykisk kris kan sjuksköterskan underlätta mötet genom att ha en förståelse för kommunikation och bemötande (Eide & Eide, 1997). En av de viktigaste beståndsdelarna i ett möte är att lyssna (Andersson, 2007). Mötet i vården står på fyra pelare; kunskap och färdighet, etik, empati och mål. Ett empatiskt och målorienterat förhållningssätt i mötet med närstående kan underlätta situationen för sjuksköterskan. Att ha mål med mötet med den närstående underlättar bemötandet då mötet i sig uppfyller ett syfte. Är syftet att informera kan sjuksköterskan ta med sig information om den aktuella situationen, är syftet att stötta den

närstående kan sjuksköterskan förbereda sig mentalt på den eventuella emotionella reaktionen som kan uppstå och därmed förbättra bemötandet av den närstående (Eide & Eide, 1997).

Mötet ger ramen för samtalet, sammanhanget. Till sammanhanget hör de omständigheter som gör att mötet sker, personernas kunskaper och erfarenhet, samt varje individs personliga mönster för att skapa relationer. Mötets plats har betydelse för innebörden av det som sägs (Andersson, 2007). Ett problem som kan uppstå i mötet är att sjuksköterskan aldrig till fullo kan förstå vilka tankar den närstående går igenom, då alla individer har sitt sätt att hantera situationer. Vad som skall delges och vad som skall hållas dolt för den närstående kan upplevas som problematiskt av sjuksköterskan, då det kan försämra den närståendes mående och ge upphov till en emotionell reaktion sjuksköterskan inte är beredd på. Även om situationen inte går att till fullo utläsa måste sjuksköterskan i varje enskilt möte tala sanningsenligt och förmedla den kunskap hon själv besitter (Chauhan & Long, 2000b).

2.7 Sjuksköterskans ansvar

Sjuksköterskan har en rad olika ansvar, däribland ingår att ge god vård och ha förmågan att kommunicera med både patient och närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Den närstående skall göras delaktig i vården, informeras och stödjars om behov finns. Sjuksköterskan skall sträva efter att alltid främja hälsa och förhindra ohälsa hos både patienten och dennes närstående. Sjuksköterskan skall inneha förmågan att förvissa sig om att given information förstås av både patient och/eller närstående (Socialstyrelsen, 2005). Patienten och närstående skall oavsett till exempel ålder, kön, funktionshinder visas respekt och omtanke, informeras samt göras delaktig i situationen (Socialtjänstlagen [SOL], SOSFS, 2005:12, kap 4, 1 §).

Sjuksköterskan måste iaktta sekretess när information ges ut till andra än patienten själv. Tystnadsplikten får brytas om patienten ger medgivande om att information får ges ut eller om patienten inte tar skada av att informationen ges ut (Offentlighets- och sekretesslagen [SFS], 2009:400, kap 12, 2 §). Närstående anses vara föräldrar, syskon make/maka, samboende, registrerad partner, mor- eller farföräldrar, ingifta barn och i undantagsfall nära vän om detta sagts av patienten själv. Uppgifter om vem eller vilka information får ges ut till skall stå tydligt i patientjournalen (SOL, SOSFS, 1996:28).

2.8 Kommunikation

Kommunikation är essentiellt i mötet, det används för att trygga individens överlevnad och personliga behov (Fossum, 2007). Kommunikation är en process som innefattar förståelse, att dela och ta emot information samt hur den delade informationen påverkar beteendet hos de inblandade

parterna (Braga & Paes da Silva, 2007). Kommunikationen kan ske på flera olika plan, både som ett samtal mellan två individer till ett massutbyte av information. Inom vården används begreppet kommunikation som relationen eller kontakten mellan individer och de informationsutbyten som sker mellan parterna (Eide & Eide, 1997).

Den verbala kommunikationen kan förklaras som det sagda eller skrivna ordet men kommunikation innefattar inte enbart användandet av ord och ljud, utan innefattar även icke-verbala kommunikation. Kroppsspråk, symboler och den dolda meningen mellan det sagda ses som icke-verbala kommunikation (Eide & Eide, 1997). Kroppsrörelserna förmedlar ett budskap både medvetet och omedvetet som uppfattas och tolkas av mottagaren. De sensoriska receptorerna från människans sinnesorgan samlar information som skickas vidare till hjärnan där informationen behandlas och en uppfattning av omgivning skapas. När information ges via ljud och ord hör individen vad som händer i omgivningen, likväl som när individen iakttar ser individen vad som händer i omgivningen. De olika typerna av information kombineras och behandlas och ger individen komplett uppfattning av vad som sker (Solms & Turnbull, 2002).

En normal fungerande människa har lättare att uppfatta synintryck än audiotära intryck, då människans hörselorgan inte är utvecklade att kunna rikta sin uppmärksamhet mot ett specifikt område, till skillnad från ögonen som lätt kan skifta fokus från en punkt till en annan. I omgivningar med stort informationsflöde eller situationer där informationsutbytet är stort, är det alltså synintryck lättare att uppfatta än ljudintryck (Naish, 2005). Den icke verbala kommunikationen är lika viktig som den verbala för att ett budskap skall uppfattas och tolkas rätt av mottagaren. Tonläge, val av ord och språkstil är lika viktig som det sagda ordet, och har lika stor påverkan på mottagarens uppfattning av informationen som ges. Den icke verbala kommunikation kan leda till missförstånd och feltolkningar, då varje enskild individ bär med sig sin förförståelse och kunskap in i kommunikationen (Eide & Eide, 1997).

2.9 Relationen mellan sjuksköterskan och den närstående

Relationen mellan sjuksköterskan och den närstående präglas av ett komplicerat förhållande av makt och emotioner. Sjuksköterskan innehar en kunskap om hur situationen ser ut, information den närstående behöver, processens förväntade gång och eventuella konsekvenser vilket ger ett maktövertag över den närstående (Vinthagen, 2007). Vårdjargong och svår terminologi kan användas som en försvarsmekanism av vårdpersonal. Sjuksköterskan kan uppleva rädsla inför mötet med den närstående. Denna rädsla kan visa sig på olika sätt, rädsla inför att ge negativ information till den närstående, rädsla för att brista i sina egna kunskaper, känslan av osäkerhet

och otrygghet i rollen som sjuksköterska eller rädsla för de emotioner som den närstående kan komma att uppvisa i mötet. Rädslan inför situationen kan visa sig genom att sjuksköterskan förskönar, förvärrar eller utelämnar informationen eller medvetet höjer sin abstraktionsnivå för att försvåra kommunikationen och därmed undvika följdfrågor och på så sätt fly mötet (Chauhan & Long, 2000a).

2.10 Psykologisk första hjälp (PFH)

Psykologisk första hjälp (PFH) är en handbok som framtagits för att förmedla ett akut krisstöd till behövande personer. Den tillhandahåller stödjande interventioner för att stärka den naturliga resistansen och bemästringsstrategierna hos individen i kris (Barnett, Everly, Links & Sperry, 2010). PFH innefattar tillvägagångssätt som kan appliceras på individen oavsett ålder, kön, kulturell bakgrund, eventuellt handikapp och situation. Den kan användas utav all vårdpersonal och finns översatt till flera språk, den svenska översättningen är gjord av Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri (KcKP). Interventioner i PFH är evidensbaserade, men det saknas evidens för den sammansatta modellen (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, u.å.).

PFH innefattar huvudpelare som; kontakt och åtagande, säkerhet och trygghet, stabilisering, problem och behovsinventering, reaktioner och bemästring, olika stödformer samt självhjälp för stödpersoner. *Kontakt och åtagande* beskriver vikten av att möta personen och skapa kontakt på ett icke- inträngande, hjälpsfullt och medkännande sätt. *Säkerhet och trygghet* tar upp vikten av att förmedla fysisk och känslomässig trygghet och säkerhet, däribland ingår vikten av att ge korrekt och uppdaterad information. Under punkten *stabilisering* ingår bland annat att vid behov förankra och lunda de drabbade som är upprörda eller känslomässigt överväldigande. *Problem och behovsinventering* går ut på att hjälparen ska identifiera omedelbara problem och behov individen kan ha. Punkten *reaktioner och bemästring* består av att förmedla information om stressreaktioner och olika bemästringsstrategier för att minska känslan av bedrövelse. De olika *stöden* består i praktiskt stöd, socialt stöd och fortsatt stöd, hur detta ska utformas och förmedlas. Under punkten *självhjälp för stödpersoner* ges råd till stödpersoner att överväga under hela insatsprocessen (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, u.å.).

3 PROBLEMFORMULERING

I sitt arbete möter sjuksköterskan individer som är allvarligt sjuka eller som fått besked om att de bär på en dödlig sjukdom. En sådan svår situation kan leda till en kraftfull psykologisk stressreaktion och om individens bemästringsstrategier är otillräckliga kan det leda till psykisk kris. Personer kring den drabbade såsom närstående påverkas av situationen och kan uppvisa liknande mer eller mindre kraftfulla stressreaktioner och även psykisk kris. Det åligger sjuksköterskans att ge god vård, inte bara till den direkt drabbade, patienten, utan även de sekundärt drabbade, de närstående. Sjuksköterskan, som även hon kan påverkas av situationen, ska i möten med närstående ge information och agera stöttepelare. Att dessa möten är av god kvalitet är viktigt för den psykologiska bearbetningen. Den närstående måste bli bemött på ett bra sätt för att få förståelse, kunskap och tid att begripa, samt även bli sedd och lyssnad till på ett respektfullt sätt. Information kan lätt misstolkas eller missförstås vilket i förlängningen leder till misstro och negativa emotioner gentemot sjuksköterskan. En god förmåga att kommunicera på ett bra sätt är viktigt. Det kan således vara svåra möten med eventuellt mer eller mindre uttalade psykologiska reaktioner inkluderade hos båda parter med samtidigt stora krav på sjuksköterskan.

4 SYFTE

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskans upplevelse av mötet med närstående i psykisk kris.

5 METOD

Den metod som användes var en empirisk studie med en kvalitativ ansats.

5.1 Urval

För att uppnå studiens syfte kontaktades sjuksköterskor verksamma på en avdelning där det dagligen arbetades med patienter med plötsliga och svåra sjukdomar samt skador och sjukdomar som skulle leda till en förändring av deras livsstil. Personer att intervjua valdes ut efter *convenience sampling*, detta innebär att respondenten valts ut efter bekvämlighet (Polit & Beck, 2010). Urvalet bestod av sjuksköterskor med erfarenhet av möten med närstående i kris. Författarna rekommenderades av kurskamrater att kontakta den valda avdelningen. Personerna som rekommenderade den specifika avdelningen hade tidigare arbetat där, och menade på att sjuksköterskorna där frekvent involverades i möten med närstående av den karaktär som studien avsåg beskriva.

Inklusionkriterier för deltagande i studien var: De tillfrågade skulle ha varit med om ett eller flera möten med närstående i psykisk kris. Deltagarna skulle inneha en sjuksköterskelegitimation med kandidatexamen. Chefssjuksköterskan tillfrågade fyra sjuksköterskor på avdelningen om de ville delta i studien. Samtliga deltagare anmälde sig frivilligt.

Den första kontakten med avdelning skedde via telefon. Chefssjuksköterskan tillfrågades om avdelningen hade intresse och kapacitet att avvara sjuksköterskor för deltagande i studien, denna förfrågan beviljades preliminärt. Chefssjuksköterskan på avdelningen kontaktade verksamhetschefen före beviljandet. Därefter skickades e-mail med bifogade brev till verksamhetschef och chefssjuksköterska samt informationsbrev (Se bilaga 2, 3 & 4). Verksamhetschefen godkände studiens genomförande på avdelningen i samråd med chefssjuksköterskan, som sedan kontaktade författarna via e-mail. Tidpunkten för intervjuerna valdes av chefssjuksköterskan och författarna för att det skulle passa samtliga berörda parter.

5.2 Datainsamlingsmetod

Intervjuerna tog plats på avdelningen med respekt för tid, bekvämlighet samt trygghet för respondenterna. Båda författarna figurerade som intervjuare och deltog vid samtliga fyra intervjutillfällen. Intervjuerna var semistrukturerade och utfördes med hjälp av en intervjuguide (Se bilaga 1). Lantz (2007) menar på att en intervjuguide kan nyttjas som ett stöd under samtals gång. Intervjuguiden innefattade de frågor som författarna utformat med syfte att fånga upp sjuksköterskans upplevelse kring hela mötet. Författarna utgick från sig själva när frågorna formulerades. En pilotintervju genomfördes före intervjutillfället där två sjuksköterskestudenter intervjuades för att säkra frågornas validitet. Enligt Lantz underlättar det att göra pilotintervjuer, detta för att granska intervjuens upplägg och tillförlitlighet. Pilotstudien användes ej i resultatet.

Före intervjustart förklarade författarna för samtliga intervjuade ingående begreppet närstående i psykisk kris, där Cullbergs (2003) definition av psykisk kris användes. Detta för att försöka att på bästa sätt göra så att sjuksköterskorna hade samma utgångspunkt.

Efter förklaringen av studiens syfte samt begreppsförklaringen, informerades samtliga deltagare om att samtalet skulle spelas in elektroniskt och påskrift av informerat samtycke utfördes. Enligt Kvale och Brinkmann (2009) skall en intervju alltid startas med information om studien och om inspelning avses göras. Författarna var noga med att poängtera för varje respondent att deltagandet var frivilligt och samtalet fick när som helst avbrytas utan förklaring.

Samtliga frågor som ställdes var öppna för att respondenterna skulle tala fritt om sina upplevelser av möten med närstående i psykisk kris. Enligt Polit och Beck (2010) är öppna frågor lämpliga att använda sig av när den intervjuade skall tala fritt om upplevelser.

Datainsamlingen skedde med hjälp av två diktafoner för att säkerhetsställa att intervjuerna blev inspelade. Under intervjuernas gång antecknades även väsentligheter i form av kroppsspråk och känslan av samtalet för att i det senare i bearbetning av data undvika tolkning och missförstånd, detta användes ej i resultatet. Lämplig lokal valdes ut av avdelningens sjuksköterskor, olika utrymmen användes då intervjuerna utfördes under avdelningens överrapporterings tid. Varje enskild intervju tog cirka tjugo minuter. Samtliga intervjuade sjuksköterskor svarade på alla frågor.

5.3 Dataanalys

Insamlad data analyserades i form av kvalitativ innehållsanalys. Enligt Polit och Beck (2010) är innehållsanalys en analysmetod för att skildra kvalitativ data enligt framkomna teman och koncept. Analysen gjordes i tio steg:

- Transkriberingen av materialet gjordes dagen efter intervjuerna för att författarna skulle ha samtalen färskare i minnet. Materialet lyssnades igenom och transkriberades ordagrant. Därefter togs överdrivet användande av talspråk bort som ”liksom”, ”asså”, ”mmm”. Samtliga texter lästes igenom flera gånger av båda författare för att få en tydlig helhetsbild av det insamlade materialet.
- Författarna delade upp texterna i meningsbärande enheter som relaterar till samma centrala mening på skilda håll för att kvalitetssäkra innehållet. Därefter jämförde och diskuterade författarna de meningsbärande enheterna, efter detta gjordes viss revidering för att uppnå konsensus.
- Kondensering gjordes för att skapa mindre textomfång men utan att äventyra innehållet. Kondenseringen gjordes tillsammans av författarna för att undvika att viktigt innehåll i de meningsbärande enheterna skulle gå förlorad.
- De kondenserade meningsbärande enheterna grupperades utefter liknande innehåll, det vill säga efter kärnan i varje kondenserad enhet. Grupperingen skedde genom att författarna klippte isär alla enheter och lade dessa i högar där enheterna innehöll liknande central mening. Detta utfördes på skilda håll för att få olika perspektiv och sedan kunna jämföra dessa för att säkerhetsställa resultatet.

- Kodning av de kondenserade meningsgrupperna utfördes därefter. Koderna avspeglade det centrala budskapet i de transkriberade texterna. Detta moment utfördes då författarna upptäckte brister i den tidigare indelningen.
- Kodningarna bildade sammanlagt tjugotvå subteman. Subteman skapades genom att koderna med liknande innebörd lades ihop. Revidering av subteman skedde då den första sammanställningen hade olika dimensioner. När en diskussion gällande en kods placering i ett subtema uppstod gick författarna tillbaka till de kondenserade meningsbärande enheterna för att säkerställa placeringen i rätt subtema. Detta innebar en kontinuerlig återblick till ursprungsmaterialet.
- Utefter syftet utformades fem teman. Varje tema fick underliggande subteman, där dessa i sin tur avspeglade svaren på frågorna som ställdes.
- Vid handledning uppmärksammades att de subteman som uppkommit inte var av samma abstraktionsnivå, vilket resulterade i att författarna fick gå tillbaka till subteman och konkretisera dessa för att alla subteman skulle vara likvärdiga i abstraktionsgrad.
- De nya subteman som utformats lades återigen i teman efter viss revidering.
- Författarna bad slutligen utomstående läsa igenom resultatet för att se om varje enskilt tema och subtema var likvärdiga och förståeliga.

Tabell 1. Exempel på analys, från meningsbärande enhet till tema.

Meningsbärande enhet	Subtema	Tema
<i>Jag tror många är väldigt rädda för att möta människor i kris. Man vill gärna säga "nämen allting blir bra, det kommer bli alldeles utmärkt, det kommer lösa sig", men det gör inte det.</i>	Sjuksköterskans bävan	Känslor runt mötet
<i>Det kan påverka den nyutbildade, nyexaminerade sjuksköterskan negativt om hon går in och spelar den guidade rollen utan att lyckas och känner att hon inte har kunnat spela sin roll.</i>		
<i>Jag måste säga att mina kollegor inom hälso- och sjukvården inte är så duktiga på det här, ofta upplever mina kollegor det väldigt jobbigt.</i>		

6 ETISKA ASPEKTER

Före start godkändes studiens av både chefssjuksköterskan och verksamhetschefen på den berörda avdelningen. Författarna eftersträvade så långt som möjligt konfidentialitet. Utförandet av en kvalitativ studie försvårade anonymitet då metoden innefattade intervjuer, respondenterna och intervjuaren satt öga mot öga. Enligt Broussad (2006) omöjliggörs anonymitet vid intervjustudier. Eftersom anonymitet inte var möjligt ansåg författarna att det var av yttersta vikt att all insamlad material hanterades med yttersta konfidentialitet så att enbart författarna kände till respondenternas identiteter. Författarna såg till att vara tydliga när de informerade om studiens syfte, konfidentialitet, eventuell citering, hantering av material samt att respondenterna fick avsluta intervjun och studiedeltagandet när som helst utan förklaring. Enligt Polit och Beck (2009) skall information som ges till studiedeltagare vara lättförståelig och riktig.

Information gällande studien och hantering av konfidentialitet gavs både en vecka före intervjudag samt samma dag som intervjuerna gjordes. Enligt Lantz (2007) bör det i intervjuns början talas anonymitet och konfidentialitet samt att informationen skall ges skriftligt och muntligt i god tid före deltagande.

När de inspelade intervjuerna transkriberats färdigt raderades samtliga från de två diktafonerna, inga ljudfiler där röstigenkänning kunde ske sparades. Det transkriberade materialet sparades på en extern hårddisk med lösenordsskydd för att försäkra respondenternas konfidentialitet. Alla samtal avidentifierades genom att respondenternas namn fingerades och enhetens namn/nummer togs bort från både transkriberingen och informationsbrevet. Informerat samtycke som samtliga deltagare skrev under har under hela studiens gång hanterats konfidentiellt och kommer i framtiden att förvaras på en säker plats.

7 RESULTAT

Analysen av de intervjuer som genomfördes gav fem teman: *Förberedelser inför mötet, sjuksköterskans roll, värdefulla komponenter i mötet, känslan över mötet och tankar om förbättring*. Dessa fem teman motsvarade syftet. Varje tema hade ett antal underliggande subteman, nedan redovisas studiens fynd.

7.1 Förberedelser inför mötet

Yrkesmässig erfarenhet

Yrkesmässig erfarenhet var en komponent som samtliga sjuksköterskor ansåg vara en betydelsefull del i förberedelsen inför mötet. En av sjuksköterskorna betonade hur man skulle bete sig i mötet med närstående inte gick att läsa sig till utan att detta kom med tiden.

”Allt man är med om lär man ju sig av, jag tror att det är jättesvårt att läsa sig till hur man ska bete sig i vissa situationer.”

Kunskaperna som samtliga sjuksköterskor ansåg vara viktiga i förberedelserna inför mötet kom från tidigare erfarenheter.

”Man är inte färdig bara för att man har fått en examen eller en legitimation. Man är färdig när man har tagit hand om en döende, när man har sett en patient dö, när man har tagit hand om närstående i kris, när man liksom har gjort alla dem här.”

Egna förberedelser

De intervjuade sjuksköterskorna hade olika uppfattning vad gällde den egna förberedelsen inför mötet med närstående i kris. En av sjuksköterskorna förberedde sig genom att skaffa sig information om patienten.

”Jag förbereder mig väl genom att läsa ur patientens journal.../... Jag läser på för att hålla koll på vad det är som har hänt och läsa på lite om hur patienten mår och kanske hur situationen har gått, det är väl så jag förbereder mig.”

Två av de tillfrågade ansåg att man inte kunde förbereda sig inför mötet med närstående i kris.

”Jag förbereder inte utan, alltså, det blir mer som bara sådär som, spontant.”

En av de intervjuade ansåg att den egna mentala förberedelsen var av vikt inför mötet med närstående i psykisk kris.

"Först och främst förbereder jag mig själv mentalt på att jag ska delta i ett sådant anhörigsamtal."

Sjuksköterskans mål

De intervjuade sjuksköterskorna hade olika uppfattning om huruvida de hade mål med mötet eller inte. Tre av de tillfrågade sjuksköterskorna hade före mötet med närstående ett mål. Två av sjuksköterskorna fann att målet med mötet var att den närstående skulle vara nöjd med situationen. Den ena sjuksköterskan sade också att det var viktigt att den närstående kände att de fått svar på frågor.

"Jag tycker att, egentligen så är målet att den anhöriga ska vara nöjd."

En sjuksköterska menade att hennes huvudmål var den inskrivne patienten, där låg huvudfokus, men att en del av arbetet med patienten involverade att trösta och stötta dennes anhöriga.

"Min uppgift är först och främst hos den inskrivna patienten, det är mitt huvudmål.../... Engagera sig i de anhöriga, det är väl att vara där och trösta och stötta."

En av sjuksköterskorna ansåg att hon inte kunde gå in i mötet med närstående i kris med ett mål

"Jag kan ju inte ha något mål, jag kan ju inte ha något mål med vart mötet ska leda."

Förbereda närstående

Samtliga sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att förbereda och lugna närstående med information om vad som skulle komma att ske. Tre av sjuksköterskorna ansåg att de genom att informera om vårdplaneringmötena gjorde närstående lugna.

"Vi har ju såna här teammöten med patienten och anhöriga, det kan jag ju också oftast nämna redan i början och då blir de ofta mycket lugnare."

En av sjuksköterskorna ansåg att närstående blev lugnare av att veta vem de skulle vända sig till med sina frågor, och att de blev tillfreds av att veta vad som skulle hända i framtiden.

"Jag upplever att anhöriga blir väldigt nöjda och lugna av att veta vad som kan komma att ske, att dem har någon att vända sig till med sina frågor."

7.2 Sjuksköterskans roll

Informera

Samtliga av de intervjuade framhävde att sjuksköterskans roll var att fungera som informationsgivare i mötet med närstående.

”Jag sitter på den kunskapen och jag vet då att patienten befinner sig i ett svårt skede, då är det min roll, min uppgift att se till att informera anhöriga om vad som kommer ske, hur nuläget ser ut, vad som händer sen.”

Två av sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att strukturera upp samtalet och informationen som skulle ges till närstående.

”Försöker lägga upp någon form av struktur på att okej, jag ska förmedla information om det här och det här, den här anhöriga verkar vara ledsen, man försöker få någon form av struktur.”

Två av sjuksköterskorna upplevde problem med informationsgivandet. Den ena sjuksköterska upplevde mötet med närstående i kris som känsloladdat och att det i sin tur kunde påverka informationsgivningen.

”Det är så pass känsloladdat, som kan både försämra eller förbättra informationen som ges till anhöriga.”

Den andre sjuksköterskan upplevde att det kunde vara svårt att finna rätt tillvägagångssätt för förmedlandet.

”Jag kan verkligen inte förmedla det här på något bra sätt, antingen för att jag inte hittar någon bra ingång för att nå den här anhöriga eller för att dem inte kan ta emot.”

Vägleda

Tre av de intervjuade beskrev sjuksköterskan som en vägvisare genom en svår eller psykiskt pressande situation, en sjuksköterska uttryckte det som att agera guide åt de närstående genom att förklara och involvera den närstående i den aktuella situationen.

”Att guida den anhöriga, svara på deras frågor och vara steget före och förklara det jag tror är av vikt för dem att veta.”

Inge hopp

Sjuksköterskorna såg förmedlandet av hopp som en viktig komponent i mötet med närstående i psykisk kris. Förmågan att förmedla hopp till den närstående var en viktig del av sjuksköterskans dagliga arbete.

”För oss på den avdelningen så är det ju viktigt att förmedla liksom hopp, trygghet, stabilitet liksom.”

Ärlig och tydlig

Samtliga sjuksköterskor lade vikt vid att tala sanning i mötet med närstående. Alla de intervjuade talade om tydlighet, ärlighet och att inte ge svar på frågor som inte rörde deras kunskapsområde.

”Att man ger dem besked man kan och att man liksom låter, till exempel dem medicinska bitarna som man inte kan som sjuksköterska låta vara till läkaren. Och säga att ”det är inte mitt område, du får prata med läkaren om det”.”

7.3 Värdefulla komponenter i mötet

Medkänsla

Två sjuksköterskor uttryckte hur viktigt det var att visa medkänsla och förståelse i mötet med närstående.

”Ibland räcker det med att ”jag är inte bara sjuksköterska, jag är också människa och jag kan förstå hur du känner”.”

En av sjuksköterskorna ansåg att man kunde använda sig av sina egna erfarenheter för att visa medkänsla.

”Jag är inte bara sjuksköterska jag har faktiskt också varit anhörig. Jag kan förstå hur du känner nu”, utan att jag för den sakens skull behöver berätta om allt som jag har varit med om..”

Omtanke

En av sjuksköterskorna uttryckte omtanke som en viktig del, då i form av att ta sig lite extra tid och visa hänsyn.

”Lite omtanke, kan jag hjälpa dig med något, här finns kylskåp, här kan du, det är okej du får sova över här, det ordnar vi, vi tar fram en filt liksom... ta sig lite extra tid... information liksom...”

Lyhörd

En sjuksköterska ansåg att det var viktigt att lyssna på den närstående och att vara lyhörd för de behov som den närstående kunde ha.

”Men det absolut viktigaste är att lyssna, så hör man så mycket mer än det som sägs, sen blir det ju tolkningar man gör också, men jag tror det är jätteviktigt. Och sen erbjuda, att säga, ”jag finns här om du behöver prata” att man får fram att, ”jag lämnar er ifred, men om det är någonting så kommer jag, vill du prata så säg till”.”

Personliga erfarenheter

Tre av sjuksköterskorna använde sig av sina egna erfarenheter från situationer för att skapa kontakt och närhet till den närstående.

”Jag delar med mig av mina erfarenheter, vad jag har upplevt, med tidigare patienter, och hur dem har hanterat det, ge råd och sånt.”

Bemötande

Två av de intervjuade talade om vikten av att bemöta den enskilde individen utifrån dennes situation.

”Då tycker jag att man måste bemöta dem på olika sätt och dem hanterar också krisen på olika sätt.”

Läsa av närstående

Samtliga sjuksköterskor ansåg att det var viktigt att kunna läsa av den närstående i mötet för att kunna hantera situationen på lämpligt sätt.

”Mycket beror ju på om den anhöriga förstår allvaret i sjukdomen, för då blir det på något sätt lättare att prata kring än om dem är döende eller om dem är allvarligt sjuka om dem kommer klara sig eller inte. Har man den anhöriga med så kan man prata mer öppet, då behöver man liksom inte tassa omkring.”

Samtliga sjuksköterskor försökte läsa av den närståendes emotionella tillstånd för att ta ställning till om det var lämpligt att inleda ett samtal eller ej.

”Jag är alltid avvaktande och inväntar reaktioner, alla anhöriga är inte jätte ledsna. Jag känner inte dem, oftast så känner man inte anhöriga.”

En sjuksköterska upplevde att det kunde vara svårt att läsa av om den närstående ville samtala eller inte.

”Men oftast så är dem, dem är ofta tysta, man får ju inte riktigt grepp på om dem verkligen vill prata.”

En sjuksköterska såg problematik i vad hon skulle säga.

”Då får man liksom försöka avgöra vad som är lämpligt och informera om och inte.”

Kommunikation

En av de intervjuade poängterade vikten av tydlig kommunikation för att mötet skulle bli så bra som möjligt. Sjuksköterskan menade på att om kommunikationen brast kunde det leda till att de närstående blev missnöjda, ett missnöje som kunde komma till uttryck på olika sätt.

”Känner man att man inte fått prata tillräckligt med doktorn, att man inte fått tillräckligt med tid från sjuksköterskan.../... då blir man missnöjd och den missnöjdheten kommer att ta sig uttryck på olika sätt.../...Kommunikation är ju nyckeln... en välinformerad patient är en nöjd patient, en välinformerad anhörig är en nöjd anhörig, det är liksom de e en genomgående linje..”

Att vara trygg och förmedla trygghet

Sjuksköterskorna såg sig själva som stöttepelare, de menade att en stor del av mötet med de närstående gick ut på att stötta den anhöriga och inge trygghet.

”Vi är dem som är stödperson.”

För att kunna vara en trygghet för de närstående ansåg sjuksköterskorna att det var grundläggande att vara trygg i sig själv och därmed porträttera en trygg bild av sig själv.

”Att man är trygg själv, en trygghet och att man kan förmedla trygghet.”

Närståendes behov av upprepning utav information

Samtliga intervjuade menade på att den närstående som befinner sig i en psykisk kris inte kunde ta till sig information, eller inte förstått trots att det av sjuksköterskan upplevs som att informationen varit tydlig.

”Det ju många gånger som man säger att: ”näää, men det där är det aldrig någon som har sagt till oss, eller de där vet vi inte någonting om, eller det vet vi inte” trots att man liksom hela tiden har försökt att svara på samma frågor om och om igen...”

Sjuksköterskorna menade på att deras uppgift till stor del gick ut på att förtydliga, upprepa och återge information som givits av andra yrkesgrupper såväl som information de själva givit vid tidigare tillfälle.

”Oftast i dem här kriserna, ja man kan ju säga att, dem är ju i en sådan chockfas, så sen oftast när vi har såna här möten eller när vi sitter med doktorn så kan anhöriga ibland inte ta till sig det, och då brukar dem komma efteråt, vad var det doktorn menade, eller vad var det ni menade där.”

7.4 Känslor runt mötet

Sjuksköterskans känslor

Det skilde sig i hur sjuksköterskorna upplevde känslor under mötet och vad de upplevde för typ av känslor. Det beskrivs hur en sjuksköterska kände sig fokuserad och att det kändes bra om hon lyckats trösta eller lugna någon. Det beskrivs också att en upplever medlidande i mötet.

Tre sjuksköterskor blev känslomässigt påverkade av möten med närstående i kris.

”Jag blir ofta rörd själv. Innan jag går in i ett sådant samtal med anhöriga tar jag ett djupt andetag, precis som jag sa tidigare så förbereder jag mig själv mentalt, alltid så blir jag känslomässigt påverkad.”

En sjuksköterska upplevde inga känslor alls över mötet och ansåg att det tillhörde arbetsuppgiften som sjuksköterska.

”Det ingår i mitt jobb, jag har inga speciella känslor över det liksom.”

Sjuksköterskans bävan

Två av de intervjuade talade om de negativa känslor som sjuksköterskor kan uppleva inför mötet med närstående i psykisk kris. Den ena trodde att rädslan som finns hos sjuksköterskor grundade sig i en önskan att säga att allt kommer bli bra, när verkligheten i själva verket inte ser så ut.

”Jag tror många är väldigt rädda för att möta människor i kris. Man vill gärna säga ”nämen allting blir bra, det kommer bli alldeles utmärkt, det kommer lösa sig”, men det gör inte det.”

Den andre ansåg att det fanns en generell känsla av obehag inför mötet med närstående i psykisk kris.

”Jag måste säga att mina kollegor inom hälso- och sjukvården inte är så duktiga på det här, ofta upplever mina kollegor det väldigt jobbigt.”

En sjuksköterska trodde att mötet med en närstående i kris kunde ha en negativ påverkan på sjuksköterskans självbild, om mötet inte blev som sjuksköterskan önskat.

”Det kan påverka den nyutbildade, nyexaminerade sjuksköterskan negativt om hon går in och spelar den guidade rollen utan att lyckas och känner att hon inte har kunnat spela sin roll.”

7.5 Tankar om förbättring

Behovet av utbildning

En sjuksköterska upplevde att det fanns ett behov av utbildning vad gällde mötet med närstående i psykisk kris.

”Det som definitivt kan förbättras är information till sjuksköterskorna, i form av kortare utbildningar, i form av små föreläsningar, i form av informationsblad, och trygga dom i sin roll för att dem lättare ska kunna guida anhöriga.”

Att stödja sig på och hänvisa till andra

Tre av sjuksköterskorna ansåg att förbättring av mötet kunde ske med hjälp av att våga vända sig till kollegor och hänvisa till andra yrkesgrupper när de själva inte kunde ge svar på närståendes frågor.

”Inte vara rädd att hänvisa till, till andra yrkesgrupper, till läkare framför allt.”

8 DISKUSSION

8.1 Metoddiskussion

Den valda metoden uppfyllde syftet att beskriva sjuksköterskans upplevelse av mötet med närstående i psykisk kris. Lantz (2007) menar att intervjun som metod kan ifrågasättas då de utsagor, alltså det respondenten säger blir föremål för analys och tolkning i studien. Författarna till denna studie vet inte om respondenten talar sanningsenligt. Därför hade författarna i åtanke att den självrapporterade data kanske inte är helt tillförlitlig. Graneheim och Lundman (2004) beskriver metoden innehållsanalys som ett förtydligande av innehållet i ett givet sammanhang, trots vetenskapen om metodens svaghet valde författarna att göra en innehållsanalys för att tydliggöra sjuksköterskans upplevelse av mötet med närstående i kris. Genom att utföra analysen av det transkriberade materialet var för sig ville författarna kvalitetssäkra materialet, då det är mycket viktigt att få ut liknande resultat trots skilda perspektiv. Efter att ha sammanställt materialet enskilt jämfördes analyserna mot varandra för att kontrollera att liknande essens framkommit.

Genom att ta bort talspråsuttryck upplevde författarna att det skulle underlätta läsningen och förhindra härledandet till person. Kvale och Brinkmann (2009) menar på att borttagande av personspecifikt talspråk kan förhindra att respondenten framställs i dåliga dager.

Retroperspektivt upplevde författarna en svaghet i en del av frågorna, att dessa kunde varit tydligare, men insamlade data var riklig och fyllde mättnad enligt studiens syfte.

Inför intervjun diskuterade författarna huruvida intervjuerna skulle genomföras med endast en intervjuare eller med båda närvarande. För att få så lika intervjuer som möjligt samt att finnas till som stöd för varandra valde författarna att delta båda två vid samtliga intervjuer. Trost (2010) menar att två intervjuare kan vara positivt för både intervjuaren och den intervjuade, då intervjuerna kan komplettera varandra för att sedan få ett fylligare material samt göra situationen mer avspänd. Trost uppmärksammar även maktsituationen som kan uppstå, där respondenten kan känna sig i underläge då intervjuerna är i numerärt överläge. Bias undviks även då frågorna kan komma att se annorlunda ut om intervjuerna delar upp samtalen sinsemellan. Författarna upplevde inte att valet att vara två vid varje intervju skapade en maktsituation med fördel för författarna.

Däremot upplevde båda författarna att sjuksköterskorna befann sig i överläge då de hade erfarenhet och kompetens som författarna saknade. Författarna upplevde ett av intervjutillfällena som hotfullt. Respondentens kroppsspråk upplevdes signalera en överlägsenhet, detta visade sig

genom burdusa rörelser. Även respondentens tonläge upplevdes hotfullt och nedvärderande kommentarer sades gentemot författarna. Det upplevdes kunna bero på en osäkerhet hos den intervjuade. Detta gjorde att författarna blev ställda och inte vågade driva samtalet vidare på samma sätt som med övriga respondenter.

En svaghet i datainsamlingen var definitivt de utrymmen som vissa av sjuksköterskorna valde att utföra intervjuerna på, då miljön i somliga fall inte var enskild från patienter och närstående. Författarna upplevde att respondenterna blev påverkade och distraherade. Valet av lokal kunde inte påverkas av författarna, då de bestämdes utifrån avdelningens resurser och inplanerade aktiviteter. Miljön i vilken intervjun sker kan påverka kommunikationen, utrymmet skall vara fritt från störande inslag (Lantz, 2007).

Studiens styrka ligger i den noggrannhet vilken analysen genomfördes, då kodningarna och subteman gjordes två gånger med en tidsintervall för att låta texten vila eftersom författarna upplevde ordblindhet och forcerande av teman.

Då studien endast består av fyra respondenter och deras upplevelse kan den inte ses som generaliserbar. Men författarna ser det ändå som ett gott underlag till vidare forskning samt en fingervisning om hur sjuksköterskor upplever mötet.

8.2 Resultatdiskussion

Resultatet mynnade ut i fem teman med ett antal subteman under vardera tema. Följande diskuteras varje tema med utvalda subteman som motsvarar syftet och anses behöva lyftas fram.

Förberedelser inför mötet

Sjuksköterskorna hade olika uppfattning om hur de förberedde sig inför mötet och om dem hade mål med mötet. En av sjuksköterskorna förberedde sig genom att läsa på i journalen och skaffa information om den aktuella situationen. Sjuksköterskan måste vara förberedd och inneha den information som kan komma att behövas i mötet (Edwards, 2010; Arber & Gallager, 2003). En annan sjuksköterska förberedde sig mentalt innan mötet. Eide och Eide (1997) styrker detta då de menar att sjuksköterskan kan förbereda sig mentalt innan mötet, då de kan mötas av en emotionell reaktion från den närstående och i och med den mentala förberedelsen förbättra bemötandet. I Psykologisk Första Hjälpen (PFH) beskrivs det att planering och förberedelser är viktigt inför den aktuella situationen (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, u.å.).

Två andra sjuksköterskor ansåg att de inte kunde förbereda sig inför mötet. Den ena upplevde att det bara skedde spontant och den andra ansåg att alla behövde bemötas olika och därför var

förberedelse inte möjligt. I motsats till detta fann Rassin, Levy, Schwartz och Silner (2006) i sin studie att mötet och bemötandet av drabbade individer är en uppgift som kräver planering och kompetens. En av anledningarna till att dessa sjuksköterskor inte förberedde sig och de andra gjorde det kan bero på skillnader i yrkeserfarenhet. De två som inte förberedde sig hade en längre yrkeserfarenhet. Warnock, Tod, Foster och Soreny (2010) menar att en större del av sjuksköterskorna får sin kunskap om bemötande och hantering av mötet genom yrkeserfarenhet.

De intervjuade sjuksköterskorna hade olika uppfattning om de hade mål med mötet eller inte. Två av sjuksköterskorna ansåg att målet var att den närstående skulle upplevas vara nöjd med situationen och känna att de fått svar på de frågor som de undrat över. Eide och Eide (1997) skriver om mötet och hur det för att kunna bli ett gott möte krävs mål. Ett målorienterat förhållningssätt i mötet med närstående kan underlätta situationen för sjuksköterskan. Att ha mål med mötet med den närstående underlättar bemötandet då mötet i sig uppfyller ett syfte. En av sjuksköterskorna ansåg att hon inte kunde gå in i mötet med mål, då hon ansåg att hon inte kunde ha ett mål med vart mötet skulle leda. I motsats till detta beskrivs det i PFH att ha mål, i allt ifrån kontaktskapande med individen eller förmedlan av trygghet och delgivande av uppdaterad sanningsenlig information (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, u.å.).

Författarna till innevarande studie anser att förberedelser inför denna typ av möten är essentiellt, att inneha den aktuella informationen och vara påläst samt vara mentalt förberedd på de reaktioner sjuksköterskan kan komma att mötas av är viktigt. I oplanerade möten kan man inte förbereda sig, men att ha med sig kunskap, exempelvis PFH, tror författarna skulle underlätta för alla sjuksköterskor.

Sjuksköterskans roll

Resultatet visar att sjuksköterskorna upplever sin yrkesroll som informatörer och vägledare. Detta styrks av Radziewicz och Baile (2001) som beskrev sjuksköterskans roll som informatör, stödjure samt att vara den som ger vägledning i omvårdnadsfrågor. Tre sjuksköterskor ansåg att rollen som sjuksköterska ofta gick ut på att guida och vägleda de närstående genom svåra situationer och negativa besked genom att tydliggöra vad som skulle komma att ske och hur den aktuella situationen såg ut. Vinthagen (2007) menar på att sjuksköterskan alltid innehar en kunskap om hur situationen ser ut och den information som närstående behöver.

Studiens resultat påvisar att sjuksköterskan upplevde sin roll som vägledare som: att ligga steget före i information, berätta om sådant som ansågs vara av vikt för den närstående samt att dela med sig av sin egen kunskap. Enligt PFH är det informatörens uppgift att ge korrekt och

kontinuerlig information för att understödja en känsla av trygghet, minska oro och skänka stöd (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, u.å).

En del problem med informationsgivandet uppmärksammades i analysen. Sjuksköterskan upplevde möten med närstående i psykisk kris som emotionella och känsloladdade. Eide och Eide (1997) uppmärksammar hur mötet med närstående i psykisk kris kan leda till att sjuksköterskans välbefinnande försämras som i förlängningen kan leda till utbrändhet, eftersom möten med individer i psykisk kris är känsloladdade.

Analysen visar att sjuksköterskan upplevde att känsloladdade och påfrestande möten kunde påverka den information som gavs. Arlebrink (1999) belyser hur informatörens förhållningssätt är knutet till hur den närstående upplever mötet och den givna informationen. Vidare menar Arlebrink att ett negativt besked lätt kan misstolkas och missförstås vilket i förlängningen kan leda till misstro och negativa känslor gentemot sjuksköterskan.

Upplevelsen av svårigheten att informera närstående låg även i att hitta rätt tillvägagångssätt och tidpunkt för informerandet, både då sjuksköterskan inte alltid visste hur hon skulle börja samtalet men även för att den närstående inte alltid upplevdes mottaglig för samtalet. Detta styrks av Cullberg (2003) som beskriver hur individen går igenom krisens olika faser, där symptom och beteenden som gråt, ilska, fientlighet, psykisk avdomning och förnekelse kan uppvisas. Dessa yttringar kan försvåra mötet med den närstående enligt Eide och Eide (1997).

Författarna upplever att sjuksköterskorna hade sin yrkesroll klar för sig. Sjuksköterskornas upplevda roll överensstämde enligt författarna med den ”roll” som en stödjande individ anses behöva anta enligt handboken PFH.

Värdefulla komponenter i mötet

Analysen visar att sjuksköterskorna upplevde att det fanns vissa komponenter som var värdefulla i mötet med närstående i psykisk kris. Dessa komponenter bidrog till att mötet underlättades för sjuksköterskan samt förbättrade upplevelsen för den närstående.

Att kunna läsa av den närstående och att vara lyhörd för dennes behov såväl som känslor var en betydelsefull komponent som samtliga sjuksköterskor upplevde som essentiellt för mötet. Eggenberger och Nelms (2007) fann i sin studie och att grunden till skapandet av en relation mellan sjuksköterska och närstående vilade på att sjuksköterskan var lyhörd för den närståendes behov.

Analysen pekar på att sjuksköterskorna upplevde att det var viktigt att finnas till för den närstående och uppmärksamma dennes behov. Men enbart en sjuksköterska uppmärksammade vikten av att lyssna och att inte vara påträngande som en del av mötet med den närstående i

psykisk kris. Enligt PFH är det viktigt att lyssna till individens önskan och skapa kontakt på ett icke- påträngande, hjälpsamt och medkännande sätt (Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, u.å). Detta styrks även av Lenneér Axelsson (2010) som menar på att individer som befinner sig i en svår situation har en djupt rotad önskan att klara sig själva, och att det därför är av stor vikt att ta hänsyn till individens önskan att bli tröstad och stöttad för att denne inte skall känna sig trängd.

Studien åskådliggör att två av de intervjuade sjuksköterskorna ansåg att det var viktigt att bemöta den närstående utifrån dennes situation och se till de individuella behoven för att minska den negativa psykiska påverkan. Buckley och Andrews (2011) fann i sin studie att förmågan att bedöma och vara lyhörd för individuella behoven den närstående hade var betydande för att minska den negativa stressen.

Sjuksköterskan upplevde att lyhördhet bidrog till en ökad tillfredsställelse hos de närstående och även att det ökade tryggheten och tilliten till sjuksköterskan. Analysen visar på att samtliga sjuksköterskor la vikt vid att inge trygghet, förmedla trygghet och visa upp en trygg bild av sig själv. Detta styrks av Dougherty (2010) som belyste i sin studie att den närstående har ett tydligt behov av att uppleva trygghet och att skapa en trygg relation till sjuksköterskan för att uppleva sig tillfreds med vården.

Analysen visar att en sjuksköterska upplevde att otydlig kommunikation och bristande interaktion kunde leda till missnöje hos de närstående, misstro gentemot sjuksköterskan och förvärrande av den psykiskt påfrestande situationen. Detta styrks av Torstensson Nimby och Arlebrink (1999) och Dyregrov (2002) som menar på att hur kommunikationen ser ut påverkar direkt hur individen bearbetar den psykiska krisen och bristfällig kommunikation kan förvärra situationen för den närstående.

Studien visade att sjuksköterskan jämförde den närståendes behov av tydlig kommunikation som likvärdigt till de behov patienten uppvisade. Sjuksköterskan upplevde att god kommunikation i mötet innefattade gott bemötande och omvårdnad i form av förståelse, delgivandet av kunskap, upplevelsen av att bli sedd och hörd samt respekterad. Enligt Robertson (2007) är gott bemötande: att bli bemött med förståelse, att bli sedd och lyssnas till, få kunskap och förståelse. Det goda bemötandet kan enligt Robertson förebygga missförstånd och är en förutsättning för att kunna stödja människors möjlighet till agerande och hälsa.

Något som framgick av resultatet var att en av sjuksköterskorna jämförde den närstående och patientens behov som likvärdiga. Den genomgående linjen som utkristalliserades var att den närstående var i behov av omvårdnad av samma kvalitet som patienten för att vården skulle bli optimal. Detta styrks av Peel (2003) som anser att holistisk vård innefattar en förmåga att

involvera den närstående i omvårdnaden, planera och bedöma samt utvärdera den vård som givits den närstående.

Författarna förvånades över att det inte fanns någon direkt konsensus över vad som ansågs som värdefulla komponenter i mötet. Med åtanke om att alla individer, även sjuksköterskor, är olika och har olika utgångspunkter upplever ändå författarna att det kan behövas utbildning i hanteringen av dessa situationer.

Känslor runt mötet

Det skilde sig i hur vida sjuksköterskorna upplevde känslor under mötet och vad de upplevde för typ av känslor. Tre av de intervjuade ansåg sig uppleva olika känslor under mötet, bland annat empati och medlidande. De uppgav sig också känna sig känslomässigt påverkade. Rassin et al. (2006) styrker detta då det i studien beskrivs att den mest dominerande känslan var medlidande med den drabbade. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor beskrivs det att sjuksköterskan måste ha förmåga till ett empatiskt förhållningssätt (Socialstyrelsen, 2005).

En sjuksköterska uppgav sig inte uppleva några känslor alls och ansåg att denna typ av möten ingick i jobbet som sjuksköterska. I motsats till det beskriver Ptacek och Ellison (2000) att sjuksköterskan blir indirekt påverkad av den psykiska krisen. Rassin et al. (2006) beskriver en känsla av hjälplöshet som sjuksköterskorna upplever i dessa sammanhang. En rad olika känslor kommer bevisligen upp under mötet med personer i kris, Edward (2010) menar att alla sjuksköterskor har olika bemästringsstrategier.

Endast en sjuksköterska sade sig uppleva att mötet kunde kännas jobbigt. I motsats till två sjuksköterskor som talade om att de trodde att sina kollegor eller ”många” är rädda och tycker att det är jobbigt inför mötet med närstående i psykisk kris. Det beskrivs också att mötet kan ha en negativ påverkan på sjuksköterskans självbild om mötet inte blir som det var tänkt. Det intressanta i de ovanstående utlåtandena är att endast en sjuksköterska sade sig uppleva mötet som jobbigt. De resterande två sjuksköterskorna talar inte om sig själva utan talar om andra personer och sina kollegor. Radziewicz och Baile (2001) skriver att sjuksköterskor kan känna en rädsla över att ge dåliga besked. Känslan kan dels bestå i rädsla över att den drabbade ska må dåligt eller en känsla av obehag på grund av bristande kompetens eller erfarenhet. Även Warnock et al. (2010) styrker att det finns barriärer av olika slag när det kommer till dessa möten, sjuksköterskan kan känna sig oförberedd och obekvämt i situationen. Edward (2010) styrker det vidare då det presenteras att sjuksköterskor uppgett att de känner sig obekväma och otillräckliga inför situationen.

Författarna till den här studien anade att de två sjuksköterskor som talade om andras rädslor projicerade känslorna och i själva verket talade om sig själva. Då litteraturen och författarnas egen erfarenhet av sjuksköterskor ute på klinik visar på annat. Även här tas i åtanke att sjuksköterskorna har olika bemästringsstrategier, de sjuksköterskor som inte uppgav sig känna något i mötet kanske har det som en typ av bemästring och möjligen kommer känslorna senare.

Tankar om förbättring

Innevarande studie påvisar att enbart en av respondenterna ansåg att utbildning i form av kurser och dylikt kunde behövas för att förbättra mötet med den närstående i psykisk kris. Detta styrks av Shannon, Long-Sutehall och Coombs (2011); Malloy, Virani, Kelly, Munevar (2010); Rosenzweig, Hravnak, Magdic, Beach, Clifton och Arnold (2008) och Chen (2011) som belyser att sjuksköterskor kan gynnas av att utbildas i kommunikation och delgivande av negativa besked samt bemötande av närstående i krissituationer.

Resultatet av studien påvisade att majoriteten av respondenterna inte ansåg sig vara i behov av utbildning. Motsatsen till detta fann Natan, Shahar och Garfinkel (2009) i sin studie där majoriteten av tillfrågade sjuksköterskorna ansåg att de hade ett behov av utbildning när det kommer till delgivande av dåliga besked.

Analysen visar att flertalet sjuksköterskor ansåg att erfarenhet var viktigt för förbättring av mötet med närstående. Detta styrks av McGuigan (2009) som beskriver hur erfarenheten bidrar till ett bättre bemötande av individer i psykisk kris.

Författarna tyckte att det var anmärkningsvärt att endast en sjuksköterska upplevde att ett behov av utbildning fanns. Författarna hade tankar om det berodde på att de övriga intervjuade inte tänkte på det just då, eller att sjuksköterskorna försökte förmedla en självsäkerhet och kompetent bild av sig själva. Artikelgenomgången visar på att det finns en önskan och ett behov av utbildning för krishanteringssituationer. Författarna anser därför att det verkar osannolikt att majoriteten av respondenterna inte ansåg utbildning behövligt.

8.3 Slutsats/er

Syftet med studien anses vara uppnått. Resultatet visar ingen direkt enlighet i vad sjuksköterskorna upplever i mötet. Värdefulla komponenter så som att förmedla trygghet och vara en trygghet, att kunna läsa av den närstående samt visa medkänsla anses dock kunna förbättra upplevelsen för de närstående. Sjuksköterskorna anser att yrkeserfarenhet är det som kan förbättra mötet med den närstående. Litteraturen beskriver vikten av utbildning inför dessa möten. En slutsats som kan dras av detta är därmed att det finns ett behov av en handbok för

sjuksköterskestudenter och nyexaminerade då de ofta saknar yrkeserfarenhet. Detta för att erhålla en gemensam standardiserad utgångspunkt för att kunna åstadkomma evidensbaserad omvårdnad av närstående i psykisk kris.

8.4 Klinisk betydelse

Mötet med individer i psykisk kris är essentiellt i vården. Sjuksköterskan spelar en central roll i mötet med dessa individer. Existerande strategier och handböcker används i liten utsträckning i vården. Mötet med närstående i psykisk kris kan underlättas. Det är en liten studie som utförts, men den ger en fingervisning om att det finns ett behov av utbildning inom det beskrivna området.

8.5 Förslag på vidare forskning/utveckling

Bemötande av närstående i psykisk kris är relativt outforskat. I vården möts sjuksköterskan oundvikligen av dessa individer. För att bättre kunna bemöta den närstående i psykisk kris är det av stor betydelse att vidare forskning bedrivs. Framtida studier skulle kunna fokusera på den närståendes upplevelse av mötet med sjuksköterskan och hur patienten upplever dessa möten och hur det påverkar dennes omvårdnad. Fokus skulle även kunna ligga på utbildning och användning av handböcker, exempelvis Psykologisk Första Hjälpen och hur detta i sin tur påverkar sjuksköterskan och hennes tillvägagångssätt och upplevelse av mötet med individer i psykisk kris.

9 REFERENSER

- Albertsson, M. & Torstensson Nimby, G. (1999). Psykologiska reaktioner hos den svårt sjuke, närstående och vårdpersonal. I J. Arlebrink (Red.) *Döden och döendet: etiska, existentiella och psykologiska aspekter*. (ss. 44-58). Lund: Studentlitteratur.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: prepared by the Task Force on DSM-IV*. (4. ed.) Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Andersson, S-O. (2007). Mötet och samtalet. (s. 101-134). I B. Fossum. (Red.). (2007). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Arber, A. & Gallagher, A. (2003). Breaking bad news revisited: the push for negotiated disclosure and changing practice implications. *International Journal of Palliative Nursing*, 9(4), 166-172. Hämtad från CINAHL with Full Text.
- Arlebrink, J. (Red.). (1999). *Döden och döendet: etiska, existentiella och psykologiska aspekter*. Lund: Studentlitteratur.
- Barnett, D., Everly, G., Links, J. & Sperry, N. (2010). The use of psychological first aid (PFA) training among nurses to enhance population resiliency. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12(1), 21-31. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Braga, E. M., Paes da Silva, M. J. (2007). Competent Communication: A view of nurse experts in communication*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(4), 410-414. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Broussad, L. (2006). Understanding qualitative research: a school nurse perspective. *Journal of School Nursing (Allen Press Publishing Services Inc.)*, 22(4), 212-218. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Buckley, P. & Andrews, T. (2011). Intensive care nurses' knowledge of critical care family needs. *Intensive & Critical Care Nursing: The Official Journal Of The British Association Of Critical Care Nurses*, 27(5), 263-272. Hämtat från databasen MEDLINE.
- Chauhan, G. & Long, A. (2000a). Clinical. Communication is the essence of nursing care 1: breaking bad news. *British Journal of nursing*, 9(14), 931-938. Hämtat från databasen CINAHL with Full Text.
- Chauhan, G. & Long, A. (2000b). Communication. Communication is the essence of nursing care 2: ethical foundations. *British Journal of nursing*, 9(15), 979-984. Hämtat från databasen CINAHL with Full Text.
- Chen, R. (2011). Moral imagination in simulation-based communication skills training. *Nursing Ethics*, 18(1), 102-111. Hämtat från databasen MEDLINE.
- Cullberg, J. (2003). *Kris och utveckling*. Stockholm: Natur och kultur.

- Dougherty, M. (2010). Assessment of patient and family needs during an inpatient oncology experience. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 301-306. doi:10.1188/10.CJON.301-306.
- Dyregrov, A. (2002). *Katastrofpsykologi*. (2uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Edwards, M. (2010). How to break bad news and avoid common difficulties. *Nursing & Residential Care*, 12(10), 495-497. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Eggenberger, S. & Nelms, T. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9), 1618-1628. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Eide, H. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation: relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Fossum, B. (2007). Modeller och teorier för kommunikation och bemötande. I B. Fossum. (Red.). *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. (ss. 23-40). Lund: Studentlitteratur.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. (u.å). *Psykologisk första hjälp: Användarinstruktion*. Uppsala: Kunskapscentrum för katastrofpsykiatri. Från <http://www.katastrofpsykiatri.uu.se/forstahjalprev.pdf>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (2. uppl.). Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (2007). *Intervjumethodik*. (2. Uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Lennéer-Axelson, B. (2010). *Förluster: om sorg och livsomställning*. (1. uppl.) Stockholm: Natur & Kultur.
- Lundin, T. (1992). *Traumatisk stress och personlig förlust*. (1. Uppl.) Solna: Almqvist & Wiksell.
- Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munevar, C. (2010). Beyond bad news: communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 12(3), 166-176. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- McGuigan, D. (2009). Communicating bad news to patients: a reflective approach. *Nursing Standard*, 23(31), 51-56. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.
- McLauchlan, C. (1990). ABC of major trauma: Handling distressed relatives and breaking bad news. *BMJ Clinical Research Ed*, 301(6761), 1145-1149. Hämtad från databasen MEDLINE.
- Michel, P.-O. (Red.). (2010). *Psykotraumatologi*. (2., [omarb. och utök.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Naish, P. (2005). Perceptual process. I N. Braisby & A. Gellatly (Red.). *Cognitive psychology*.(ss. 34-70). Oxford: Oxford University Press.

Natan, M., Shahar, I. & Garfinkel, D. (2009). Disclosing bad news to patients with life-threatening illness: differences in attitude between physicians and nurses in Israel. *International Journal of Palliative Nursing*, 15(6), 276-281. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Peel, N. (2003). Critical care: The role of the critical care nurse in the delivery of bad news. *British Journal of Nursing (BJN)*, 12(16), 966-971. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2009[2010]). *Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. (7. [updated] ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Ptacek, J. & Ellison, N. (2000). Health care providers perspectives on breaking bad news to patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 23 (2), 51-59. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Radziewicz, R. & Baile, W. (2001). Communication skills: breaking bad news in the clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 28(6), 951-953. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Rassin, M., Levy, O., Schwartz, T. & Silner, D. (2006). Caregivers' role in breaking bad news: patients, doctors, and nurses' points of view. *Cancer Nursing*, 29(4), 302-308. Hämtad från databasen CINAHL with Full Text.

Robertson, E. (2007). Genusperspektiv: varför behövs det? (s. 253-285). I B. Fossum. (Red.). (2007). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Rosenzweig, M., Hravnak, M., Magdic, K., Beach, M., Clifton, M., & Arnold, R. (2008). Patient communication simulation laboratory for students in an acute care nurse practitioner program. *American Journal of Critical Care*, 17(4), 364-372. Hämtat från databasen CINAHL with Full Text.

SFS 2009:400. *Offeltighets- och sekretesslag*. Hämtad 28 okt., 2011, från Riksdagen, <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=2009%3A400>

Shannon, S. E., Long-Sutehall, T., & Coombs, M. (2011). Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. *Nursing in Critical Care*, 16(3), 124-130. doi:10.1111/j.1478-5153.2011.00456.x

Socialstyrelsen (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 28 okt., 2011 från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Solms, M. & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world: an introduction to the neuroscience of subjective experience*. New York: Other Press.

SOSFS 1996:28. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om kliniska obduktioner m.m.* Hämtad 28 okt., 2011, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/1996-28#anchor_1

SOSFS 2005:12. *Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården.* Hämtad 28 okt., 2011, från Socialstyrelsen, http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12#anchor_3

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

Torstensson Nimby, G. & Arlebrink, J. (1999). Att överlämna svåra besked. I J. Arlebrink (Red.) *Döden och döendet: etiska, existentiella och psykologiska aspekter*. (s. 34-43). Lund: Studentlitteratur.

Vinthagen, S. (2007). Kommunikation ur ett maktperspektiv. I B. Fossum. (Red.). *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården*. (s. 61-97). Lund: Studentlitteratur.

Warnock, C., Tod, A., Foster, J., & Soreny, C. (2010). Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1543-1555. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05325.x

Åsberg, M. & Nygren, Å. (2010). *Utmattningssyndrom*. I B. Herlofson, J., Ekselius, L. *Psykiatri* (s. 461-468). Lund: Studentlitteratur.

BILAGA 1

Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans upplevelse av mötet med anhöriga i kris. Intervjuerna beräknas fortgå under ca 20 minuter per intervju.

Småprat, information och underskrift av informerat samtycke

Definition av kris.

Intervjufrågor

- Hur går du till väga inför sådana möten? *Förberedelse inför mötet, hur förbereder du dig?*
- Vad tycker du är viktigt i dessa samtal? *Viktigt att uppnå, innehåll, essentiella eller viktiga kvaliteter.*
- Vad upplever du under sådana samtal? *Kommunikation, interaktion, emotioner.*
- Hur upplever du att dessa samtal kan förbättras? *Motivera*
- Vad skulle du ge för råd till en nyexaminerad sjuksköterska inför möten med närstående i kris?
- Hur skulle du beskriva att du upplever din roll som sjuksköterska i dessa möten?

Frågor vid behov

Hur går du till väga?

Hur gör du?

Hur förmedlar du *det*?

Hur upplever du *det*?

Om nej: Varför? På vilket sätt?

BILAGA 2



RÖDA KORSETS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Informationsbrev

Information till deltagare med informerat samtycke

Vi, Ida Rupush och Dinice Olofsson, är studerande vid Röda Korsets Högskola på sjuksköterskeprogrammet. I utbildningen ingår att skriva en kandidatuppsats om 15hp inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans upplevelse och uppfattning av mötet med närstående till plötsligt svårt sjuka patienter. Vi har valt att genomföra en intervjustudie som skall ligga till grund för vårt examensarbete. De frågor intervjuerna kommer fokusera på är hur sjuksköterskor upplever mötet, kommunikationen och interaktionen med närstående samt viktiga komponenter i mötet med närstående till patienter med ett plötsligt svårt sjukdomstillstånd.

Intervjun med varje enskild sjuksköterska kommer ta ca 30 minuter. Detta brev innefattar informerat samtycke där ni godkänner ert deltagande i studien. Om ni godkänner deltagande kommer intervjun med er spelas in och transkriberas för att sedan användas i ett examinationsarbete. Delar av samtalet kan komma att citeras i det färdiga arbetet men all information som kan härledas till person och/eller enhet kommer att avidentifieras. Deltagande är fullständigt frivilligt och ni har när som helst rätt att avbryta intervjun. Hantering av insamlad data sker på ett säkert sätt och vi garanterar er konfidentialitet. Vid eventuella frågor är ni välkomna att kontakta oss.

Informerat samtycke

Härmed godkänner jag mitt deltagande i intervjun, samt att detta får användas i studien.

.....
Datum/ Ort

.....
Signatur/Namnförtydligande

Uppsatsskrivare:

Ida Rupush, idruhk09@rkh.se

Dinice Olofsson, diolhk09@rkh.se

BILAGA 3



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Till Chefssjuksköterska

Vi, Ida Rupush och Dinice Olofsson, är studerande vid Röda Korsets Högskola på sjuksköterskeprogrammet. I utbildningen ingår att skriva en kandidatuppsats om 15hp inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans upplevelse och uppfattning av mötet med närstående till plötsligt svårt sjuka patienter. Vi har valt att genomföra en intervjustudie som skall ligga till grund för vårt examensarbete. De frågor intervjuerna kommer fokusera på är hur sjuksköterskor upplever mötet, kommunikationen och interaktionen med närstående samt viktiga komponenter i mötet med anhöriga till patienter med ett plötsligt allvarligt sjukdomstillstånd. Vi önskar kunna intervjua 3-4 sjuksköterskor på ett sjukhus i Stockholm.

Intervjuerna är planerade att genomföras under perioden 2011-09-05 – 2011-09-09

Vi förbinder oss att informera muntligt och skriftligt till personal vid berörd avdelning samt att hämta informerat samtycke för deltagande av samtliga berörda parter. Vi förbinder oss även att handskas med insamlad data konfidentiellt. Samtlig information som kan knytas till personen och/eller avdelning kommer att avidentifieras samt resultatet kommer redovisas så att person och verksamhet ej kan identifieras. Resultatet av studien kommer att återrapporteras till berörd verksamhet om så önskas.

Har ni frågor gällande examensarbetet eller studien är ni välkommen att kontakta oss.

.....
Studentens signatur
Ida Rupush
idruhk09@rkh.se

.....
Studentens signatur
Dinice Olofsson
diolhk09@rkh.se

.....
Chefssjuksköterska signatur

.....
Namnförtydligande

BILAGA 4



RÖDA KORSETTS HÖGSKOLA
- utbildning & forskning inom vårdområdet

Till Verksamhetschef

Förfrågan gällande intervjuer till examensarbete

Vi, Ida Rupush och Dinice Olofsson, är studerande vid Röda Korsets Högskola på sjuksköterskeprogrammet. I utbildningen ingår att skriva en kandidatuppsats om 15hp inom huvudämnet omvårdnadsvetenskap. Syftet med studien är att undersöka sjuksköterskans upplevelse och uppfattning av mötet med närstående till plötsligt svårt sjuka patienter. Vi har valt att genomföra en intervjustudie som skall ligga till grund för vårt examensarbete. De frågor intervjuerna kommer fokusera på är hur sjuksköterskor upplever mötet, kommunikationen och interaktionen med närstående samt viktiga komponenter i mötet med anhöriga till patienter med ett plötsligt allvarligt sjukdomstillstånd. Vi önskar kunna intervjuva 3-4 sjuksköterskor på ett sjukhus i Stockholm.

Intervjuerna är planerade att genomföras under perioden 2011-09-05 – 2011-09-09

Vi förbinder oss att informera muntligt och skriftligt till personal vid berörd avdelning samt att hämta informerat samtycke för deltagande av samtliga berörda parter. Vi förbinder oss även att handskas med insamlad data konfidentiellt. Samtlig information som kan knytas till personen och/eller avdelning kommer att avidentifieras samt resultatet kommer redovisas så att person och verksamhet ej kan identifieras. Resultatet av studien kommer att återrapporteras till berörd verksamhet om så önskas.

Har ni frågor gällande examenarbetet eller studien är ni välkommen att kontakta oss.

.....
Studentens signatur
Ida Rupush
idruhk09@rkh.se

.....
Studentens signatur
Dinice Olofsson
diolhk09@rkh.se

.....
Verksamhetschef signatur

.....
Namnförtydligande

