

Namn: Ulf Rosén

Specialistsjuksköterskeprogrammet i palliativ vård, 60 hp, Institutionen för
vårdvetenskap

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, VKAPV7, VKAEXA VT 2018

Avancerad nivå

Handledare: Carina Lundh Hagelin

Examinator: Jennifer Bullington

**ATT SAMTALA MED NÄRSTÅENDE INOM SPECIALISERAD
PALLIATIV HEMSJUKVÅRD
SJUKSKÖTERSKANS ERFARENHETER**

CONVERSATIONS WITH FAMILY CAREGIVERS IN SPECIALIZED
PALLIATIVE HOME CARE
NURSE'S EXPERIENCES

Sammanfattning:

- Bakgrund:** Palliativ vård ska tillgodose behoven hos patienter med livshotande (icke botbara) sjukdomar på alla vårdnivåer i Sverige. Studier har visat att närstående till patienter i specialiserad palliativ hemsjukvård inte alltid har bemötts korrekt eller tagits på allvar vilket har resulterat i att de har slitit hårt ofta i skymundan. Att inte få rätt stöd har visat sig kunna leda till både fysiska, psykiska och psykosociala påfrestningar. Det har till exempel rapporterats om nedstämdhet, koncentrationssvårigheter och fatigue. Centralt i arbetet som sjuksköterska i specialiserad palliativ hemsjukvård är stöd till närstående då de ofta är en förutsättning för att patienten ska kunna vistas den sista tiden i livet i hemmet. Stödet bestod till stor del av samtal. Genom att bekräfta och ta närståendes oro och funderingar på allvar ökade deras välbefinnande.
- Syfte:** Att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av att stödja närstående genom samtal inom specialiserad palliativ hemsjukvård.
- Metod:** Designen var en empirisk studie med induktiv beskrivande ansats. Datainsamling skedde genom kvalitativa forskningsintervjuer.
- Resultat:** Efter analysen framträdde svaret på de två frågeställningarna: *Hur gjorde sjuksköterskorna för att etablera en god kontakt med närstående? Hur kunde sjuksköterskorna stötta närstående?* Det framkom fyra subkategorier till varje fråga. Resultatet visade att samtalet i specialiserad palliativ hemsjukvård var en stor del av det befintliga arbetet men att det inte alltid skedde under strukturerade och medvetna former. Erfarenheter av strukturerade närståendesamtal var uteslutande positiva.
- Diskussion:** Resultatet diskuterades mot valda delar av Watson´s tio karitativa faktorer. *Känslighet gentemot självet och andra, Mänsklig omsorgsrelation, Att ge uttryck för positiva och negativa känslor, Kreativ, problemlösande omsorgsprocess.*
- Nyckelord:** Närstående, Palliativ vård, Samtal, Sjuksköterska, Specialiserad hemsjukvård

Abstract

Background: Palliative care is intended to cater for the needs of patients with life threatening, non-curable, diseases at all levels of medical care in Sweden. Studies have shown that family and loved ones of patients receiving specialized palliative care in the home have not always been taken seriously or otherwise considered appropriately. This has led to them struggling under the pressure, often without acknowledgment. Not receiving the appropriate support has been shown to be a factor causing physical, psychological as well as psychosocial distresses. For example, depression, difficulties to concentrate and fatigue have been reported. Central to the work as a nurse in specialized palliative home care is to provide support to family and loved ones as it is often a necessity enabling the patient to be at home towards the end of life. The support in this case consisted largely of dialogue. By acknowledging and considering the thoughts and worries of the family, their wellbeing was increased.

Aim: Describing the experiences of nurses supporting family and loved ones through dialogue within specialized palliative home care.

Method: The study was by design inductive and data were collected via qualitative research interviews.

Results: Following the analysis, the answer to the two questions emerged: How did nurses do to establish a good relationship with family and loved ones? How could nurses support family and loved ones? There were four subcategories for each question. The result showed that the conversation in specialized palliative home care was a major part of the existing work, but it did not always happen in structured and conscious forms. The experience of structured conversations with relatives was exclusively positive.

Discussion: The result was discussed against selected parts of Watson's ten carative factors. *Sensitivity to self and others, Human care relationship, To express positive and negative feelings, Creative, problem-solving care process.*

Keywords: Dialogue, Loved ones, Nurse, Palliative care, Specialized home care

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
DEFINITION AV PALLIATIV VÅRD	1
PALLIATIV VÅRD – VÄRDEGRUND.....	2
DEN MODERNA PALLIATIVA VÅRDEN	2
ALLMÄN- OCH SPECIALISERAD PALLIATIV VÅRD	3
VÅRD I HEMMET	3
FAMILJEFOKUSERAD OMVÅRDNAD	4
ATT VARA NÄRSTÅENDE	5
NÄRSTÅENDESTÖD	6
SJKSKÖTERSKEROLLEN I PALLIATIV VÅRD.....	7
<i>Allmän kompetens</i>	7
<i>Specialiserad kompetens</i>	8
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
FRÅGESTÄLLNINGAR	8
TEORETISKA UTGÅNGSPUNKTER	9
METOD	9
DESIGN.....	9
URVAL	10
DATAINSAMLING	10
DATAANALYS.....	11
FÖRFÖRSTÅELSE	12
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	12
RESULTAT	13
<i>HUR GJORDE SJKSKÖTERSKORNA FÖR ATT ETABLERA EN GOD KONTAKT MED NÄRSTÅENDE?</i>	13
FÖRSÖKTE ETABLERA EN GOD KONTAKT MED NÄRSTÅENDE.....	13
SJKSKÖTERSKORNA ANVÄNDE SIG SJÄLVA SOM REDSKAP	15
ÖPPNA FRÅGOR STYR IN MOT KÄRNAN I SAMTALET	16
FÖRBEREDELSE FÖR NÄRSTÅENDEMÖTEN SOM STÄLLER EXTRA STORA KRAV	17
<i>HUR KUNDE SJKSKÖTERSKORNA STÖTTA NÄRSTÅENDE?</i>	18

ATT STÖTTA NÄR DET SLITER I RELATIONEN HEMMA	18
ETT ÖPPET FÖRHÅLLNINGSSÄTT HOS SJUKSKÖTERS KORNA.....	20
MULTIPROFESSIONELLA TEAMET ANVÄNDES SOM STÖTTEPELARE.....	21
ERBJUDA STRUKTURERADE NÄRSTÄENDESAMTAL.....	22
DISKUSSION	23
METODDISKUSSION.....	23
RESULTATDISKUSSION.....	26
KLINISKA IMPLIKATIONER.....	29
FÖRSLAG TILL FORTSATT FORSKNING	29
SLUTSATS.....	29
REFERENSFÖRTECKNING.....	31
BILAGA 1. BREV TILL VERKSAMHETSCHEF	
BILAGA 2. INFORMATION TILL DELTAGARE	
BILAGA 3. INTERVJUGUIDE	
BILAGA 4. ANALYSTABELL	

Inledning

Intresset för den utsatta situation närstående till patienter i livets slutskede som vårdas i hemmet kan hamna i växte fram under grundutbildningen till sjuksköterska. Nyfikenheten ökade i samband med en praktikplacering tillsammans med distriktsköterska på en vårdcentral. Min kandidatuppsats utgjordes av en litteraturstudie över närståendes upplevelser av avancerad hemsjukvård. Vid den tiden, i början av 2000-talet, fanns specialiserad palliativ vård främst för patienter med cancer och övervägande i större städer. Utifrån min erfarenhet av palliativ vård är det viktigt att tidigt i vårdförloppet etablera en bra kontakt med patienten och dennes närstående för att kunna erbjuda en god vård. I mitt arbete som sjuksköterska i avancerad hemsjukvård handlar en stor del av tiden till att stötta närstående. Den upplevelse jag har är att det många gånger är svårt för den som står bredvid den sjuke och känner sig frustrerad och maktlös. Den som står nära har en viktig uppgift att fylla det är den eller de som ofta möjliggör att patienten kan vara kvar hemma till livets slut. Ett sätt att stötta närstående under vårdtiden är att erbjuda samtal med eller utan att patienten medverkar. Som blivande specialistsjuksköterska i palliativ vård ser jag fram emot att på ett tydligare och mer strukturerat sätt stötta närstående.

Bakgrund

Definition av palliativ vård

Palliativ vård i livets slutskede i Sverige ska enligt socialstyrelsen omfatta livshotande (icke - botbar) sjukdom i alla åldrar och diagnoser inga övriga faktorer ska heller få påverka möjligheten erhålla denna vård. Huvudman eller vårdnivå ska vara likställda då det gäller att ge adekvat stöd till patienter och närstående (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). Socialstyrelsen stödjer följande definition;

World Health Organization (WHO) definierar palliativ vård på följande sätt;

Palliativ vård bygger på ett förhållningssätt som syftar till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande (icke - botbar) sjukdom. Palliativ vård förebygger och lindrar lidandet genom tidig upptäckt, noggrann analys och behandling av smärta och andra fysiska, psykosociala och existentiella problem (Regionala cancercentrum i samverkan, s. 9, 2016).

Smärta och andra plågsamma symtom ska lindras under vägen till dess att döden inträffar. Döendet är en normalprocess som varken får förhindras eller påskyndas. Patienten ska stödjas att kunna leva ett så normalt och aktivt liv som möjligt fram till döden inträffar. Stöd till familjen ska erbjudas på likande sätt under sjukdomsperioden och även efter dödsfallet. Stödet till patient och familj ska utgå från ett multiprofessionellt teamarbete och ska påbörjas så snart som möjligt i sjukdomsförloppet. Det kan initialt inbegripa behandlingar vars syfte är att förlänga livet som strålning och kemoterapi (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016).

Palliativ vård – värdegrund

Då vården inte längre syftar till att bota utan övergår till att lindra lidande benämns den palliativ vård efter det latinska ordet ”pallium” som betyder mantel, en mantel som en symbol för den omsorg patienten ska omgärdas av. Fyra nyckelord brukar få sammanfatta den palliativa vårdens värdegrund. *Närhet*, som i närvaron av en medmänniska som kan dela upplevelser och känslor. *Helhet*, där människan betraktas utifrån alla dimensioner samtidigt fysiska, psykiska, sociala och andligt/existentiella. *Kunskap*, den samlade kunskapen hos varje medarbetare och av alla yrkesprofessioner runt patienten. *Empati*, visa respekt genom att sätta sig in i den andres situation (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016; Strang, 2017).

Den moderna palliativa vården

Under slutet av 1960-talet växte det fram en rörelse som ställde sig mot att döende människor inte bemöttes med tillräcklig respekt. När den högspecialiserade vården inte längre hade något mer att erbjuda lämnades patienten att gå en plågsam död tillmötes (Lutz, 2011; Strang, 2017). Rörelsens främste förespråkare Cicely Saunders organiserade vården av svårt sjuka och döende människor och inrättade St Christopher´s Hospice 1967 i London, England. Rörelsen spred sig över Europa och även över till USA och Kanada (Kaasa, 2001). Den palliativa vården fick även ett starkt fäste i Sverige under 1970- och 1980-talen. Med rötter i den tidiga hospicerörelsen utvecklades det som kom att kallas Motalamodellen med start 1976 där hemsjukvård i palliativ inriktning praktiserades. En metafor som rörelsen använde var sjukhusets säng i patientens hem (Strang, 2017; Ternestedt & Andershed, 2013).

Allmän- och specialiserad palliativ vård

Den palliativa vården i Sverige delas upp i allmän och specialiserad där den allmänna kan erbjudas av personal med grundläggande kunskaper och färdigheter i palliativ vård. Vid komplexa symtom eller då särskilda behov föreligger rekommenderas kontakt med ett multiprofessionellt specialiserat palliativt team med fördjupad kompetens och kunskap i palliativ vård (Regionala cancercentrum i samverkan, 2016). I Europa gör The European Association for Palliative Care (EAPC) gällande att grundläggande kunskap om palliativ vård bör finnas på alla vårdinrättningar oavsett vilken specialitet som utövas då livshotande sjukdomar kan förekomma överallt. För att vårda patienter med mer komplexa behov behöver specialiserad palliativ vård kopplas in (Gamondi, Larkin, & Payne, 2013a).

Det multiprofessionella teamet som bedriver specialiserad hemsjukvård bör vara sammansatt av sjuksköterskor, läkare, fysioterapeut och arbetsterapeut. Det kan också ingå kurator och andra yrkesgrupper. Teamets sjuksköterskor finns tillgängligt per telefon dygnet alla timmar alla dagar om året för att understödja patienter och närstående som befinner sig i hemmet. Övriga teammedlemmar finns tillgängliga på kontorstid. Det är vanligt att få hjälp med symptomkontroll som till exempel smärtlindring eller reducering av oro och ångest (Nordström & Strang, 2018).

Vård i hemmet

I många länder har ansvaret för att vårda sina närstående i livets slutskede förflyttats från slutenvården till hemmet (Milne & Quinn, 2009). Allvarlig sjukdom skapar obalans i den sociala strukturen där patienten ingår, många människor blir på det viset påverkade.

Relationens art och hur patient och närstående är beroende av varandra i vardagen påverkar hur reaktionen blir (Börjeson & Johansson, 2008; Mc Kay, Rajacich & Rosenbaum, 2002) närstående har därigenom fått ett ökat behov av stöd från vården som ofta inte är tillgodosett ordentligt (Holm, Carlander, m.fl., 2015). Genom att bättre förbereda närstående att vårda sin anhörig i hemmet ökar deras möjligheter att klara av situationen på ett bra sätt. Det minskar också risken för att de själva ska drabbas av ohälsa (Holm, Henriksson, Carlander, Wengström & Öhlen, 2015). Bördor som rapporterats från närstående är ångest, depression och fatigue (Ramirez, Addington-Hall, & Richards, 1998). Sjuksköterskor i palliativ vård

behöver kontinuerligt vara uppmärksamma på hur närstående klarar av den belastning och stress de utsätts för (Mc Kay m.fl., 2002).

Om patienten ska kunna vårdas hemma beror det till stor del på att det finns närstående som ställer upp och kan delta i omsorgen och omvårdnaden (Cantwell m.fl., 2000; Fukui, Fujita, Tsujimura, Sumikawa & Hayashi, 2011; Gyllenhammar m.fl., 2003).

SBU (1999) (Statens beredning för medicinsk och social utvärdering) beräknade att det i slutet av 1990-talet fanns ett 50-tal palliativa enheter i Sverige som bedrev palliativ hemsjukvård för i storleksordningen tio till tolv tusen patienter. Runt en tredjedel av patienterna led av sena stadier av cirkulations- och lungsjukdomar medan övervägande delen patienter hade någon form av cancerdiagnos (a.a.). Nordström och Strang (2018) redovisar uppgifter från Stockholmsområdet som gör gällande att uppskattningsvis fem till åtta procent av de som dör varje år har tillgång till specialiserad palliativ hemsjukvård. Det omfattar 1100-1700 individer beroende på beräkningssätt (a.a.).

Familjefokuserad omvårdnad

Familjefokuserad omvårdnad bygger på ett synsätt att alla i familjen påverkar varandra och bör betraktas som en enhet när någon blir svårt sjuk. Genom att ge stöd till hela familjen går det att påverka hur det i slutändan kommer att fungera för patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2015). Sjukdom är ett exempel på en händelse som på sätt och vis påverkar hela världsbilden för de inblandade. Familjen kan vara ett stort stöd för den som blir svårt sjuk samtidigt som det kan förekomma negativ stress i form av till exempel våld, missbruk eller kriminalitet. Familjen som begrepp har över tid förändrats från den klassiska kärnfamiljen med mamma-pappa-barn förbundna genom blodsband eller äktenskap till personer som delar samma hushåll. En utvidgning av detta fenomen är till exempel far- eller morföräldrar och styvfamiljer (Benzein, Hagberg & Saveman, 2017). Begreppet närstående täcker in både familj, släktingar, vänner och till exempel grannar (Brown & Brown, 2014; Roth, Fredman, & Haley, 2015). Palliativ vård bör ses som ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienter och deras familjer. Medlemmarna i familjen tillsammans med patienten bör betraktas som en enhet som drabbas av följderna vid en livshotande sjukdom (Benzein, 2013; Kristjanson & Aoun, 2004).

Familjemedlemmarna hamnar mer eller mindre frivilligt i någon form av vårdarroll när en i familjen blir allvarligt sjuk (Benzein, 2013; Kristjanson & Aoun, 2004).

Att vara närstående

Vård och omsorg i Sverige bygger till stor del på att det finns informella vårdare det vill säga obetalda människor som på sin fritid ställer upp, hjälper och sköter omvårdnad och omsorg om en medmänniska ibland dygnet runt (Linderholm & Friedrichsen, 2010). De som utför vården kan röra sig om en familjemedlem, granne eller en kär gammal vän (Brown & Brown, 2014; Gueguen, Bylund, Brown, Levin & Kissane, 2009). Även i den palliativa vården i hemmet spelar den närstående en avgörande roll (Linderholm & Friedrichsen, 2010). I och med att den som är palliativ i ett sent stadium och själv har önskan om att få vara kvar hemma så byggs det upp förväntningar och outtalade krav på att den närstående ska ställa upp och hjälpa till. Många närstående befinner sig i en sårbar situation och resonerar med sig själva att de ur ett etiskt perspektiv har en skyldighet att ställa upp på detta. Hur det kommer att påverka familjebilden och i förlängningen även deras egen hälsa är det få som kan förutsäga (Beng, m.fl., 2013; Kristjanson & Aoun, 2004). Li, Mak och Loke (2013) har i en litteraturoversikt mellan åren 2000 och 2012 visat att närstående till patienter med palliativsjukdom ofta upplevde att de kände sig hjälplösa och utlämnade samt hade en hög stressnivå. I förlängningen kunde det innebära ohälsa även för de närstående i form av både psykologiska och fysiska symtom (a.a.). Fynd visade på nedstämdhet, koncentrationssvårigheter och ångest (Korte-Verhoef m.fl., 2014; Kristjanson & Aoun, 2004). Som en motvikt fanns det naturligtvis också erfarenheter av att det var en förmån att få ta hand om sin svårt sjuka vän eller familjemedlem och ta vara på den sista tiden i livet (Stajduhar m.fl., 2010). Linderholm och Friedrichsen (2010) berättade att många med positiva upplevelser under den sista tiden hade fått hjälp av ett palliativt hemsjukvårdsteam både med medicinskt och psykologiskt stöd. Något som framkom i ovanstående undersökning var att vissa närstående upplevde att ett för stort fokus låg på den sjuke och att närstående inte kände sig sedda och bekräftade i rätt utsträckning (a.a.).

Närstående som vårdar en döende familjemedlem i hemmet försökte hela tiden förbereda sig i den nya roll som uppstod (Janze & Henriksson, 2014). Genom att prioritera om i livet valde närstående att gå in i en vårdarroll av sin döende familjemedlem. Teman som lyftes fram var att trötthet och irritation gjorde att konflikter lättare uppstod. De behövde många gånger tumma på gränser för närhet och intimitet (Carlander, Sahlberg-Blom, Hellström & Ternestedt, 2011). Närstående som vårdar en svårt sjuk människa satte ofta sina egna behov åt

sidan (Milne & Quinn, 2009) stödet till den som var sjuk kunde ha olika karaktär med allt från att ansvara för hushållssysslor, personlig omvårdnad, medicinering eller vara ett känslomässigt stöd (Janze & Henriksson, 2014). I en pågående process började närstående mentalt förbereda sig på en oviss framtid genom att visualisera olika tänkbara scenarier (Janze & Henriksson, 2014; Beng m.fl., 2013).

Närståendestöd

Vid palliativ hemsjukvård har närstående en unik roll förutom att de ska stödja den sjuke har de också själva ett behov av stöd. Genom enskilt närståendesamtal kan vården både stödja den närstående och samtidigt förebygga problem som kan uppstå hos patienten (Carlsson, 2011; Kristjanson & Aoun, 2004). Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763 § 2) ställer krav på att vården ska vara av god kvalitet, patienten ska känna sig trygg med vård och behandling. Det är viktigt att visa respekt för patientens självbestämmande och integritet och vården ska vara lättillgänglig (a.a.). Socialstyrelsen (2013) lyfter fram att en grund för den palliativa vården är stödet till närstående som betraktas som en av de fyra hörnstenarna. Närstående bör erbjudas att få delta i utformandet av vården och stödet bör sträcka sig tills efter att döden har inträffat. Syftet med stödet är att förebygga ohälsa hos de närstående och ge verktyg för att hantera de bekymmer som kan uppstå (a.a.). När en människa blir sjuk och upplever att det är något som inte stämmer söker de ofta hjälp av andra. Familj och närstående kan bli ett forum för detta (Andershed, 2013). Många både svårt sjuka och döende människor tillbringar en stor del av sin tid hemma tillsammans med närstående i vissa fall med hjälp från palliativ specialiserad hemsjukvård (SBU, 1999). Närstående har fått ett utökat ansvar för vården som kan upplevas som en börda och kan leda till ett utanförskap (Andershed, 2013; Beng m.fl., 2013). Genom att ge stöd och utbildning till närstående som skulle vårda en döende familjemedlem minskade stressen och upplevelsen av utsatthet både under pågående vård och även efter dödsfallet (Henriksson, Årestedt, Benzein, Ternstedt & Andershed, 2013; Hudson m.fl., 2014). Stödet kunde bestå i att närstående blev uppmärksammade på hur svårt sjuk patienten var och vilka förändringar, både fysiska och psykiska som var att vänta. Stödet kunde också vara en förberedelse på döendefasen och omställningen till ett liv utan den svårt sjuka patienten (Holm m.fl., 2015). God kommunikation är en viktig komponent för att stödja närstående inom palliativ vård (Henriksson m.fl., 2013) genom att bli erbjuden stöd uppfattade sig de närstående som bättre vårdare (Holm, Carlander, m.fl., 2015).

Närstående som erhållit specialiserad palliativ hemsjukvård var tacksamma för den vänlighet och omsorg de blivit bemötta med vilket resulterade i minskat lidande (Aparicio, Centeno, Carrasco, Barbosa & Arantzamendi, 2017). Holm, Goliath, Södlind & Alvariza (2017) menade att sjuksköterskor i palliativ hemsjukvård var lämpade att leda stödgrupper för närstående (a.a.). Stöd till närstående vid palliativ enhet gav upplevelsen av att vara förberedd och mer bekväm i rollen att vårda närstående samt att de kände sig mer uppskattade (Henriksson m.fl., 2013).

När patienterna lever längre och vistas större del av sin sjukdomstid i hemmet blev närstående en viktig resurs för vården och fick ofta ikläda sig rollen som samordnare för provtagningar, läkarbesök och behandlingar men även för att upprätthålla olika sociala kontakter (Börjeson & Johansson, 2008).

I samband med inskrivning i den palliativa specialistsjukvården erbjuds i många fall ett sjuksköterskesamtal med närstående med eller utan patientens närvaro. Samtalet bör innehålla vissa huvudfrågor som till exempel hur insatta närstående är i situationen, förväntningar på vården, vilka behov det finns och möjligheter till symtomlindring. Efter insamling av fakta från närstående görs en bedömning om närstående har särskilda behov eller är i ett extra utsatt läge kanske fanns det barn eller unga vuxna med i bilden. Tidigare trauman och allvarliga konflikter kan komma i dagen. Fortlöpande under vårdtiden behöver närståendes behov följas upp. Stödinsatser kan vara aktuella i form av samtal med sjuksköterska, läkare, kurator eller annan personal. När döden närmar sig bör närstående erbjudas både muntlig och skriftlig information som upprepas och anpassas till den rådande situationen (Fürst, 2013).

Sjuksköterskerollen i palliativ vård

Allmän kompetens

Den legitimerade sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden som dels kan vara av praktisk natur och dels omfatta det vetenskapliga kunskapsområdet. I sjuksköterskerollen ingår att leda, bedöma, planera, genomföra och utvärdera omvårdnadsåtgärder. Omvårdnadsinsatserna är riktade mot patientens grundläggande behov. Sjuksköterskan är ansvarig för att kontakta andra medlemmar i teamet runt patienten vid komplexa behov som till exempel nutrition eller smärta. Arbetet ska utföras enligt gällande lagar och förordningar inom hälso- och sjukvårdens ansvarsområde (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Specialiserad kompetens

Vid arbete i specialiserad palliativ vård krävs både allmän- och specialiserad palliativ kunskap (Friedrichsen, 2012). Sjuksköterskor med specialiserad palliativ kompetens är lämpade att vårda patienter med obotlig sjukdom och komplexa symtom i livets slutskede (Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad (SFPO) & Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Vid arbete med den svårt sjuka och de närstående är det den specialiserade sjuksköterskans ansvar att så långt det är möjligt handla och agera i patientens och närståendes intresse (Friedrichsen, 2012).

Problemformulering

En sammanställning av studier visar att närstående i specialiserad palliativ vård har behov av stöd till exempel i form av samtal. När stödet uteblir ökar risken för negativa konsekvenser både fysiska och psykiska. Närstående som vårdar en svårt sjuk och kanske döende familjemedlem har fått en allt mer framträdande roll i och med utbyggnaden av specialiserad palliativ hemsjukvård. Många närstående befinner sig i en ny och oprövad livssituation som ställer stora krav och kan väcka känslor av oro, ångest, nedstämdhet, sorg och otillräcklighet. Det är inte ovanligt att närstående känner sig mer eller mindre tvingade att ta på sig rollen som vårdare då det kan finnas överenskommelser mellan makar eller uttalade krav. Närstående behöver erbjudas stöd anpassat på ett individuellt plan. Sjuksköterskan i specialiserad palliativ hemsjukvård har en viktig uppgift att erbjuda närstående stöd och möjlighet att samtala om sina känslor och upplevelser. Kunskap om samtalets betydelse mellan sjuksköterska och närstående är inte tillräckligt beskriven.

Syfte

Att beskriva sjuksköterskornas erfarenheter av att stödja närstående genom samtal inom specialiserad palliativ hemsjukvård.

Frågeställningar

Hur gjorde sjuksköterskorna för att etablera en god kontakt med närstående?

Hur kunde sjuksköterskorna stötta närstående?

Teoretiska utgångspunkter

För att belysa samspelet mellan sjuksköterskan och närstående kommer författaren att ta hjälp av Watson (1999) som fokuserar på den mänskliga omsorgen inom omvårdnaden. Resultatet kommer att diskuteras utifrån valda delar av Watson tankar (a.a.).

Watson (1993, 1999) beskriver ett värdesystem som består av tio, som hon kallar, karitativa faktorer;

1. Humanistisk- altruistiskt värdesystem
2. Tro och hopp
3. Känslighet gentemot självet och andra
4. Mänsklig omsorgsrelation, präglad av hjälpande och tillit
5. Att ge uttryck för positiva och negativa känslor
6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess
7. Transpersonell undervisning och inläring
8. Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö
9. Tillgodoseende av mänskliga behov
10. Existentiell- fenomenologisk- andliga krafter (Watson, 1993, s.94).

Dessa faktorer kommer bara till sin rätt vid adekvat kunskap och klinisk erfarenhet. Vid alla patientmöten oavsett om det handlar om en akut situation eller om sjuksköterskan ger omvårdnad till en medvetslös patient ställs detta i varje ögonblick på sin spets (Watson, 1999).

Av dessa karitativa faktorer har författaren valt att fokusera på nummer tre till och med nummer sex som bäst passar syftet på uppsatsen. Enligt Watson (1999) tankar om mänsklig omsorgsrelation är det avgörande för sjuksköterskan att utveckla en tillitsfull relation med patienten för att nå en högre nivå av omvårdnad. Den involverar både empati, värme utan motkrav och effektiv kommunikation såväl verbal som ickeverbal. I den kreativa problemlösande omsorgsprocessen ingår att sjuksköterskan löser problem på ett systematiskt sätt och ser bortom att vara läkarens assistent (a.a.). Teorin som Watson (1999) formulerade fokuserar mer på att vara än på att göra (a.a.). Enligt Rosa, Estes och Watson (2017) är de tio karitativa faktorerna lämpade för sjuksköterskor för att översätta teori till praktik (a.a.).

Metod

Design

Kvalitativ ansats valdes då författaren ville beskriva och utforska känslor och upplevelser. Det som utmärker en kvalitativ undersökning är att designen framträder vartefter forskaren får

mer kunskap om forskningsområdet. Vid vårdvetenskap är kvalitativ metod utmärkt att generera ny kunskap (Polit & Beck, 2016).

Kvalitativ forskningsintervju valdes då denna studie ville belysa informanternas egna erfarenheter och upplevda värld (Kvale & Brinkmann, 2014). Enligt Elo och Kyngäs (2008) är det lämpligt att välja ett induktivt synsätt och gå från de specifika delarna och försöka se helheten och generalisera (a.a.).

Urval

Sammanställningen av urvalet bör ske på sådant sätt att ett tillräckligt rikt och varierat material erhålls för att kunna dra några slutsatser vid slutet av undersökningen (Malterud, 2014). Författaren valde att göra ett bekvämlighetsurval. Ett bekvämlighetsurval kan vara lämpligt då informanterna jobbar på en specifik verksamhet där det förväntas finnas kunskap om det berörda fenomenet (Polit & Beck, 2016).

Studiens kontext var specialiserad palliativ hemsjukvård. Informanter rekryterades från specialiserad palliativ hemsjukvård i två mellansvenska städer (220 000 inv.) och (150 000 inv.) samt en mellansvensk småstad (22 000 inv.). Inklusionskriterier användes för att avgränsa vilka informanter som det var lämpligt att tillfråga (Polit & Beck, 2016). I denna studie söktes legitimerade sjuksköterskor som hade minst två års erfarenhet av specialiserad palliativ hemsjukvård. Krav på specialistutbildning i palliativ vård ställdes inte.

Datainsamling

Insamling av data skedde genom kvalitativa deskriptiva intervjuer (Elo & Kyngäs, 2008). Efter skriftligt tillstånd från verksamhetschef (se bilaga 1) rekryterades informanter genom personligt besök på arbetsplatsen. Tilltänkta informanter fick både muntlig och skriftlig information (se bilaga 2) om studiens syfte. Intervjuerna skedde företrädesvis i anslutning till ett arbetspass och genomfördes på avskild och ostörd plats på respektive arbetsplats. En intervju genomfördes hemma hos informanten på dennes initiativ då det passade henne bättre. Vid en av enheterna inbjöds samtliga sjuksköterskor att delta och alla tackade ja.

Före datainsamlingen genomförde författaren en pilotintervju efter den tillkom en fråga som kom fram spontant och diskuterades i den första intervjun. För att ytterligare tränga in i ämnet lades frågan till i intervjuguiden (se bilaga 3). Därefter genomfördes pilotintervju

nummer två. Efter andra pilotintervjuen gjordes inga fler förändringar. Författaren valde att inkludera materialet från dessa två pilotintervjuer då de på ett bra sätt belyste fenomenet i fråga och gav ett rikt material. Sammanlagt genomfördes sex ordinarie intervjuer mellan 20 mars och femte april 2018. Inkluderat de två pilotintervjuerna blev materialet sammanlagt åtta kvalitativa intervjuer. Intervjuerna varade mellan 22- och 45 minuter de flesta låg runt 30 minuter. Informanterna inklusive pilotintervjuer var alla erfarna sjuksköterskor med mellan elva och ända upp till 48-års erfarenhet då ett par sjuksköterskor arbetade kvar efter ålderspensionen. Erfarenhet från palliativ enhet varierade mellan sex- och 15 år. Samtliga intervjuade var kvinnor. Författaren valde att spela in intervjuerna på en separat diktafon för att minska risken att informanterna skulle uppfatta att materialet av misstag skulle blandas med annan information till exempel om den spelades in på en smartphone.

Efter två pilotintervjuer och ytterligare sex ordinarie intervjuer kände författaren en mättnad i materialet därför avbokades en reservintervju där sjuksköterskan redan tackat ja. Den var också inplanerad längre fram i tiden på grund av schemat och storhelger. En intervjuguide med semistrukturerade frågor användes som stöd av författaren. Det är bra att informanten känner sig trygg och omhändertagen och att intervjuaren lyssnar med öppet sinne och inte sitter inne med svaren på förhand. Det bästa materialet kommer fram när informanten får berätta en konkret historia (Malterud, 2014). Enligt de riktlinjer som Price (2002) förordade uppmanades informanterna att med egna ord berätta om företeelser i det eftersökta fenomenet. Författaren intog en avvaktande roll för att stimulera informanterna att tala fritt. Efter inledande frågor från författaren återkom denne med följdfrågor och bad ibland om förtydliganden i övrigt använde författaren kroppsspråk som gester och nickningar samt stödljud för att bekräfta och föra samtalet vidare (a.a.).

Då flera av informanterna arbetade på samma arbetsplats kommer hänvisning till citat inte att redovisas i den ordning intervjuerna genomfördes utan kodas om av författaren för att i möjligaste mån skydda källan.

Dataanalys

Som analysmetod valdes Elo och Kyngäs (2008) induktiv innehållsanalys som på ett systematiskt sätt steg för steg beskrev hur förberedelse, datainsamling och analys skulle genomföras (a.a.).

Ljudfilerna från intervjuerna genomlyssnades flera gånger även efter att transkriberingen var avklarad för att se att inget väsentligt hade lagts till eller dragits ifrån. Informanterna bedömdes inte vara styrda eller utsatta för någon påtryckning utan kunde tala fritt från hjärtat.

Författaren valde att låta det manifesta talade ordet få styra analysen. Uppkomna små tankepauser suckar och skratt var svårtolkade och lämnades utan vidare åtgärd (Elo & Kyngäs, 2008).

Efter ett flertal genomläsningar markerades meningsbärande enheter i marginalen av utskriften genom öppen kodning. Koderna fördes sedan över på ett kodningsark där de kategoriserades med underkategorier utifrån gemensamma nämnare. Ur dessa gick det att dela in materialet för att svara på de två frågeställningarna. De meningsbärande enheterna kunde vara något ord till enstaka meningar. För att påvisa hur koderna utarbetades bifogas ett exempel som beskrev på hur analysarbetet gick till (se bilaga 4).

Elo och Kyngäs (2008) menade att för korta eller för långa meningsbärande enheter kunde försvåra tolkningen (a.a.). Författaren hade oftast en mening men enstaka ord förekom också.

Förförståelse

Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2011) framhåller att forskaren vid alla undersökningar behöver ta ställning till sin förförståelse. Det går inte att säga att någon saknar förförståelse då alla människor i sin dagliga livsföring kommer i kontakt med olika fenomen (a.a.). Författaren är grundutbildad sjuksköterska och har arbetat i somatisk vård i 18 år varav cirka fyra år i specialiserad palliativ hemsjukvård och är därför väl insatt i det arbetet och den terminologi som förekommer där. Författaren arbetade vid tiden för uppsatsarbetet i direktkontakt med patienter och närstående och hade erfarenhet av strukturerade närståendesamtal. Som det framgår av inledningen till arbetet är författarens förförståelse att närstående har en stor betydelse för att patienten ska kunna vistas i hemmet till livets slut samt att samtalet är ett betydelsefullt verktyg i specialiserad palliativ hemsjukvård. Denna erfarenhet är något som författaren har fått vara ödmjuk inför och försökt att ställa åtsidan.

Forskningsetiska överväganden

Arbetet berörde sjuksköterskor i aktiv tjänst och hade i samråd med handledaren inte bedömts omfattas av forskningsetisk prövning.

Före datainsamlingen inhämtades skriftligt godkännande från verksamhetschef vid berörda enheter. För tilltänkta informanter presenterades syftet med undersökningen och att vinsten var fördjupad kunskap inom området. Det var frivilligt att delta och informanterna kunde närsomhelst och utan att motivera varför avbryta sin medverkan. Informerat samtycke inhämtades. Uppgifterna som samlades in hanterades konfidentiellt endast författaren kände till identiteten på informanterna. Intervjuerna avidentifierades och kodades. Resultatet på undersökningen kommer att publiceras både i pappersform och kommer att finnas elektroniskt via Ersta Sköndal Bräcke Högskola bibliotek. På detta sätt uppfyller undersökningen Vetenskapsrådet (2018) krav på information, samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Kvale och Brinkman (2014) lyfter fram forskarens roll som ska vara genomsyrad av empati, känslighet för moraliska frågor och intentionen att göra gott (a.a.).

Under intervjuerna kunde författaren inte upptäcka att någon av informanterna blev upprörd eller illa berörd av frågorna eller samtalet. Samtliga informanter valde att fullfölja studien. Efter transkribering till text raderades ljudfilerna.

Resultat

Resultatet kommer att presenteras som svar på de två frågeställningar som ställdes upp.

Hur gjorde sjuksköterskorna för att etablera en god kontakt med närstående?

Försökte etablera en god kontakt med närstående

Genomgående i alla intervjuer var att sjuksköterskorna var mån om att ge goda förutsättningar för trygga närstående som i sin tur gav trygga vårdrelationer. Redan vid inskrivningssamtalet berättade fler av sjuksköterskorna att de förberedde sig för att möta närstående genom att läsa på i befintlig dokumentation. Detta för att ge ett säkrare intryck och kunna bekräfta att det som patient och närstående berättade inte kom som en nyhet.

Även om jag försöker vara öppen för att det är dom som försöker berätta sin historia så tycker jag om att ha på fötterna. Jag läser gärna på ganska mycket i journalen hur det har varit, hur vårdförloppet sett ut och sjukdomsbilden och lite om insikten, vad patienten har för insikt i sin sjukdomsbild och vad anhöriga har, sen försöker jag att inte säga så mycket om det vid samtalet utan se deras bild det känns bra att få bekräfta att man känner igen det när dom berättar (3).

För det första tänker jag det hur mycket är dom involverade i den sjukens situation, har dom fått vara med till doktorn? Hur mycket vet dom det är det viktigaste tycker jag att veta hur mycket dom vet om personen i fråga och om sjukdomen (5).

I undersökningen kom det fram att sjuksköterskorna redan vid första mötet började bygga relationen genom att hälsa på alla närvarande och möta blicken. Det handlade om att få den närstående att känna sig sedd och bekräftad hon eller han skulle förstå att de var viktiga för sjuksköterskan. Mycket av informationen som kom fram i samtalet med närstående hjälpte sjuksköterskan att planera för den fortsatta insatsen. Det kunde röra sig om vitt skilda saker som tidigare erfarenheter i livet, trassliga relationer eller rädslor av olika slag. I början av vårdtiden kom det mycket frågor från både patient och närstående då gällde det att svara så gott det gick på dessa. Det var också viktigt att tala om när svar inte kunde ges eller att återkomma när det gått att få fram information.

Det är dom som pratar och frågar och jag håller mig till det som dom vill veta. Försöker vara så konkret som det går och vara så uppriktig som det går, om det är något vi inte kommer att kunna göra eller lämna besked om (1).

Att ha ett närståendesamtal är något jag tycker är viktigt det lägger grunden för en trygg vårdtid för patienten. För anhöriga är så viktiga när man jobbar i hemsjukvård (2).

En sjuksköterska i studien framhöll också att hon tyckte att besöken inte var så olika oavsett om närstående var med eller inte. Det var också vanligt att hon kunde göra fem till tio besök hos olika patienter utan att träffa någon närstående. Därför var det svårt att gå och förbereda sig på hur besöket skulle bli.

Något som lyftes fram i några av intervjuerna var att försöka få kontinuitet genom att ett färre antal sjuksköterskor koncentrerade sig på att knyta kontakt med den nyinskrivna patienten och dennes närstående. Resultatet visade också att det i början av vårdtiden var viktigt att göra tätare besök för att lära känna varandra och att en tillit skulle växa fram. Genomgående för flertalet av informanterna var att relationen mellan närstående och sjuksköterskorna utvecklades över tid. Det fanns exempel på patienter som varit inskrivna i teamet i runt två år eller längre. Detta gjorde naturligtvis att det kunde utvecklas en nära relation till de närstående.

Jag tycker att jag har haft ganska många bra samtal men inte dom här allra första. Men när man skapat en relation då tycker jag man har bra samtal med till exempel mannen...(4).

Sjuksköterskorna i studien berättade att det var vanligare att relationen inte var så långvarig som i exemplet ovan. Synpunkter framkom att det var viktigt att knyta an till närstående innan patienten blev jättedålig. Teamet ställde upp och tog ansvar och fanns tillhands för patienter och närstående.

Dom måste känna att vi finns där att vi är pålitliga – det är det första dom måste känna. Det här blir okej du är hemma, det här kommer att bli okej, vi kommer att göra det vi kan (1).

Sjuksköterskorna använde sig själva som redskap

Informanterna beskrev hur de använde sig själva genom att låta samtalet med närstående bli en länk till att nå framgång i stödet till patienterna. Många beskrev hur berikande dessa samtal kunde vara samtidigt som de också kunde dränera dem på energi. Någon sjuksköterska berättade att det var viktigt att ha kontakt med sina egna känslor och vara medveten om sina egna reaktioner.

Det är en utmaning, utmanande för man vet ju inte vad man möter sen tycker jag att det ofta ger mycket information om den sjuke och om situationen för de närstående. Sen kan det vara ganska ehh känslomässigt tufft också för dom har ju ofta en annan tung situation som inte den som är sjuk har det kan vara ganska tufft man går på slak lina (3).

Erfarenhet från sjuksköterskorna visade att arbetet med sjuka människor i utsatta positioner var påfrestande. Det var viktigt att sjuksköterskan själv mådde bra och hade en trygg grundinställning. Den egna familjen och det sociala sammanhanget betonades. En hobby eller fritidsaktivitet hjälpte till att släppa tankarna på arbetet det gav sjuksköterskorna ny energi.

Jag tror att man måste vara ganska lugn som person. Man får inte vara alltför snabb alltså att man åker dit och gör det man ska snabbt. Jag tror att man måste våga, framförallt våga stanna kvar när frågorna kommer, de blir ledsna eller såna saker att man har familjen runtomkring sig och att man gör andra saker än att jobba det tror jag är bra egenskaper också (4).

I undersökningen kom det fram att det i arbetet som sjuksköterska i specialiserad palliativ hemsjukvård underlättade om ödmjukhet genomsyrade inställningen till patienten och närstående. Sjuksköterskorna beskrev sig som gäster i hemmet och tog seden dit de kom.

Det blir väldigt märkbart tycker jag när jag är i hemmet mot när jag jobbar med patienter som ligger inne tycker jag – det är en otrolig skillnad! För när man ligger inne är man oftast ett fall. Här är man en helt vanlig människa – inget patientfall (7).

Det är ju väldigt stor skillnad, även när patienterna kliver innanför sjukhusets dörrar så går man ett trappsteg ner som patient. Men här är det jag som går ett trappsteg ner när jag kommer hem till patienten (7).

Öppna frågor styr in mot kärnan i samtalet

Ett tips som kom fram i intervju svaren var att genom vardagligt tal om väder och vind komma in på mer personliga frågor som syftade till att tränga mer på djupet. Som ett exempel på det berättade en sjuksköterska att hon brukade inleda samtalen genom att fånga upp något som fanns i hemmet en hund, trädgården eller intressanta tavlor på väggarna. När isen var bruten var det lättare att gå till svårare ämnen. Som beskrivet tidigare var kontinuitet med upprepade besök en framgångsfaktor för att nå fram till närstående. I början av vårdrelation kunde det vara bra att delge varandra förväntningar och farhågor på anslutningen till teamet.

Sjuksköterskans uppgift i starten av en ny vårdrelation var att fråga mycket. Hur tänkte du? Hur kände du? Det kom ibland fram tunga tankar om liv, död och tomhet. Många frågor från närstående kretsade på slutet om hur långt det var kvar och oro för svåra symtom.

Sedan när det gäller att man kommer in mer på framtiden och jobbiga känslor kring döden. Att man frågar anhöriga är det okej med dig att vi pratar om det här nu? Att man liksom får godkännande att fortsätta det här samtalet. Det tror jag är en viktig mening att ha med sig (6).

Det är ju viktigt också att bekräfta deras känslor i den här svåra situationen jag förstår inte din situation men jag ser att du har det svårt...(3).

Fynd visade på att det var viktigt för närstående att behålla viss kontroll då många beslut låg utanför deras kontroll. Resultatet av undersökningen lyfte fram att livskvalitet för både patienter och närstående behövde prioriteras. Efter samtal som gått på djupet och berört liv och död var erfarenheten hos många av respondenterna att en djupare, varmare relation uppstod till de närstående och även till patienterna. Flera sjuksköterskor påpekade att de tyckte att det var viktigt att få möjligheten att följa upp svåra samtal för att se hur det gått genom att till exempel prioritera om bland de övriga besöken.

Lyckade samtal visade sig i undersökningen vara en källa till arbetsglädje och tillfredsställelse det återkom i de flesta berättelser.

Förberedelser för närståendemöten som ställer extra stora krav

I fem av de åtta intervjuerna tog sjuksköterskorna upp att mötet med barn och unga vuxna som närstående i vårdkontexten var särskilt utmanande. De kunde förekomma som barn till en sjuk förälder, syskon till en patient, barnbarn eller genom annan anknytning.

Sen får man inte glömma barnen å det är en grupp som kanske lätt blir bortglömd för det är lite svårt att prata med barn och då kanske man drar sig för det. Barn kan ju vara anhöriga på många sätt...(2).

Jag har sett väldigt många unga vuxna jag tänker mig 16-26 kanske. Dom är väldigt sköra dom är både vuxna och barn. Det är väldigt svårt att förlora någon närstående i den åldern å man är väldigt olika mogen (3).

Vi vårdar ju inga barn men det kan finnas barn i familjen och det kan ju vara jättesvårt (8).

Respondenterna i studien lyfte fram att tonåringarna som närstående hade en förmåga att glida undan då sjuksköterskorna gjorde hembesök antingen befann de sig bakom en stängd dörr eller så var de iväg i skolan eller på fritidsaktiviteter. I samtalen kom det fram att kurator ofta engagerade sig i dessa barn och ungdomar som närstående på olika sätt genom att erbjuda samtal eller hålla kontakt med elevvården på respektive skola.

I denna undersökning hade sjuksköterskorna erfarenhet av frustrerade närstående som inte hade så goda erfarenheter från tidigare vårdmöten. Deras oro och funderingar hade inte bemötts på ett korrekt sätt. I dessa möten beskrev sjuksköterskorna att de behövde lyssna och låta närstående få lätta på sin oro.

Det gäller att ganska tidigt få närstående att känna att dom betyder något att dom räknas med. Många beskriver ju att dom, på något sätt tycker jag, att dom är lite överkörda sedan tidigare inom sjukvården dom verkar inte riktigt ha räknats med när det gäller information och man har inte sett dom som en helhet alla gånger (6).

...mycket frustration från närstående man grunnar, har dåligt samvete, skulle vi ha sökt tidigare? Varför drabbar det här oss? Skulden och skammen på något vis och vanmakten att stå

bredvid och inte kunna göra något. Det känner jag smittar man kan känna den närståendes känsla att det är så fruktansvärt att stå bredvid (3).

En annan källa till frustration som blev tydlig i fler intervjuer var när patient och närstående befann sig på olika medvetenhetsnivå. Patienterna insåg att det inte fanns något mer som sjukvården kunde erbjuda för att bota sjukdomen men att det gått så snabbt att närstående inte förmått sig att hänga med. Här fick sjuksköterskan försöka stötta patienten i att stå emot närståendes ihärdiga krav på undersökningar och behandlingar som till exempel cellgifter eller dropp.

När anhöriga inte hunnit med på resan, det har varit snabba förlopp, där anhöriga har frustrationer fortfarande. Att man inte gör tillräckligt och den biten. När patienten och anhöriga är på olika nivå. Patienten vet att det finns ingenting mer att göra – jag orkar inget mer. När jag ser att patienten börjar stänga av medan anhöriga fortfarande ska ha igång dom. Dom ska gå dom ska äta och den biten (4).

Exempel på det motsatta kom också fram bland deltagarna i undersökningen. När patienten trots upprepade försök från läkare och sjuksköterska avstod från adekvat smärtlindring även om det skulle ha kunnat göra den sista tiden i livet drägligare. Sjuksköterskan kunde inte bestämma vad närstående eller patient skulle tycka eller göra. Det gällde att visa ödmjukhet det var svårt att veta hur denna människa fungerat innan han eller hon blivit sjuk eller hur relationen mellan patient och närstående hade yttrat sig.

Det finns vissa vi aldrig når och vi vet ju aldrig hur dom varit som person i livet förut vare sig patienten eller anhöriga. Det finns ju vissa som aldrig öppnar sig och har aldrig gjort det tidigare heller (5).

Hur kunde sjuksköterskorna stötta närstående?

Att stötta när det sliter i relationen hemma

Resultatet lyfte fram att det var av stor betydelse för sjuksköterskan att veta hur relationen mellan patienten och de närstående fungerade. I intervjuerna gick det att se att vissa patienter inte ville att sjuksköterskan pratade enskilt med närstående de var rädda att känsliga ämnen skulle komma upp. Det kunde också vara så att närstående inte ville prata med sjuksköterskan när patienten inte var med som respekt för patienten.

Man pratar ju inte med anhöriga om något patienten inte vill...(2).

Sen brukar jag se lite på de anhöriga man brukar märka om det är väldigt spánt mellan respektive. Det ska kännas tryggt runt den som är sjuk Det är ganska intressant att komma in i ett hem. Det kan vara så att anhöriga tycker det är lite besvärligt att patienten är hemma, det är det här med nöd och lust, som att jag vet att jag är ganska duktig på att läsa av. Det kan vara en viss distans till det här paret man är hemma hos (8).

Jag registrerar ganska mycket det som händer emellan människor. Olika slags känslouttryck, kroppsspråk sånt sitter jag och tittar på och tänker efter för att se om jag kan uppfatta någonting som ligger dolt. Eller någon oro eller någonting som säger någonting mer än orden (1).

Sjuksköterskorna berättade att det inte var ovanligt att patienten försökte skona närstående genom att undanhålla information om sjukdomen eller besök hos läkare. Ett sätt att få närstående mer involverade var att erbjuda samtal tillsammans med enhetens läkare. Det kunde också varit så att närstående fått information av läkare vid tidigare vårdkontakter men inte haft förmågan att ta till sig informationen vid det tillfället.

I en av intervjuerna beskrev sig sjuksköterskan som en katalysator som fick närstående och patienter att öppna upp sig. Hon hade varit med om att patienter och närstående berättat saker som troligen inte skulle kommit fram annars. Sjuksköterskan kunde också förnimma en tillfällig spänning mellan patient och närstående. Då var det viktigt för henne att förmedla att hon tog emot oron och bekräftade känslorna.

En annan aspekt som kom fram i intervjuerna var att det var svårt för närstående att närma sig det tabubelagda ämnet att vara irriterad på den som var sjuk. Sjuksköterskan behövde skapa en tillåtande och trygg miljö i samtalet och bekräfta att det var helt normala och sunda känslor att våga släppa på kontrollen. Genom att vara öppen kunde sjuksköterskan visa att hon lyssnade och tog emot oron. Det visade sig i intervjuerna att många närstående var bundna av löften till patienten både uttalade och outtalade mer moraliska löften att ta hand om den andre till livets slut.

Vi måste vara aktsamma om hur dom mår en del är ju så trötta att dom – törs inte – vågar inte – kan inte säga att dom orkar inte längre. Då är det så bra att klä av dom den där duktighetskostymen, det är helt okej du får vara trött och sliten du har gjort ett jättejobb (1).

Man sätter ju enorma krav på anhöriga i den här vården och det är ju oftast kvinnorna som vårdar sina män i större utsträckning än vad män vårdar sina kvinnor (7).

Sedan är det ju så att patienten har sagt att den vill vårdas hemma och det vill anhöriga att dom får göra – men det fungerar inte då måste man ju jämka det där någonstans så det är ju inte alltid patienten som kan få bestämma. Anhöriga måste ibland bara få vara anhörig och inte ta allt ansvaret (5).

Ett öppet förhållningssätt hos sjuksköterskorna

I resultatet av intervjuerna kunde författaren se att erfarenheter hos sjuksköterskorna var till gagn för mötet mellan sjuksköterska och närstående. När det gällde kontakten med närstående var huvuduppgiften samtal. Genom erfarenhet hade många sjuksköterskor skaffat sig modet att våga ställa frågan och modet att våga möta känslor både positiva och negativa. Många gånger gällde det att bara lyssna.

Som syster är man ju en görare många gånger men det gäller ju att koppla av det här att man inte ska fixa allting det räcker att sitta ner och lyssna. Vara bollplank. Många gånger säger man ganska mycket till oss. Det är inte meningen att vi ska fixa allting. Det är kanske bara att dom får dela det här med oss då (7).

Jag försökte nog vara inlyssnande mest utan att komma med några färdiga förslag eller råd till henne (6).

Jag tycker att man säger mindre än man gjorde då när man började i teamet – man lyssnar mer (7).

Sjuksköterskorna i undersökningen menade att de genom erfarenhet skaffat sig ett lugn och en trygghet som de kunde låta smitta av sig på omgivningen. En informant beskrev det på detta sätt;

Det som är bra är när man ser att dom börjar slappna av när kroppshållningen börjar liksom man ser i början att dom är spända med stela rörelser och tonfall – sen känner dom sig trygga och att dom börjar koppla av (1).

Sjuksköterskorna beskrev också en följsamhet att de hängde med vad som hände i relationerna i samtalet, hur det kunde bölja fram och tillbaka.

Fler av sjuksköterskorna berättade att de av erfarenhet försökte att inte stressa vid besöken. Att låta besöket ta den tid det tog stimulerade närstående till att våga ställa de frågor som

berörde mer på djupet. Besök som förväntades gå snabbt kunde ibland ta lite längre tid medan andra besök gick snabbare än väntat. Det gällde också att fånga tillfället i flykten om närstående antydde att de hade någon fundering. Ett sätt kunde vara att dröja sig kvar en stund i hallen om närstående gick med för att säga adjö.

Om vi har någon som är svårt sjuk och ligger kvar i rummet då brukar jag dröja mig kvar lite innan jag sätter på mig ytterkläderna sen ställer jag till nästan 100 procent frågan har du några funderingar innan vi skiljs åt (4).

Om du ens anar att nu vill den här personen prata – stanna kvar och lyssna, lyssna in. Våga möta blicken, bekräfta och nicka be om förklaring om det behövs visa att du verkligen är mån om att förstå Det vet inte jag! Det säger jag jätte ofta, men jag kan återkomma när jag tagit reda på det (2).

Några sjuksköterskor tog upp att det enligt deras erfarenheter var viktigt att gå in i sin professionella roll och inte släppa fram egna känslor, dessa frågor fick sjuksköterskorna ta upp vid andra tillfällen. Här betonades vikten av att arbetsgivaren beredde tillfälle till spegling och handledning. För snabb återkoppling var arbetskollegorna mycket uppskattade. En fallgröp som belystes var att i samtalet med närstående ta för stor egen plats. Då gällde det att kunna backa tillbaka och invänta närstående.

Dels kanske jag varit för snabb att tala om för närstående vad dom ska göra att jag inte lyssnat in dom tillräckligt. Det kan också vara att närstående kanske väckt någon känsla hos mig till exempel irritation som jag inte kan sätta fingret på som har gjort att jag inte gett närstående den här tiden och lyssnandet som jag skulle ha gjort (6).

Ett bra råd som kom fram i undersökningen var att tänka på att vara jämbördiga i samtalet där båda parter på något sätt givit och tagit. Genom att ställa öppna frågor och inte uppträda som om svaret på frågan redan var givet stimulerade det till ett rikare mer varierat svar.

Multiprofessionella teamet användes som stöttepelare

Det palliativa teamet bestod av en sammansättning av flera yrkeskategorier som kompletterade varandra. Sjuksköterskorna fick stort stöd av varandra i sitt team både genom spegling av upplevda erfarenheter i mötet med patienter och närstående och att komplettera varandra då alla hade olika erfarenhet och bakgrund. Något som lyftes fram i resultatet i

samband med teamarbetet var att få alla att sträva mot samma mål i teamet. En sjuksköterska saknade ett forum för arbetsträffar i teamet och att mycket av tiden på arbetsplatsen gick åt till annat som att hålla verksamheten flytande.

Vi har kanske inte riktigt samsyn hur vi ska prioritera och lägga våra resurser eller tid på. Det tror jag är jätteviktigt i ett arbetslag att man har en gemensam inställning till närståendestödet annars kan det lätt bli så att en personal lägger ner mycket tid och engagemang medan en annan inte ens tänker på det så mycket (6).

Teamet kunde kartlägga vilka resurser det fanns runt patienten för att utforma stödet på bästa sätt. I en av intervjuerna lyfte sjuksköterskan fram att teamets sjuksköterskor kunde få olika funktion ute hos patient och närstående beroende på vilken personkemi som uppstod.

I förberedelser för teamarbetet ingår ju att jobba efter de fyra hörnstenarna då ska det förekomma på teammöten och ronder att man lyfter patienter och närståendes situation... (2)

Fler av de intervjuade sjuksköterskorna valde att lyfta fram kurator och diakon som bra samtalspartner för närstående. Diakonen, med förankring i Svenska Kyrkan, hade ett uppdrag att först och främst vara en samtalspartner som samtalade om det som närstående önskade. Samtalen hade inget religiöst motiv annat än möjligen att ställa upp för sin nästa. De närstående som övervunnit sitt motstånd mot att ta emot en representant från kyrkan hade övervägande positiva erfarenheter kunde författaren konstatera. Läkarens roll i teamet lyftes också fram då det fanns önskemål om tätare frekvens av hembesök av läkare vid ett av teamen.

Erbjuda strukturerade närståendesamtal

Vid två av de enheter där sjuksköterskor intervjuades fanns det erfarenhet av strukturerade närståendesamtal. Närstående fick då en separat inbjudan att oftast träffa sjuksköterska för ett samtal i enhetens lokaler. Mötet kunde också efter överenskommelse ske i patientens hem oftast i ett annat rum än där patienten vistades. Syftet med samtalen var att lära känna närstående och få en bild av vilken situation patient och närstående befann sig i. Genom en kartläggning utforskades vilka resurser som fanns runt patient och närstående i form av sociala kontakter. Informanter med erfarenhet av samtal menade att de strukturerade samtalen

inte uteslöt de spontana, de var av helt olika karaktär. Samtliga sjuksköterskor som arbetat med strukturerade samtal hade goda erfarenheter från dessa.

Jag tror att anhöriga som är väldigt vilsna, i chock eller frustrerade där kan det vara bra att det finns en struktur. Där kan det vara bra att man kan fånga upp frågor genom att ha tänkt igenom innan vad kan vara bra för oss att veta för att ge en bättre vård till patienterna att alla får samma information och är inbjudna på samma villkor tror jag är bra...(3).

Dom tycker jag ju väldigt ofta gör att jag får en annan och tidigare framför allt förståelse för deras situation och varför dom kanske handlar på ett sätt som utåt kan vara lite märkligt. Men om jag får sitta ner och dom får berätta tycker jag ofta får en annan helhetsbild vilket i sin tur underlättar i mötet med patienterna (6).

Informanter utan erfarenhet av strukturerade närståendesamtal såg både för- och nackdelar med dessa. En farhåga som uttrycktes av en sjuksköterska var att det skulle kännas konstigt att gå bakom patienternas rygg då det var för patienterna hon arbetade. Flera andra som inte arbetade med strukturerade samtal var nyfikna på att börja med detta då de framför allt kunde se framför sig vinsterna av att knyta närmare kontakt med närstående.

Diskussion

Metoddiskussion

Studieresultatet genererades genom att analysera åtta kvalitativa intervjuer med sjuksköterskor i specialiserad palliativ hemsjukvård. Materialet arbetades fram genom att låta Elo och Kyngäs (2008) induktiva innehållsanalys styra bearbetningen av intervjuerna. Med induktiv ansats fick författaren underkategorier att växa fram ur materialet genom att gå från delarna till att se helheten (a.a.). Vid val av teoretisk referensram hade författaren läst in sig på Watson (1999) och hennes tio karitativa faktorer som är intressanta inom ramen för palliativ vård (a.a.). Före datainsamlingen hade författaren svårt att veta vilket resultatet skulle bli och vilka av de tio karitativa faktorerna som bäst skulle passa in att diskutera. Med materialet till hands valde författaren ut de fyra faktorer som bäst svarade an mot syfte och frågeställningar. Genom att ställa öppna frågor och låta informanterna beskriva sin levda värld försökte författaren hantera sin tidigare redovisade förförståelse genom att hålla en låg profil och uppmana de intervjuade sjuksköterskorna att berätta om sina erfarenheter. Enligt Watson (1999) är fältstudier med en kvalitativ design den optimala metoden för att belysa detta

område. Men Watson (1999) framhåller också att det inte finns en enda metod som är allmänt vedertagen och passar i alla sammanhang (a.a.). Kvale och Brinkman (2014) redogör för att det vid kvalitativa intervjustudier produceras data i det samspel som uppstår mellan intervjuare och informant (a.a.). Författaren upplevde att materialet som skapades under intervjuen kom fram just på angivet sätt som en interaktion mellan författaren och respondenten. Författarens förståelse kan ha spelat in här. Kvale och Brinkman (2014) stöder alltså att materialet blir kontextberoende, subjektivt och inte är generaliserbart (a.a.). Detta är gällande i föreliggande studie, men kan också ses som bidrag till andra kontext med specialiserad palliativ vård. Polit och Beck (2016) beskriver att designen av kvalitativa studier är sprungen ur tanken på att vart efter forskaren får ny kunskap i ämnet så utvecklas och förfinas datainsamlingen (a.a.). Författaren upplevde att intervjutekniken utvecklades ju fler intervjuer som genomfördes vilket medförde att det blev en mer avslappnad stämning. Malterud (2014) problematiserar kring kunskapskällor där forskaren i möjligaste mån behöver försäkra sig om att urvalet sker på ett sådant sätt att den information som efterfrågas finns i urvalsgruppen. Detta kan enligt Malterud (2014) göra att målet med överförbarhet uppfylls det vill säga att resultatet också kan ge insikt i ett annat sammanhang. Att materialet innehåller rika data anser Malterud (2014) vara viktigare än att urvalet är representativt för gruppen (a.a.). Som motvikt till detta menar Polit och Beck (2016) att även om ett bekvämlighetsurval är lätt att hantera så är det inget att sträva efter då källor med mesta möjliga information kanske inte kommer fram. Vid undersökningar i specifik verksamhet kan det ändå vara befogat att använda sig av ett bekvämlighetsurval (a.a.).

Då författaren hade kännedom om var informanter kunde rekryteras gjordes i detta arbete ett bekvämlighetsurval. Vid en av enheterna tillfrågades samtliga sjuksköterskor som också ställde upp som informanter. Undersökningsmaterialet genererades från tre olika verksamheter med likartat arbetsfält från tre olika städer i Mellansverige. Det fanns en risk att bias uppstod i resultatet på grund av att författaren gjorde ett bekvämlighetsurval. Tiden till förfogande för uppsatsarbetet var begränsad då bedömde författaren att det ändå skulle bli ett resultat som var väl förankrat hos sjuksköterskor med en bred erfarenhetsbas. Informanternas gedigna erfarenhet i sjuksköterskeyrket och i palliativ vård borgade för att forskningsfrågan belystes på ett tillfredställande sätt.

Dahlberg, Dahlberg och Nyström (2011) resonerar kring att en felaktig eller oklar fråga ger ett svar som speglar detta (a.a.). Före intervjustart genomförde författaren en pilotintervju för

att öva på intervjuteknik och testa intervjuguiden. Vid denna intervju kom det upp en fråga om strukturerade närståendesamtal som inte fanns med i utkastet till intervjuguiden. Frågan inkluderades i intervjuguiden och därefter genomfördes pilotintervju nummer två. Efter andra pilotintervjuen ändrades inte intervjuguiden ytterligare. Ett rikt material framträdde varför författaren valde att inkludera pilotintervjuerna till resultatet med samma tyngd som övriga intervjuer. Då uppsatsförfattaren som själv vid tiden för uppsatsarbetet arbetade som sjuksköterska i palliativ vård kunde tydliga frågor formuleras med tillägg av bara en fråga efter första pilotintervjun. Däremot saknade författaren erfarenhet av att intervjua andra sjuksköterskor vilket kan ha påverkat utfallet i studien. Under tiden intervjuerna genomfördes fick författaren träning på att ställa frågor och lyssna aktivt. En mer erfaren intervjuare hade kanske fått ut mer material från samtalen än vad som skedde i detta fall.

För att beskriva hur nära verkligheten det går att komma i en kvalitativ studie använder Graneheim och Lundman (2004) begreppet trovärdighet [trustworthiness]. Den subjektiva tolkningen styr resultatet. Därför finns det alltid ett visst mått av osäkerhet i resultatet beroende på författarens subjektiva tolkning av grundmaterialet (a.a.). Elo och Kyngäs (2008) menar att tillförlitligheten i en studie garanteras av att författaren så detaljerat som möjligt beskrivit tillvägagångssättet vid datainsamling och dataanalys så att läsaren kan följa med i förloppet och bedöma vilka styrkor och svagheter studien är behäftad med, vilket författaren redogjort för. Resultatet beskrivs utifrån de två frågeställningarna som backas upp av underkategorier (a.a.). Elo och Kyngäs (2008) menar också att det är en utmaning att utifrån den upplevda verkligheten försäkra sig om att insamlade data kvalitetssäkras så att liknande resultat skulle kunna uppnås med upprepade mätningar (a.a.). Författaren arbetade ensam men har under hela processen från start av projektplan till färdig uppsats haft god hjälp och stöd av diskussioner med utbyte av tankar och idéer i studiegruppen samt med handledare.

Under tiden intervjuerna genomfördes fick författaren träning på att ställa frågor och lyssna aktivt. Författaren genomförde själv samtliga intervjuer med tillhörande transkribering. Redan under transkriberingsfasen började ett undermedvetet tankearbete. För att inte förlora kärnan i materialet genomlyssnades ljudupptagningarna upprepade gånger för att se att allt hade kommit med och att ingenting hade lagts till eller dragits ifrån vilket säkerställde data. Genom öppen kodning noterades meningsbärande enheter som kunde vara enstaka meningar eller ord i marginalen av dokumentet. Koderna fördes sedan över på ett kodningsark och organiserades

i kategorier. Tolkningen som författaren gjorde var subjektiv därför skulle det vara möjligt att en annan författare med samma material kom till en annan slutsats.

Polit och Beck (2016) förklarar att forskaren blir djupt engagerad i materialet och själv fungerar som forskningsverktyg (a.a.). Författaren med sin djupa kliniska förankring hade en fördel i att vara förtrogen med kontexten. Polit och Beck (2016) skriver också att i takt med att data insamlas påbörjas en undermedveten dataanalys. Polit och Beck (2016) stödjer också tanken på att forskaren känner av när undersökningsmaterialet blir mättat och inga nya data framträder (a.a.). Efter två stycken pilotintervjuer samt ytterligare sex stycken ordinarie intervjuer kände författaren en mättnad i nytillkommen information. Utsagor bekräftade tidigare respondenters material. En nionde intervju som bokats in som reserv längre fram avbokades av detta faktum.

Samtliga informanter var kvinnor. På den enhet där alla sjuksköterskor tackade ja saknades manliga sjuksköterskor. Då författaren var sjuksköterska av manligt kön kunde det finnas en risk att någon av respondenterna uppfattade honom som någon form av auktoritet. Det faktum att författaren också representerade Ersta Sköndal Bräcke Högskola skulle kunna leda till att det blev en viss distans mellan informant och intervjuare. Detta var dock inget som författaren kunde uppfatta om det fanns så var det i det fördolda. Författarens kliniska kompetens kan ha underlättat datainsamlingen.

Resultatdiskussion

I intervjuerna kom resultat fram som visade att sjuksköterskorna berörde tre av de fyra hörnstenar (Socialstyrelsen, 2013) som den palliativa vården är uppbyggd kring. *Teamarbete, kommunikation och närståendestöd* framträdde som naturliga delar i samtalen.

Resultatet kommer att diskuteras utifrån valda delar av Watson (1999) teori om mänsklig omsorgsrelation uttryckt med karitativa faktorer. *3: Känslighet gentemot självet och andra, 4: Mänsklig omsorgsrelation, 5: Att ge uttryck för positiva och negativa känslor samt 6: Kreativ, problemlösande omsorgsprocess* (a.a.).

I Watson (1999) teori om mänsklig omsorgs relation betonades samspelet mellan vårdpersonal och patient (a.a.). Här väljer författaren att i Watson (1999) jämställa begreppet patient med närstående då det enligt författaren fungerar lika bra i den omsorgsprocess som hos Watson mynnade ut i tio karitativa faktorer (a.a.).

3: *Känslighet gentemot självet och andra* (Watson, 1993). Författaren konstaterade att sjuksköterskorna genom rollen att använda sig själva som ett redskap menade att de kunde stödja närstående och bli en länk till framgång i vårdrelationen. Watson (2008) beskriver att omsorg uppnås när båda individerna är delaktiga. I den ömsesidiga relationen kan hälsa och välbefinnande stärkas (a.a.). Fynd i studien visade också att samtal med närstående både kunde generera kraft och inspiration och på samma gång vara dränerande på energi. Flera av informanterna betonade vikten av att samtala med kollegor om sina upplevelser antingen spontant eller i organiserad form som spegling. Sjuksköterskorna efterfrågade också möjlighet till handledning på arbetsplatsen.

4: *Mänsklig omsorgsrelation* (Watson, 1999). Målet med behandlingen i slutskedet av palliativ sjukdom var större än att bara erbjuda god symtomkontroll. Patient och närstående behövde få tillgång till största möjliga livskvalité den begränsade tid som fanns kvar det kunde ske genom en helhetssyn och individuella anpassningar (Ryan, 1992; Mahler, 2010). I denna studie kunde författaren konstatera att sjuksköterskorna ansåg att närstående var viktiga både för patienten men även för sin egen skull. Många gånger var det tack vare de närstående som patienten kunde stanna kvar hemma i stor utsträckning ibland till livets slut.

Hudson, Quinn, O'Hanlon och Aranda (2008) menade att samtal med närstående var en viktig del av den palliativa vården - ett sätt att planera och stödja samspelet mellan vårdpersonal och närstående (a.a.). Genom att låta patient och närstående behålla kontrollen över beslut så långt det var möjligt kunde det till viss mån kompensera kontrollförlusten som fanns på många andra plan i sjukdomshistorien (Ryan, 1992). Flera av sjuksköterskorna i studien framhöll att det var av yttersta vikt att se och bekräfta närstående om och om igen. De menade också att det var viktigt att ha en öppen och tillåtande inställning till samtal och att bjuda in. Om närstående visade minsta tecken till att vara redo för samtal menade en av sjuksköterskorna att det bara var att fånga tillfället i flykten. Mahler (2010) sammanfattar The National Concensus Project (NPC) genom att berätta att målet för palliativ vård var att stötta tanken på att frammana livet för patient och närstående samt att ge stöd till mål som de sätter upp för framtiden. Då bot eller livsförlängning inte längre var möjlig fick närstående stöd att hoppas på en värdig döendefas och död (a.a.). I studien framkommer att närståendes tankar ofta kretsade kring farhågor hur det skulle bli mot slutet av den sjukes liv. En oro för svårbemästrade symtom och grubblerier om hur långt det var kvar var vanliga upplevde författaren. Enligt Gamondi, Larkin och Payne (2013b) var det en kärnkompetens att ge

närstående rätt stöd under döendefasen (a.a.). Samtal som berörde djupare delar av medvetandet gav en sorts styrka hos sjuksköterskorna och var en källa till att känna sig stolt och nöjd med sin insats. I vidare kontakt med närstående efter samtal på djupet uppstod en mer genuin kontakt som kvarstod under vårdtiden.

5: Att ge uttryck för positiva och negativa känslor (Watson, 1999). Gamondi, Larkin och Payne (2013b) beskriver att närstående ofta fungerar som en länk mellan vården och den som är sjuk. Det är därför extra viktigt att den kontakten stötts och att minsta tecken på oegentligheter uppmärksammas och hanteras på rätt sätt (a.a.). Erfarenheter från respondenterna var att det ofta förekom närstående som inte riktigt räknats med vid tidigare vårdkontakter. Det i sin tur skapade otrygga och misstänksamma närstående som var på sin vakt. Då gällde det att som sjuksköterska lyssna och bekräfta närstående samt bemöta dessa så korrekt som möjligt. Tidigare misstag och oföretter gick sällan att sätta ut men genom ett respektfullt bemötande kunde nytt förtroendekapital skapas. En aspekt som framkom i resultatet var att sjuksköterskorna behövde stötta och bekräfta att det var normalt för närstående att bli trött-, arg- och ledsen på den som var sjuk. Några sjuksköterskor i studien betonade att det var viktigt att inte glömma bort att det fanns glädjeämnen också med relationer som återupptogs eller fördjupades.

6: Kreativ, problemlösande omsorgsprocess (Watson, 1999). Några sjuksköterskor berättade att de strävade efter att begränsa antalet nya kontakter i början av vårdtiden detta för att skapa en trygghet för närstående ett annat sätt som framkom i studien var att flera sjuksköterskor hade strategin att göra tätare besök i början för att underlätta kontakten innan den sjuke blev döende. I resultatet lyfte sjuksköterskorna fram det multiprofessionella teamet runt patient och närstående. I teamet hade alla yrkesgrupper sina olika roller men tillsammans arbetade de för att stödja och stärka både patient och närstående. Klarare, Lundh Hagelin, Fürst och Fossum (2013) lyfter fram teamarbetet i specialiserad palliativ hemsjukvård. Interaktionen mellan olika yrkesgrupper i teamet leder till en synergieffekt (a.a.). I undersökningens resultat framgick att det var viktigt med gemensamma målbilder. En sjuksköterska tog upp att hon saknade lämpligt forum för det strukturerade arbetet kring närstående. Det befintliga arbetet spretade menade hon. Hudson, Quinn, O'Hanlon och Aranda (2008) reflekterade kring strukturerade närståendesamtal och konstaterade att dessa möten var ett bra sätt att skapa gemensamma mål för vården. Det var eftersträvansvärt att erbjuda möten fortlöpande och inte bara ta till dessa när en kris uppstått (a.a.).

Kliniska implikationer

Vid inläsning av litteratur till det efterfrågade fenomenet framgick det att samtal med närstående i olika former var en väsentlig del av den beskrivna palliativa vården. Samtalen hade olika karaktär och kunde vara allt från ren informationsinhämtning med planering av vården till närståendestöd och sorgebearbetning. Något som denna studie bidrar med kliniskt är att den lyfter fram sjuksköterskans erfarenhet av strukturerade närståendesamtal och dess betydelse för trygga välinformerade närstående som blir sedda och bekräftade av sjuksköterskan. Genom planering och ökad medvetenhet är författaren övertygad om att det genom omfördelning av befintliga resurser går att inrymma dessa samtal inom befintliga ramar. Som blivande specialistsjuksköterska i palliativ vård ser författaren en möjlighet att uppsatsen kan fungera som en grund för processen vid uppstart av strukturerade närståendesamtal.

Förslag till fortsatt forskning

Föreliggande studie har endast inkluderat kvinnor med relativt lång erfarenhet av specialiserad palliativ vård. Med en bredare inkludering skulle det vara intressant och se om det föreligger någon skillnad ur ett genusperspektiv mellan kvinnor och män i sjuksköterskepopulationen. Författaren ser också att det också skulle vara av intresse att intervjua Specialistsjuksköterskor i palliativ vård och jämföra resultaten med sjuksköterskor som saknar den kompetensen. Studien inriktar sig på stödet till närstående men den fokuserar på sjuksköterskans upplevelser. Det skulle vara intressant att också involvera närstående genom kvalitativa intervjuer efter att patienten avlidit då författaren tänker att energin och kraften inte bör riktas fel under pågående stödinsats av närstående.

Slutsats

Resultatet i studien visar att samtal med närstående är centralt i den specialiserade palliativa hemsjukvården. Närstående är viktiga både för patienten att vara både koordinator och utförare av vård men även för sin egen skull att bli sedd och bekräftad för den individ som de är. Närstående behöver stöd att få påbörja omställningen till ett liv utan den som är sjuk. Sjuksköterskorna i det aktuella vårdkontexten arbetar redan till stor del med närstående. Det

arbetet kan förtydligas och göras mer stringent så att bemötandet av närstående inte blir beroende av vilken sjuksköterska de träffar. Författaren kan också se en risk att närståendearbetet blir bortprioriterat vid brist på resurser då det direkta patientarbetet är svårare att prioritera bort. Resultatet lyfte fram att närståendearbetet är viktigt och skulle kunna utvecklas ytterligare med till exempel strukturerade närståendesamtal på fler enheter. Strukturerade närståendesamtal ersätter inte de spontana samtal som uppstår vid varje vårdmöte. Författaren är av uppfattning att tid som investeras i att bekräfta och stödja närstående kommer att betala sig i slutändan med tryggare närstående som är mer förberedda på och kan ta till vara på den sista utmätta tiden tillsammans med den som är döende.

Referensförteckning

- Andershed, B. (2013). Delaktighet och utanförskap. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Aparicio, M., Centeno, C., Carrasco, J. M., Barbosa, A. & Arantzamendi, M. (2017). What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written documents received: a chance to improve the quality of care. *BMC Palliative Care*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12904-017-0229-5>
- Beng, T. S., Guan, N. C., Seang, L. K., Pathmawathi, S., Ming, M. F., Jane, L. E., ... Loong, L. C. (2013). The Experiences of Suffering of Palliative Care Informal Caregivers in Malaysia: A Thematic Analysis. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*®. Hämtad från <http://h-t-t-p.journals.sagepub.com.proxive.se/doi/10.1177/1049909112473633>
- Benzein, E. (2013). Hälstödande familjesamtal. I B. Andershed, B.-M. Ternestedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Benzein, E., Hagberg, M. & Saveman, B.-I. (2017). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Brown, R. M. & Brown, S. L. (2014). Informal Caregiving: A Reappraisal of Effects on Caregivers. *Social Issues and Policy Review*, 8(1), 74–102. <https://doi.org/10.1111/sipr.12002>
- Börjeson, S. & Johansson, B. (2008). I U. Ringborg, R. Henriksson & S. Friberg (Red.), *Onkologi*. Stockholm: Liber.
- Cantwell, P., Turco, S., Brenneis, C., Hanson, J., Neumann, C. M. & Bruera, E. (2000). Predictors of home death in palliative care cancer patients. *Journal of Palliative Care*, 16(1), 23–28.
- Carlander, I., Sahlberg-Blom, E., Hellström, I. & Ternestedt, B.-M. (2011). The modified self: family caregivers' experiences of caring for a dying family member at home. *Journal of Clinical Nursing*, 20(7-8), 1097–1105. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03331.x>
- Carlsson, M. (2011). Slutrapport: Utveckling av strukturerade samtal med närstående till patienter inskrivna i den palliativa hemsjukvården. Ett utvecklingsprojekt hos cancerfonden 2009-2010. Hämtad 2018-02-04 från

<https://res.cloudinary.com/cancerfonden/image/upload/v1421093063/global/dokument/forskning/slutrappport20nc3a4rstc3a5endesamtal20111024.pdf>.

- Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Nyström, M. (2011). *Reflective lifeworld research* (Edition 2:4). Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107–115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Friedrichsen M. (2012). Sjuksköterskans roll - anpassning och balans. I P. Strang & B. Beck-Friis (Red.), *Palliativ medicin och vård*. Stockholm: Liber.
- Fukui, S., Fujita, J., Tsujimura, M., Sumikawa, Y. & Hayashi, Y. (2011). Predictors of home death of home palliative cancer care patients: a cross-sectional nationwide survey. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1393–1400. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.05.001>
- Fürst, C.-J. (2013). Ge professionellt stöd till närstående när det behövs: De flesta efterlevande får inte komplicerade sorgereaktioner. Hur hittar vi balansen mellan närståendes behov av stöd och tillgängliga resurser? Hämtad 2018-02-04 från <https://www.nrpv.se/wp-content/uploads/2012/10/Ge-professionellt-stod-till-narstaende-nar-det-behovs-Carl-Johan-Furst.pdf>.
- Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. (2013a). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education - part 1. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86–91.
- Gamondi, C., Larkin, P. & Payne, S. (2013b). Core competencies in palliative care: An EAPC White Paper on palliative care education - part 2. *European Journal of Palliative Care*, 20(3), 140-145.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Gueguen, J. A., Bylund, C. L., Brown, R. F., Levin, T. T. & Kissane, D. W. (2009). Conducting family meetings in palliative care: themes, techniques, and preliminary evaluation of a communication skills module. *Palliative & Supportive Care*, 7(2), 171–179. <https://doi.org/10.1017/S1478951509000224>
- Gyllenhammar, E., Thoren-Todoulos, E., Strang, P., Ström, G., Eriksson, E. & Kinch, M. (2003). Predictive factors for home deaths among cancer patients in Swedish palliative

- home care. *Supportive Care in Cancer*, 11(9), 560–567.
<https://doi.org/10.1007/s00520-003-0487-z>
- Henriksson, A., Årestedt, K., Benzein, E., Ternstedt, B.-M. & Andershed, B. (2013). Effects of a support group programme for patients with life-threatening illness during ongoing palliative care. *Palliative Medicine*. Hämtad från <http://h-t-t-p.journals.sagepub.com.proxive.se/doi/full/10.1177/0269216312446103>
- Holm, M., Carlander, I., Fürst, C.-J., Wengström, Y., Årestedt, K., Öhlen, J. & Henriksson, A. (2015). Delivering and participating in a psycho-educational intervention for family caregivers during palliative home care: a qualitative study from the perspectives of health professionals and family caregivers. *BMC Palliative Care*, 14.
<https://doi.org/10.1186/s12904-015-0015-1>
- Holm, M., Goliath, I., Södlind, H. & Alvariza, A. (2017). Leading an intervention for family caregivers—a part of nursing in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(4), 166–172. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.4.166>
- Holm, M., Henriksson, A., Carlander, I., Wengström, Y. & Öhlen, J. (2015). Preparing for family caregiving in specialized palliative home care: an ongoing process. *Palliative & Supportive Care*, 13(3), 767–775. <https://doi.org/10.1017/S1478951514000558>
- Hudson, P., Quinn, K., O’Hanlon, B. & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BMC Palliative Care*, 7(1), 12.
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-7-12>
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O’Conner, M., Thomas, K., Zordan, R. & Summers, M. (2014). Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: longer term effects from a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, 24(1), 19–24. <https://doi.org/10.1002/pon.3610>
- Janze, A. & Henriksson, A. (2014). Preparing for palliative caregiving as a transition in the awareness of death: family carer experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 20(10), 494–501. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2014.20.10.494>
- Kaasa, S. (2001). Palliativ medicin - en introduktion. I S. Kaasa (Red.), *Palliativ behandling och vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Klarare, A., Hagelin, C. L., Fürst, C. J. & Fossum, B. (2013). Team Interactions in Specialized Palliative Care Teams: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, 16(9), 1062–1069. <https://doi.org/10.1089/jpm.2012.0622>

- Korte-Verhoef, M. C. D., Pasma, H. R. W., Schweitzer, B. P., Francke, A. L., Onwuteaka-Philipsen, B. D. & Deliens, L. (2014). Burden for family carers at the end of life; a mixed-method study of the perspectives of family carers and GPs. *BMC Palliative Care*, 13(1), 16. <https://doi.org/10.1186/1472-684X-13-16>
- Kristjanson, L. J. & Aoun, S. (2004). Palliative care for families: remembering the hidden patients. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 49(6), 359–365. <https://doi.org/10.1177/070674370404900604>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Li, Q. P., Mak, Y. W. & Loke, A. Y. (2013). Spouses' experience of caregiving for cancer patients: a literature review. *International Nursing Review*, 60(2), 178–187. <https://doi.org/10.1111/inr.12000>
- Linderholm, M. & Friedrichsen, M. (2010). A desire to be seen: family caregivers' experiences of their caring role in palliative home care. *Cancer Nursing*, 33(1), 28–36. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181af4f61>
- Lutz, S. (2011). The history of hospice and palliative care. *Current Problems in Cancer*, 35(6), 304–309. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2011.10.004>
- Mahler, A. (2010). The Clinical Nurse Specialist Role in Developing a Geropalliative Model of Care: *Clinical Nurse Specialist*, 24(1), 18–23. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181c4abba>
- Malterud, K. (2014). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning : en introduktion*. Lund: Studentlitteratur.
- Mc Kay, P., Rajacich, D. & Rosenbaum, J. (2002). Enhancing palliative care through Watson's carative factors. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 12(1), 34–38. <https://doi.org/10.5737/1181912x1213438>
- Milne, D. & Quinn, K. (2009). Family carers of people with advanced cancer. I *Family carers in palliative care. A guide for health and social care professionals*. New York: Oxford University Press.
- Nordström, M. & Strang, P. (2018). High Degree of Satisfaction With the Support Given by Multidisciplinary Palliative Home Care Teams in the County of Stockholm. *Journal of Palliative Care*. Hämtad från <http://h-t-p-journals.sagepub.com.proxive.se/doi/10.1177/0825859718759880>

- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2016). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Price, B. (2002). Laddered questions and qualitative data research interviews. *Journal of Advanced Nursing*, 37(3), 273–281.
- Ramirez, A., Addington-Hall, J. & Richards, M. (1998). ABC of palliative care. The carers. *BMJ: British Medical Journal*, 316(7126), 208–211.
- Regionala cancercentrum i samverkan. (2016). *Palliativ vård i livets slutskede Nationellt vårdprogram*. Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland. Hämtad från <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:oru:diva-56901>
- Rosa, W., Estes, T. & Watson, J. (2017). Caring Science Conscious Dying: An Emerging Metaparadigm. *Nursing Science Quarterly*, 30(1), 58–64. <https://doi.org/10.1177/0894318416680538>
- Roth, D. L., Fredman, L. & Haley, W. E. (2015). Informal Caregiving and Its Impact on Health: A Reappraisal From Population-Based Studies. *The Gerontologist*, 55(2), 309–319. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu177>
- Ryan, P. Y. (1992). Perceptions of the most helpful nursing behaviors in a home-care hospice setting: caregivers and nurses. *American Journal of Hospice & Palliative Care* September/October, 22-31.
- SBU. (1999). avancerad-hemsjukvard-och-hemrehabilitering.pdf. Hämtad 24 mars 2018, från <http://www.sbu.se/contentassets/8d640b7d8a394454814ac0d6a8ada464/avancerad-hemsjukvard-och-hemrehabilitering.pdf>
- Sektionen sjuksköterskor för palliativ omvårdnad (SFPO) & Svensk sjuksköterskeförening. (2008). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska inom palliativ omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationersvensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningarpublikationer/palliativkompetensbeskr.pdf>
- Socialstyrelsen. (2013). *Nationellt kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede: Vägledning, rekommendationer och indikatorer. Stöd för styrning och ledning*. Västerås: Edita Västra Aros.
- Stajduhar, K., Funk, L., Toyne, C., Grande, G., Aoun, S. & Todd, C. (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: a comprehensive review of published

quantitative research (1998-2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 573–593.
<https://doi.org/10.1177/0269216310371412>

Strang, P. (2017). *Palliativ vård inom äldreomsorgen* (4:e utökade upplagan). Höganäs: Vårdförlaget.

Svensk sjuksköterskeförening. (2015). Familjefokuserad omvårdnad. Hämtad 04 juni 2018, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/ssf.om.familjefokuserad.omvardnad.webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad från [Hämtad från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivninglegitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensksjukskoterskeforening/publikationer-svensksjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivninglegitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf)

Ternstedt, B.-M. & Andershed, B. (2013). Den palliativa vårdens utveckling. I B. Andershed, B.-M. Ternstedt & C. Håkanson (Red.), *Palliativ vård: Begrepp & perspektiv i teori och praktik*. Lund.

Vetenskapsrådet. (2018). 1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf. Hämtad 01 mars 2018, från https://www.gu.se/digitalAssets/1268/1268494_forskningsetiska_principer_2002.pdf

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

Watson, J. (1999). *Nursing : human science and human care : a theory of nursing*. Boston : Jones and Bartlett ;

Watson, J. (2008). *Nursing : the philosophy and science of caring*. Boulder: University Press of Colorado.

Till verksamhetschef

NN NN

Specialiserad Hemsjukvård

Landstinget XXXXXXXXX

Jag heter Ulf Rosén och är sjuksköterska. Jag studerar till **specialistsjuksköterska i palliativ vård** vid Ersta Sköndal Bräcke Högskola. I mitt magisterarbete, omfattande 15 högskolepoäng, har jag valt att studera: ”Att beskriva vad det är sjuksköterskan gör för att skapa en god närstående relation i specialiserad palliativ hemsjukvård”.

Jag är därför intresserad av få genomföra studien vid XXXX, XXXXXXXXXXXX.

Om Du godkänner att studien genomförs vid din klinik, är jag tacksam för Din underskrift av denna bilaga som därefter returneras i bifogat svarskuvert. Om Du har förbehåll vill jag gärna att Du anger detta.

Har Du frågor rörande själva undersökningen är Du välkommen att kontakta mig eller min handledare.

Efter att studien är genomförd och godkänd, kommer den att publiceras på internet på DIVA som är en gemensam portal för publicering av forskningsrapporter och studentarbeten. Forskningsetiska principer kommer att följas strikt, vilket bl.a. innebär att namn i studien (inklusive namn på arbetsplatser) kommer att vara avidentifierade.

Efter godkänd studie kommer jag gärna och presenterar mina resultat för Dig och/eller på arbetsplatsen om Du så önskar.

Sala 20180301

Med vänlig hälsning

Student

Namnförtydligande

tel: 072-7454495

E-post: ulfrose@eshstudent.se

Carina Lundh-Hagelin

Handledare

Titel: Leg sjuksköterska, Med.dr, Docent,
lektor

Lärosäte Ersta Sköndal Bräcke Högskola
tel: 076-636 5078

E-post: carina.lundh-hagelin@esh.se

Studiens preliminära titel: Närståendesamtal inom specialiserad palliativ hemsjukvård - sjuksköterskans upplevelser.

Syftet med studien är att beskriva sjuksköterskors upplevelser av närståendesamtal i specialiserad palliativ hemsjukvård. Hur gör sjuksköterskorna för att skapa en god närståenderelation.

Problem: Närstående som vårdar en sjuk och kanske döende familjemedlem har fått en allt mer framträdande roll i och med utbyggnaden av specialiserad palliativ hemsjukvård. Många närstående befinner sig i en ny och oprövad livssituation som ställer stora krav och kan väcka känslor av oro, ångest, nedstämdhet, sorg och otillräcklighet. Specialiserad palliativ hemsjukvård har en viktig uppgift att erbjuda närstående stöd och möjlighet att bearbeta sina känslor och upplevelser.

Datainsamlingsmetod för det planerade arbete är individuella intervjuer av sjuksköterskor.

Önskemål från Din verksamhet: Jag önskar kunna intervjua sjuksköterskor på Din enhet. Intervjuerna, som beräknas ta 30 - 60 min önskar jag genomföra i lokaler på Din klinik och i anslutning till de intervjuades arbetspass eller på annan plats enligt överenskommelse. Intervjuerna kommer att sparas på en ljudfil via diktafon eller smartphone. Jag planerar att genomföra intervjuerna under mars 2018. Alla personer som ska intervjuas kommer att få skriftlig information och deltagande kommer att vara frivilligt. Forskningsetiska principer kommer att följas.

Samtycke:

Jag samtycker till att studien: Närståendesamtal inom specialiserad palliativ hemsjukvård genomförs på det sätt som beskrivits i detta dokument

Jag samtycker till att studien genomförs, men med följande förbehåll:

.....
.....

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs vid min enhet

Namn:..... Datum:.....

Namnförtydligande:.....

Enhet:.....

Förfrågan om deltagande i undersökning om Dina erfarenheter av närståendesamtal inom specialiserad palliativ hemsjukvård.

Jag heter Ulf Rosén och läser till specialistsjuksköterska i palliativvård på Ersta Sköndal Bräcke Högskola i Stockholm. Inom ramen för utbildningen ingår ett magisterarbete. För detta genomför jag en undersökning som vänder sig till Dig som sjuksköterska där jag vill ta del av Dina erfarenheter av närståendesamtal inom specialiserad palliativ hemsjukvård. Målsättningen med undersökningen är att få fördjupad kunskap om samtalets betydelse för att etablera kontakt med närstående till patienter i palliativ vård.

Om Du vill medverka kommer Du att intervjuas. Tillstånd har inhämtats från verksamhetschef att få göra intervjuerna i nära anslutning till ett arbetspass. Intervjun genomförs som ett vanligt samtal under ca 30-60 min och kommer med Ditt medgivande att spelas in.

Intervjuerna kommer sedan att skrivas ut för bearbetning. Det skrivs inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som har blivit intervjuad. Allt material kommer att hanteras så att ingen enskild individ eller arbetsplatsen kan kännas igen. Insamlat material kommer att förvaras inlåst. En rapport kommer att skrivas när alla intervjuer är genomförda och då förstörs ljudfilen. Rapporten kommer att finnas tillgänglig såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal Bräcke Högskola bibliotek.

Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan förklaring. Om Du har några frågor om studien, kontakta någon av nedanstående personer.

Är Du intresserad att delta så kommer vi att kontakta Dig inom en vecka för att komma överens om tid och plats för intervju.

Student

Ulf Rosén, leg. sjuksköt., fil kand i
vårdvetenskap

Tel. 072-7454495

E-post: ulfrose@eshstudent.se

Handledare

Carina Lundh Hagelin, leg. sjuksköt.,

Med. Dr, docent, lektor.

Tel. 076-636 50 78

E-post: carina.lundh-hagelin@esh.se

Intervjufrågor

- ❖ Kan du börja med att berätta hur det är att ha ett närståendesamtal?
- ❖ Hur går det till – vilka förberedelser behöver du göra?
- ❖ Beskriv hur du tycker att ett bra närståendesamtal ska vara.
 - Hur menar du då?
 - Kan du berätta lite mer?
 - Vilka tycker du ska vara med på närståendesamtalet?
- ❖ Berätta om ett bra närståendesamtal som du haft.
 - Kan du utveckla det lite mer?
 - Kan du definiera vad som gjorde det så lyckat?
 - Berätta om din känsla efteråt?
 - Beskriv gärna hur din relation till närstående och patient utvecklades.
- ❖ Vad kan sjuksköterskan göra för att stötta närstående?
- ❖ Kommer du att tänka på samtal som inte slutade så bra beskriv gärna hur du uppfattade samtalet.
 - Kan du beskriva din känsla efteråt?
 - Vad tror du det berodde på?
 - Vad kunde ha gjort samtalet bättre?
- ❖ Vilka känslor brukar komma fram under samtalen både från närstående och egna känslor?
- ❖ Har du några konkreta tips på att närma dig närstående på ett bra sätt?
- ❖ Kan du nämna några goda egenskaper en sjuksköterska bör ha för att kunna stödja närstående på ett bra sätt.
- ❖ Finns det några fördelar du kan se med strukturerade närståendesamtal?
- ❖ Kommer du på något mer i närståendearbetet som du tycker är viktigt och jag glömt att fråga om?

Meningsbärande enhet	Kod	Kategori
<p>Även om jag försöker vara öppen för att det är dom som försöker berätta sin historia så tycker jag om att ha på fötterna. Jag läser gärna på ganska mycket i journalen hur det har varit, hur vårdförloppet sett ut och sjukdomsbilden och lite om insikten, vad patienten har för insikt i sin sjukdomsbild och vad anhöriga har, sen försöker jag att inte säga så mycket om det vid samtalet utan se deras bild det känns bra att få bekräfta att man känner igen det när dom berättar</p>	Förberedelse inför samtal	Sjuksköterskorna använde sig själva som redskap
<p>Det är ju viktigt också att bekräfta deras känslor i den här svåra situationen jag förstår inte din situation men jag ser att du har det svårt...</p>	Bekräfta närståendes oro-känslor	Sjuksköterskorna använde sig själva som redskap
<p>Vi har kanske inte riktigt samsyn hur vi ska prioritera och lägga våra resurser eller tid på. Det tror jag är jätteviktigt i ett arbetslag att man har en gemensam inställning till närståendestödet annars kan det lätt bli så att en personal lägger ner mycket tid och engagemang medan en annan inte ens tänker på det så mycket</p>	Sträva mot samma mål i teamet	Multiprofessionella teamet användes som stöttepelare