Institutionen för neurovetenskap
Specialistsjuksköterskeprogrammet

Ångestlindring hos personer med affektiv problematik

Författare
Linda Antonsson
Elina Löfström

Handledare
Lena Bergdahl

Examinator
Caisa Öster

Examensarbete i Vårdvetenskap 15 hp
Inriktning mot psykiatrisk vård
2017

SAMMANFATTNING

Bakgrund och syfte: Ångest ökar i världen och kan leda till ett stort lidande för den drabbade. Idag finns ett flertal farmakologiska och psykologiska behandlingar som syftar till att reducera ångesten. Det finns dock behov av ytterligare forskning kring ämnet för att klargöra vilka behandlingsalternativ och strategier som är mest symtomlindrande samt kostnadseffektiva. Syftet med studien är att undersöka hur personer med affektiv problematik upplever sig hjälpta av olika av icke-farmakologiska behandlingar och strategier mot ångest.

Metod: En kvalitativ design med explorativ och deskriptiv ansats användes i denna studie. För att samla data utfördes semistrukturerade intervjuer med personer som vårdades på affektiva avdelningar. Antalet deltagare var åtta. Innehållsanalys användes för att analysera data.

Resultat: Två kategorier skapades: ”individuella strategier” och ”behandlingar”. Åtta underkategorier utformades även. Till ”individuella strategier” skapades underkategorierna: att samtala med någon, ångestlindrande strategier, hälsosam livsstil, destruktiva handlingar och alternativa behandlingar. Till ”behandlingar” skapades underkategorierna: psykologisk behandling, ECT och kunskap och medvetenhet.

Slutsats: Upplevelsen av vad som är fungerande behandling och strategier för att reducera ångest hos personer med affektiv problematik varierade mellan deltagarna. Därför är det viktigt med en personcentrerad vård, upprätta en god relation och att tidigt planera ångesthantering för att möta personens behov. Vidare forskning rekommenderas för att undersöka hur vården kan planeras på ett personcentrerat sätt för att optimera möjligheterna till att minska en persons ångest.

Nyckelord: ångest, behandling, patient, strategier, upplevelse

ABSTRACT

Background and purpose: Anxiety is increasing in the world and can result in a severe suffering. There are several treatment options, both pharmacological and psychological, which aim to reduce the anxiety. However, there are still a desire for more research to investigate what treatment is most effective and most cost-effective. The purpose of this study was to investigate how people with affective disorders experience help from non-pharmacological anxiety reducing treatments and strategies.

Method: A qualitative design with explorative and descriptive approach was used in this study. Semi-structured interviews were conducted at wards that cared for patients with affective disorders. There were eight participants. Content analysis was used to analyse data.

Result: Two categories were formed: “individual strategies” and “treatments”. Eight subcategories were also found. The subcategories for “individual strategies” were: to have a dialogue with someone, anxiety reducing strategies, healthy lifestyle, destructive methods and alternative medicine. The subcategories for “treatments” were: psychological treatment, ECT and knowledge and awareness.

Conclusion: The experience of treatments and strategies that could reduce anxiety was diverse between the participants. It is therefore important with a healthcare that is based on the unique individual, a good relationship and an early plan for anxiety treatment. Further research is needed to investige how the health care can support the unique person to reduce anxiety.

Keywords: anxiety, treatment, patient, strategies, experience

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND **1**
ÅNGEST 1
ÅNGESTSYNDROM 2
BEHANDLING AV ÅNGEST OCH ÅNGESTSYNDROM 2
Kognitiv beteendeterapi (KBT) *3*
Dialektisk beteendeterapi (DBT) *3*
Farmakologisk behandling *3*
Stödjande samtal *4*
Mindfulness *4*
SJUKSKÖTERSKANS ROLL 5
Personcentrerad vård *5*
SAMHÄLLELIGT PERSPEKTIV 5
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT 6
PROBLEMFORMULERING 6
SYFTE 7
METOD **7**
DESIGN 7
URVAL 7
KONTEXT 7
DATAINSAMLINGSMETOD 8
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT 8
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN 9
BEARBETNING OCH ANALYS 9
Exempel på analysen *10*
RESULTAT **11**
Tabell 1 ..... *11*
INDIVIDUELLA STRATEGIER 11
Att samtala med någon *11*
Ångestlindrande strategier *12*
Hälsosam livsstil *13*
Destruktiva handlingar *14*
Alternativ behandling *14*

BEHANDLINGAR 15
Psykologisk behandling *15*
ECT *15*
Kunskap och medvetenhet *16*
DISKUSSION 17
RESULTATDISKUSSION 17
Att samtala med någon *17*
Ångestlindrande strategier *17*
Hälsosam livsstil *18*
Destruktiva handlingar *19*
Alternativ behandling *19*
Psykologisk behandling *20*
ECT *20*
Kunskap och medvetenhet *21*
KLINISKA IMPLIKATIONER 21
METODDISKUSSION 22
Styrkor *22*
Svagheter *22*
Forskningsetiska överväganden *23*
Trovärdighet *23*
Förförståelse *24*
SLUTSATS 24
REFERENSER 25
Bilaga 1 ..... *31*
Bilaga 2 ..... *33*

BAKGRUND

Ångest

Ångest är den vanligaste psykiatriska åkomman i världen (Perna, Alciati, Riva, Micieli & Caldirola, 2016). I Sverige ökar den psykiska ohälsan och i en lägesrapport från Socialstyrelsen (2017a) framkommer det en ökad förekomst av ångest och oro vilket leder till fler sjukskrivningar. Särskilt drabbade är unga kvinnor, upp till 54% av kvinnor mellan 16–29 år uppger att de besväras av ångest eller oro. Den psykiska ohälsan ökar snabbt och den psykologiska behandlingen utvecklas inte i samma takt. Därmed ökar förskrivningen av antidepressiva läkemedel.

Ångest är en reaktion på någonting som uppfattas som ett hot. Det sker när kroppens försvarssystem aktiveras. Detta kan uppstå medvetet eller omedvetet. Biologiskt sett har detta varit en viktig egenskap för artens överlevnad. Kroppen gör inte skillnad på direkta och indirekta hot vilket kan skapa problem för individen och på grund av detta kan ångest förekomma vid ett flertal sjukdomar. Ångest fungerar även som ett inlärt beteende där händelser, observationer eller information kan väcka minnen som utlöser ångest. Genom att utsättas för de obekväma situationerna kan ångesten minska (Rück & Hedman, 2016). Känslan av ångest är nära kopplat till stress (Socialstyrelsen, 2016).

Stress innebär en kroppslig reaktion som börjar med påverkan på det autonoma nervsystemet som därefter sänder signaler till limbiska systemet i hjärnan och vidare till hypotalamus-hypofys-binjurebark-axeln. Denna reglerar bland annat ämnesomsättning, vatten-saltbalansen, näringsdepåer och syftar till att prioritera och effektivisera energiförbrukningen i kroppen. Alla stimuli som hjärnan tolkar som farliga aktiverar detta system för att förbereda kroppen för flykt eller kamp. Kroppsliga funktioner som inte behövs i en akut situation prioriteras bort och blodtryck och hjärtfrekvens ökar för att öka blodflödet till musklerna. Ångest är en fysiologisk form av rädsla. Vid ångest är rädslan oproportionerligt stor där faran är orimlig eller till och med oidentifierbar, men det är samma stressresponser som framkallas vid faktisk fara. Ångestsjukdomar kan därför beskrivas som störningar i det autonoma nervsystemet (Leopardi, 2016).

Symtom som kan uppkomma vid ångest är: trötthet, hjärtklappning och smärta i kroppen (Kavan, Elsasser & Barone, 2009). Andra vanliga symtom är: svettningar, illamående, rädsla för att tappa kontrollen, oro kring diverse livsomständigheter som ofta består av orealistiska tanke- och föreställningskedjor samt darrningar (Rück & Hedman 2016). Ångest kan leda till ett stort lidande för den drabbade (Ophuis, Lokkerbol, Van Balkom, Hiligsmann, 2017). Wang et al. (2007) har undersökt hur många personer som får adekvat behandling för psykisk ohälsa, däribland ångestproblematik. Resultatet visade att det är ett stort antal individer som inte får adekvat behandling.

Ångestsyndrom

Ångestsyndrom är en psykiatrisk diagnos där ångest är det främsta symtomet. Det innebär en återkommande svårhanterlig oro eller rädsla av svår karaktär. Oftast är ångesten både av psykiskt och fysiskt slag och ångestsyndrom leder många gånger till en funktionsnedsättning (Locke, Kirst & Shultz, 2015; Maron & Nutt, 2015; Socialstyrelsen, 2016). Till ångestsyndromen räknas paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom (GAD), social ångest och övriga fobier (Rück & Hedman, 2016). Det finns risk för uppkomst av andra psykiatriska sjukdomar och kroppsliga symtom, längre varaktighet av symtomen samt en ökad risk för självmord hos de personer som inte får adekvat hjälp. Ett effektivt omhändertagande med en snabb första bedömning och uppföljning rekommenderas (Socialstyrelsen, 2016). Livstidsrisken att insjukna i ett ångestsyndrom är ungefär 25 procent (Socialstyrelsen, 2016) och obehandlade ångestsyndrom kan leda till kroniska tillstånd (Antai-Otong, 2016; Craske & Stein, 2017). Personer med ångestsyndrom och affektiva sjukdomar riskerar att hamna i skadligt drogmissbruk i högre utsträckning jämfört med övriga populationen som inte lider av psykisk ohälsa (Antai-Otong, 2016; Barley & Lawson, 2016; Kavan et al., 2009; Liang, Chikritzhs & Lenton, 2011).

Behandling av ångest och ångestsyndrom

Ångestsyndrom kan minskas genom ett tidigt omhändertagande och en personcentrerad vård (Antai-Otong, 2016). För att behandla olika ångestsyndrom kan olika psykologiska behandlingar användas. Inför behandling krävs dock en väl genomförd diagnostik (Socialstyrelsen, 2016; Kavan et al., 2009). Exempel på vanliga terapiformer för behandling är: kognitiv beteende terapi (KBT) och dialektisk beteendeterapi (DBT). Acceptance and commitment therapy (ACT) är även en vanlig behandlingsmetod (Rück och Hedman, 2016).

ACT syftar till att hjälpa individen med att anpassa sig till sin rådande situation genom att arbeta med acceptans kring de symtom personen upplever. Genom detta kan symtomen då lindras (Dindo, Van Liew & Arch 2017). Locke et al., (2015) redogör för att mindfulness kan minska ångest. En viktig del vid behandling av ångestsyndrom är att arbeta med psykoedukation, och att som vårdpersonal arbeta personcentrerat, aktivt lyssna på personens upplevelser samt arbeta för att bilda en terapeutisk allians (Antai-Otong, 2016; Locke et al., 2015).

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

KBT är en psykologisk behandling som går ut på att möta en persons irrationella känslor och tankar samt lära sig nya sätt att hantera dem. Behandlingen innefattar ofta inslag av exponering, beteendeexperiment och avslappning (Kavan et al., 2009; Kaczkurkin & Foa, 2015). Socialstyrelsen (2016) rekommenderar KBT som förstahandsbehandling vid samtliga ångestsyndrom förutom GAD, där farmakologisk behandling i första hand rekommenderas. Enligt Kavan och medarbetare (2009) är KBT en av de mest effektiva psykologiska behandlingarna för att reducera ångestsymtom. Även internetbaserad KBT som introduceras av utbildad personal, är en effektiv behandling vid social ångest (El Alaoui et al, 2015).

Dialektisk beteendeterapi (DBT)

DBT är en psykologisk terapiform som är utvecklad för personer med emotionell instabil personlighetsstörning. Diagnosen innebär att personen har svårt med känsloreglering, impulsivitet, självbild och mellanmänskliga relationer vilket kan leda till ångest. Behandlingen brukar både ges individuellt samt i grupp. Terapin fokuserar på att öka personens affekttolerans, förbättra kommunikationsfärdigheter, identifiera ångestlindrande strategier och validering (Bloom, Woodward, Susmaras & Pantalone, 2012). DBT har även inslag av mindfulness som syftar till att förbättra personens symtom (Choi-Kan, Finch, Masland, Jenkins & Unruh, 2017).

Farmakologisk behandling

En långvarig farmakologisk behandling eller en annan metod är ofta nödvändig vid ångestsyndrom, dock kan en komplettering med snabbverkande läkemedel behövas (Mårtensson, Thelander & Dahl, 2016). Det är vanligt att behandla GAD med selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmare

(SNRI) (Kavan et al., 2009). Maron och Nutt (2015) förklarar att dessa preparat även kan användas vid behandling av de övriga ångestsyndromen.
Bensodiazepiner kan användas vid behandling av ångestsyndrom. Dessa kan vara fördelaktiga i och med att en relativt snabb ångestlindrande effekt kan uppkomma. Nackdelen är dock att de är beroendeframkallande och kan ha en sederande effekt (Kavan et al., 2009; Maron & Nutt, 2015). Detta stöds även av Locke och medarbetare (2015) som menar att bensodiazepiner endast borde användas under en kortare behandlingsperiod. Bandelow, Reitt, Röver, Michaelis, Görlich och Wedekind (2015) menar att farmakologisk behandling vid ångest oftast leder till fler biverkningar för personen jämfört med psykologiska behandlingsmetoder. Cirka en tredjedel av personer med ångestsyndrom blir dock inte tillräckligt hjälpta av enbart farmakologisk behandling (Maron & Nutt, 2015). Perna och medarbetare (2016) förklarar att läkemedelsbehandling ska vara individuellt utformad och anpassad efter personens unika förutsättningar.

Stödjande samtal

Inom psykiatrisk vård är stödsamtal vanligt. Det finns dock bristande beskrivningar för hur metoden av dessa samtal ska gå till och sällan finns en tydlighet vad de egentligen innebär. Forskningsunderlaget för stödsamtal är otillräckligt, samtidigt är stödjande samtal en viktig del i många vårdkontakter då de kan vara stöttande och inge hopp. Stödjande samtal är ofta inriktade på att stödja personens adaptiva förmåga och syftar till personens funktionsförbättring snarare än symtomlindring. De har ofta pedagogiska inslag.
En öppenhet för livsproblem kan vara betydelsefull i den här typen av samtal. De är också aktuella vid krishantering (Herlofson, 2016).

Mindfulness

Mindfulness syftar till att ändra förhållningssättet till negativa tankar och känslor. Detta sker bland annat genom att fokusera på det som sker i stunden. Denna typ av behandling passar bäst vid ångest och depression (Groves, 2016). Miller och medarbetare (1995) visar i sin studie att ångestsyndrom verkar kunna förbättras med hjälp av mindfulnessövningar vilket stödjs av Kavan et al., (2009). Locke och medarbetare (2015) förklarar dock att fler studier krävs för att undersöka effekten på ångestsyndrom.

Sjuksköterskans roll

Att vara sjuksköterska inom psykiatrisk vård kan innebära många olika utmaningar och arbetsuppgifter, allt från basal omvårdnad till att möta en persons lidande och rädslor samt försöka förmedla hopp. Vårdandet brukar kopplas till den etiska principen om att göra gott samt att involvera personen i sin vård (Clarke, 2006). Även Barley och Lawson (2016) menar att det är viktigt att personen är delaktig i vården, men även att bemöta behov och önskemål. Det i sin tur kan leda till bättre förutsättningar för återhämtning.

Sjuksköterskor bör identifiera symtom på ångest, undersöka bakomliggande orsaker till ångesten, initiera till en evidensbaserad behandling och involvera närstående (Antai-Otong, 2016). Zimmerman och medarbetare (2016) redogör för att sjuksköterskor, via en vårdmodell, kan hjälpa personer med depression, ångest och somatiska symtom att förbättra tilltron till den egna förmågan och därmed reducera upplevda symtom. Som sjuksköterska finns det även möjlighet att utbilda sig inom KBT (Socialstyrelsen, 2017c), och DBT för att hjälpa personer att finna strategier för att hantera olika problem (Socialstyrelsen, 2017b).

Personcentrerad vård

Vid personcentrerad vård ska sjuksköterskan sätta personen i centrum. Det är viktigare att se till personen än till sjukdomen. Detta innebär ett omhändertagande där hela personen synliggörs och dennes upplevelse av ohälsa respekteras samt bekräftas. Där tillgodoses psykiska, existentiella och sociala behov lika mycket som fysiska behov. Personens egen tolkning av hälsa och ohälsa är en utgångspunkt vid arbetet där personens eget perspektiv är lika mycket värt som det professionella perspektivet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Samhälleligt perspektiv

Samhälleliga kostnader för behandling av personer med ångestproblematik är höga (Kavan et al., 2009; Maron & Nutt, 2015; Ophuis et al., 2017), vilket framförallt beror på ett stort behov av sjukskrivningar och även förtidspensionering. Om vården fokuserar på ett snabbt och tidigt omhändertagande, inom exempelvis primärvård, för personer med ångestproblematik kan kostnaderna i längden minskas. Detta reducerar behovet av behandling inom slutenvård samt sjukskrivningar. Detta kan dock medföra ökad kostnad för vården på kort sikt i och med ett ökat behov av personal- och utbildningsresurser (Socialstyrelsen, 2016). Ophuis och medarbetare (2017) redogör för att psykologiska interventioner kan vara mer

kostnadseffektiva i jämförelse med läkemedelsbehandling, dock behövs ytterligare forskning inom området.

Teoretisk utgångspunkt

Enligt Joyce Travelbee (1971) är lidande en ofrånkomlig del av att vara människa. Alla personer upplever lidande på ett unikt sätt och det är beroende på hur personen hanterar och fäster sig vid den erfarenheten som lidandet kan ge olika konsekvenser. Enligt Travelbee är sjuksköterskans arbete en mellanmänsklig process, där sjuksköterskan påverkar och influerar människor på olika sätt.

Travelbee (1971) anser att sjuksköterskans uppgift är att etablera ett mellanmänskligt förhållande där både sjuksköterskan och den sjuke personen kan relatera till varandra som unika människor. I ett mellanmänskligt förhållande ska sjuksköterskan hjälpa individen att förebygga eller att stå ut med erfarenheten av sjukdom och lidande samt att hjälpa den sjuke individen att finna mening i de erfarenheter sjukdomen medför. För att uppnå detta krävs att sjuksköterskan och den sjuke individen går igenom fyra faser tillsammans. Dessa är: ett första möte, framträdande av identiteter, empati som sedan övergår i sympati. För att detta ska ske krävs interaktion mellan de två individerna, vilket kan ske både verbalt och ickeverbalt.

Kommunikation sker i varje möte mellan sjuksköterskan och individen genom språk, gester, ansiktsuttryck, beteende och så vidare. Varje möte öppnar för ett tillfälle för sjuksköterskan att lära känna den sjuke och därigenom etablera ett mellanmänskligt förhållande. Sjuksköterskan måste förstå meningen i den sjuke personens kommunikation och sedan använda denna information för att planerna vården. Kommunikationens innehåll ska vara meningsfullt för den sjuke individen (Travelbee, 1971).

Problemformulering

Den psykiska ohälsan ökar i snabb takt och ångest är numera den vanligaste psykiatriska problematiken i världen (Perna et al., 2016). Socialstyrelsen (2017a) redogör för att den psykologiska behandlingen vid ångest inte utvecklas i samma takt som den psykiska ohälsan ökar vilket leder till en ökad förskrivning av läkemedel. Perna och medarbetare (2016) förklarar att åtminstone en tredjedel av de personer som behandlas med läkemedel för ångestsyndrom inte blir tillräckligt hjälpta av behandlingen och att det krävs mer forskning

för att ta reda på orsaken till detta. Socialstyrelsen (2016) redogör för att framförallt KBT är en effektiv behandling vid de flesta ångestsyndrom men förklarar samtidigt att det finns behov av ytterligare studier för att ta reda på vilka behandlingsmetoder som är såväl fungerande som kostnadseffektiva. Därför ska denna studie undersöka vilka metoder och strategier personer med ångest upplever som fungerande och därigenom ska det berörda området synliggöras.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur personer med affektiv problematik upplever sig hjälpta av olika av icke-farmakologiska behandlingar och strategier mot ångest.

METOD

Design

Då studien syftar till att undersöka personers uppfattningar kring ett fenomen har en kvalitativ design med explorativ och deskriptiv ansats valts (Polit & Beck, 2012).

Urval

Bekvämlighetsurval tillämpades för datainsamling. Personal på avdelningarna redogjorde för inneliggande personer som uppfyllde studiens inklusionskriterier (Kristensson, 2014).
Inklusionskriterier: personer över 18 år, inskriven på affektiv slutenvårdsavdelning med ångestproblematik, svensk- eller engelsktalande och vårdas enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL).
Exklusionskriterier: personer under 18 år och personer som vårdas enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT).

Studien omfattade åtta personer. Fem av deltagarna var kvinnor och tre var män. Medelåldern var 31 år och varierade mellan 18 och 52 år.

Kontext

Intervjuerna utfördes på två olika affektiva slutenvårdsavdelningar inom psykiatridivisionen på ett sjukhus i Mellansverige. Tre av intervjuerna skedde i separata samtalsrum på avdelningen som via en lampa kunde markeras som upptaget för att undvika risken att bli

störda under intervjuns gång. På grund av brist på samtalsrum utfördes fem av intervjuerna inne på deltagarens vårdrum på avdelningen.

Datainsamlingsmetod

En intervjuguide utformades (bilaga 1) med frågor som syftade till att kunna svara på studiens syfte. Intervjuerna var semistrukturerade för att kunna fånga ett specifikt ämne (Kristensson, 2014). Ljuden från intervjuerna spelades in med hjälp av två stycken mobiltelefoner. Därefter överfördes ljudfilerna till författarnas datorer och transkriberades. Intervjuerna inleddes med en presentation av studiens syfte, metod och information om att deltagarna när som helst under studiens gång kunde avbryta sitt deltagande utan att uppge någon anledning. Samtliga deltagare i studien fick samma frågor men deltagarna hade ändå möjlighet att fritt berätta om sina upplevelser. Följdfrågor kunde även ställas för att säkerställa att svaren tolkades korrekt och för att uppmuntra respondenten till att utveckla sina svar (Kristensson, 2014).

Åtta intervjuer utfördes och under intervjutillfällena var studiens båda författare närvarande. Den ena författaren ledde intervjun medan den andra observerade och förde anteckningar. Vid intervjuns slut sammanfattade bisittaren vad respondenten redogjort för. Detta för att kontrollera att svaren tolkats korrekt. Intervjuerna varade mellan 13–52 minuter.

Tillvägagångssätt

Avdelningschefer från tre affektiva avdelningar kontaktades i mars och april 2017 för att inhämta godkännande för att utföra studien. Avdelningscheferna informerade därefter personal på de olika slutenvårdsavdelningarna som sedan identifierade personer som motsvarade studiens inklusionskriterier. Därefter erhöll dessa personer studiens informationsbrev (bilaga 2). Brevet innehöll information om studiens syfte, metod, tillvägagångssätt, konfidentialitet och att deltagarna när som helst under studiens gång kunde välja att avsluta deltagandet utan att uppge anledning. Därefter efterhörde personalen på avdelningarna om de potentiella deltagarna var intresserade av att delta i studien. Om de uppgav intresse kontaktades studiens författare av avdelningschefen som lämnade uppgifter kring deltagaren, exempelvis namn och telefonnummer. Sedan kontaktade studiens författare de potentiella deltagarna via telefon för att lämna mer information om studien, besvara eventuella frågor samt bestämma tid och datum för intervju. Alternativt mötte författarna upp deltagaren på avdelningen efter att ha bestämt träff med avdelningschefens hjälp.

Forskningsetiska överväganden

Deltagarna erhöll information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta deltagandet utan att uppge någon anledning, detta i enlighet med Codex (2016a) och Kristensson (2014). Uppsatser som skrivs på grundläggande eller avancerad nivå behöver inte genomgå en forskningsetisk prövning, men forskningsetiska ställningstaganden behöver utföras (Codex, 2016b; Kristensson, 2014).

Vid kvalitativa studier där deltagare ska delge personliga erfarenheter finns det risk för att det uppkommer känsliga ämnen under intervjuerna vilket kan leda till en obehaglig upplevelse för deltagaren (Kjällström, 2013). Enligt Kristensson (2014) är det viktigt att respektera deltagarnas autonomi och integritet. Det är viktigt att kunna erbjuda pauser om behov skulle uppstå. Därför informerades deltagarna i denna studie om att de när som helst kunde avbryta intervjun. Deltagarna fick information om att studiens författare arbetar under sekretess, att inhämtat material hanteras konfidentiellt och att studiens resultat inte redovisas på individnivå (Codex, 2016a).

När en studie ska utföras måste alltid nyttan med studien jämföras med risken för skada (Kristensson, 2014). Nyttan med denna studie ansågs som större jämfört med risken i och med att studien kan leda till ökad kunskap och förståelse kring personers upplevelse av vilka metoder och strategier som kan vara effektiva för ångestlindring. Eftersom att ångest är den vanligaste psykiatriska problematiken i Europa (Antai-Otong, 2016; Ophuis et al., 2017) kan studien förhoppningsvis leda till ett ökat intresse för att bedriva ytterligare forskning kring området.

Bearbetning och analys

Studiens författare delade upp intervjuerna och transkriberade ordagrant hälften var, därefter raderades intervjuerna. Intervjuerna avidentifierades när de skrevs ut för att materialet inte skulle kunna kopplas till någon enskild deltagare. Därefter granskade studiens författare varandras transkriberingar och läste igenom allt material ett flertal gånger. Vid analys av det transkriberade materialet användes innehållsanalys där skillnader och likheter eftersöktes. Därefter skapades kategorier och underkategorier som tilldelades olika benämningar (Kristensson, 2014; Polit & Beck, 2012). Se exempel på analys nedan.

Exempel på analysen

Meningsbärande enhet	**Kondenserade meningsenheter**	**Kod**	**Underkategori**	**Kategori**
Men sen också det här med att jag har börjat träna och äta regelbundet [...] och se till att få en väldigt strukturerad vardag då på något sätt åh [...] Det har ju gjort jättestor skillnad för mig.	För att må bra är det viktigt med en strukturerad vardag med träning och mat	Struktur i vardagen	Hälsosam livsstil	Individuella strategier
Och just den här, när jag får ångest så tar jag mig alltid från den geografiska platsen där jag har ångest.	Lämnar platsen där ångesten uppkommer	Byta fokus	Ångestlindrande strategier	
Alltså sätta sig med någon och bara säga ”jag har ångest” liksom, för då får, då känns det som att man inte är ensam om det.	Samtala med andra personer vid ångest	Samtal	Att samtala med någon	

RESULTAT

Resultatet visar att det finns olika behandlingar och strategier för att lindra ångest. Hur personer upplever dessa är väldigt individuellt och en metod eller strategi som är hjälpsam för en person kan förvärra ångesten för en annan. Två huvudkategorier och åtta underkategorier togs fram under innehållsanalysen. Dessa presenteras i tabell 1.

Tabell 1

Kategorier	**Underkategorier**
Individuella strategier	Att samtala med någon Ångestlindrande strategier Hälsosam livsstil Destruktiva handlingar Alternativ behandling
Behandlingar	Psykologisk behandling Kunskap och medvetenhet ECT

Individuella strategier

Att samtala med någon

Det fanns ett starkt stöd i studien för att samtal med någon var en viktig strategi för att lindra ångest. Upplevelsen var att det var skönt att få förklara sina känslor för någon som lyssnade. Det gavs även uttryck för att den lyssnande parten bör ha en neutral syn på personens ångest och varken förminska eller förstora känslor.

"Att man känner att man eh, nån som bara kan lyssna egentligen å förstå, eller liksom ja... Eh kan ha väldigt stor betydelse, och varken förminskar eller förstorar ens så härа känslor, tycker jag kan vara rätt bra eh, för det kan ju dels spä på och sen att man eh, bara skäms över att man a, de, asså, känslor och tankar man får då". (Deltagare 7)

Men för att samtalen skulle vara ångestlindrande framkom det att en god relation till personen som samtalen utfördes med var av stor vikt. Personkemi och trygghet med den personen värderades också högt. Det framkom även att det var ångestlindrande när avdelningspersonal uppmärksammade ångest och visade att de ville hjälpa, trots att de var rädda att ångesten skulle förstärkas.

"[...]och det går så pass långt att jag, att jag sitter och planerar saker på hur jag ska fly ifrån den här ångesten och liksom göra saker som kanske inte är det bästa, åh drar mig undan, då det som funkar då är väl om någon lägger märke till en å verkligen kommer och sätter sig och pratar liksom [...] Och vågar liksom, ah, väcka den björn som sover liksom, kan man väl uttrycka" (Deltagare 7)

Det visade sig även att måendet kunde försämras när deltagare samtalade om sin ångest, då känslor som lett till ångesten kunde återupplevas när ord sattes på dem. Detta förstärktes om personen inte hade någon bra relation till den andra. För vissa personer var samtal en del av behandlingen men de ville inte ha ett samtal under tiden de upplevde ångest.

"Det är i alla fall nu på senare tid jag börjat tänka så att såhär, samtal, att prat och tröst kan bli liksom, förvärra det [...] speciellt om jag öppnar upp munnen för då börjar jag liksom förverkliga allt igen". (Deltagare 6)

"Jag vill helst vara själv när jag får ångest, sen efteråt kan jag gärna prata med någon men inte under tiden. Sen kanske det inte är så bra att jag ska va själv, jag vet inte, men för mig känns det skönare". (Deltagare 4)

Ångestlindrande strategier

Det fanns stöd för att olika strategier som deltagarna själva identifierat kunde vara ångestlindrande. Vad som ansågs vara hjälpfulla strategier varierade mellan deltagarna i studien. Men att flytta fokus från den upplevda ångesten till något annat belystes som en fungerande strategi.

"Men just när du sitter med liksom kanske en panikattack, eller du sitter och ska äta eller så, så då är det bara att distrahera. Eh, att liksom sätta på lurarna, sätta på musik, prata med någon annan liksom. Det är det som hjälper i stunden". (Deltagare 1)

Förebyggande strategier ansågs kunna minska ångest. Det ansågs bland annat vara hjälpfullt att lämna en situation där ångest riskerar att eskalera.

"Utan det som jag pratar om är liksom mer förebyggande, det är om jag hinner märka att något är på gång… På något sätt, för jag tycker att jag har rätt i situationen så det är bara om jag hinner backa. Så det är mer förebyggande. För jag vet att om jag kommer över, om jag kommer för långt då finns det ingenting som kan stoppa någonting överhuvudtaget. Då då… Då är jag någon annan helt enkelt. En person som jag inte vet med vad jag gör. Och det är aggressivt mot, mot mest mig själv, nästan 100% mot mig själv". (Deltagare 5)

Hälsosam livsstil

Det framkom upplevelser om att det var viktigt att ha en sund livsstil för att må bra. Det ansågs även vara viktigt att uppmärksamma och förstärka det friska hos individen. Att vara hälsosam och ha stabila vardagsrutiner ansågs även betydelsefullt varav sömn och nutrition hade betydande egenskaper. Det ansågs även vara viktigt med frisk luft, andning och att kroppens hållning har betydelse. Det var viktigt att kroppen skulle må bra för att deltagare skulle uppleva att de mådde bra psykiskt.

"Eh, så att jobba med hållning, träning och andning tror jag är en väldigt bra väg ut ur depression och ångest". (Deltagare 6)

Det fanns ett starkt stöd i intervjuerna för att träning minskar ångest. Flera deltagare ansåg att det var den strategi som de hade blivit mest hjälpta av och önskade att det skulle vara ytterligare fokus på fysisk aktivitet i vården.

"Asså bara att komma ut och springa och att liksom, det har, gett en väldigt lugnande effekt för mig. För att rensa alla tankar och bara göra sig av med all den här negativa energin och bara fylla på med positiv energi istället. Och att det har blivit väldigt ångestlindrande för mig, asså jobba fysiskt med kroppen". (Deltagare 7)

Det framkom även att kontakt med djur kunde förbättra måendet.

"[...]det var det man gick upp för, att ta hand om islandshästarna och rida dom och fixa i stallet, och där vet jag att många tjejer hade den, liksom den problematiken med ångest [...] så att djur gör extremt mycket". (Deltagare 7)

Destruktiva handlingar

Det framkom i studien att destruktiva handlingar i form av självskada, alkohol- och narkotikakonsumtion kortsiktigt kunde ha en ångestlindrande effekt. En vanligt förekommande åsikt var dock att de använt sig av destruktiva handlingar för att parera sin ångest men att de destruktiva handlingarna långsiktigt kunde leda till en ökad ångest.

"Jo men jag har väl hållit på med alkohol och droger. Och… Haft självskadebeteende. Så, det har nog inte gjort någonting bra för mitt mående iallafall. [...] Jo dom har nog försämrat långsiktigt för att, det blir ju att man får ännu mera ångest för att man druckit och så… Eller för att man har tagit någonting. Så då måste man fortsätta dricka. Det blir bara en ond cirkel". (Deltagare 3)

"Mm, har testat många olika… Alkohol hahaha [...] fast det hjälper ju för stunden". (Deltagare 2)

Alternativ behandling

Det fanns stöd i studien för att den upplevda ångesten minskat genom olika alternativa behandlingar. Kroppens värden och vitaminer togs upp som viktiga faktorer för att må bra. Behandling med healing och råd från siare kunde även ha en ångestlindrande effekt.

"Jag har provat på healing och fått bra resultat. [...] Men det är att jag tror på att man måste kolla på vad man har för värden i kroppen. [...] Det gör man väl kanske till viss utsträckning gör man väl, men jag tror ändå att det ska fokuseras till". (Deltagare 6)

"Jag hade hit en spåkvinna igår och det tyckte jag var jättegivande, hon gav jättemycket tips". (Deltagare 2)

Behandlingar

Psykologisk behandling

Det framkom även att olika psykologiska behandlingsmetoder, som exempelvis KBT, kunde vara effektiva mot ångest. Genom att terapeuten fokuserade på personens individuella problem kunde nya tankesätt, och fungerande strategier för ångesthantering identifieras.

"Oj, eh, jag har väl gått… Alltså jag har ju gått KBT i, dels på ungdomshälsan när jag var yngre och sen på unga vuxna nu. Eller inte nu, nu vet jag sjutton vad det är för något. Sen har jag gått lite i DBT-isch, alltså individuellt. Eh, och sen så går jag något som heter ERGT, jag vet inte riktigt om det räknas som ångesthantering men… [...] Ja, alltså om man säger långsiktigt så tycker jag nog att ERGT:n, DBT:n och KBT:n är bäst". (Deltagare 1)

Det framkom att gruppbehandling baserad på KBT inte nödvändigtvis var ångestlindrande. Det fanns däremot stöd för att individuella samtal med psykolog kunde reducera ångest. Strategier som identifierats vid individuella samtal fungerade sällan vid svårare form av ångest.

"Och sen hos psykologen som jag har gått en, asså själv hos, det har jag tyckt har vart bättre, för att, a men då har vi, a men det är ju mer fokus, a men mina problem då, inte lite mer generellt hur man ska göra. Och att eh, a men kunna försöka ta reda på varför ångesten kommer, för det fick jag liksom inte reda på hos KBT alls, alltså varför jag har fått ångest, eller blivit deprimerad. Så det tycker jag hjälpte men det hjälpte inte när ångesten blev för jobbig, som gjorde att jag hamnade här tillslut". (Deltagare 4)

ECT

I studien framkom att de deltagare som hade genomgått elektrokonvulsiv behandling (ECT) för att motverka depression upplevde att behandlingen även hade minskat deras ångest. För vissa var det dock oklart om ECT-behandlingen hade hjälpt direkt eller om ångesten hade minskat sekundärt till att depressionen de behandlats för hade förbättrats. En deltagare uttryckte:

" *[...]när jag har fått ECT-behandlingar ibland eh och då, för att jag har vart väldigt deprimerad, men då har ju ångesten också väldigt extrem, och jag vet inte om det är ECTn*

som har gjort att ångesten har blivit mer hanterbar efteråt eller om det är för att jag har kommit ut ur den här djupare depressionerna och har börjat äta mer liksom regelbundet kanske, och kommit ut och röra mig mer och aktivera mig som har fått mig att må bättre, men eh, ah, att det, jag kan ändå se att efter ECT-behandlingar då liksom ångesten blivit mer hanterbar". (Deltagare 7)

En annan deltagare tyckte att den första ECT-behandlingen hade hjälpt mycket men var osäker på om det kunde bero på en placebo-effekt:

" [...] så härа det kan mycket va, asså, det kan vara lite placebo [...] för den första ECTn den var liksom sagolik. Jag har ju sagt så här... Det känns jobbigt att säga att, trots att jag har fått två barn, så känner jag att det här är bland det bästa som har hänt i mitt liv". (Deltagare 6)

Kunskap och medvetenhet

Att ha kunskap om hur kroppen fungerar ansågs vara ångestlindrande. Genom att få mer förståelse om hur och varför kroppen reagerar som den gör underlättade förståelsen och hanterandet av ångesten.

"För jag har gått så här i alla år och bara, a men jag är lite dålig i kroppen, jag har lite ont och så där. Och så jag fick som en uppenbarelse i slutet på, i början på vinterna, som var som, åh helvete, det här är ju inte den fysiska skadan, smärtan. Det är är ju den rena skära ångesten […] Så lägg till kunskap tror jag". (Deltagare 6)

Det var även viktigt med medvetenhet. När deltagare lärde känna sin kropp och förstod dess signaler upplevdes det lättare att agera snabbt när de kände att ångesten började komma.

"[...] förut kunde ångesten gå såhär snabbt från 0–100 men nu så har du, nu när du varit här har du kunnat börja känna lite föraningar". (Deltagare 6)

"Eh… Och sen så använder jag också ett knep och det är att ligga givakt mot hur man mår och söker hjälp i tid". (Deltagare 8)

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Deltagarna i studien visade att det är mycket individuellt vilka behandlingar och strategier som är hjälpfulla vid ångest. Vården bör därmed vara personcentrerad för att garantera att individen får den hjälp den är i behov av. Även Barley & Lawson (2016) påpekar vikten av att personer involveras i sin vård för att vården ska bli så hjälpsam som möjligt. Antai-Otong (2016) pekar också på vikten av en personcentrerad vård vid behandling av ångestproblematik.

Att samtala med någon

Som visades i resultatet är samtal en viktig del vid ångestlindring. För många var det en förutsättning att de kom bra överens med personen de samtalade med. Travelbee (1971) menar att kommunikation är en viktig del i etablerandet av ett mellanmänsklig förhållande. Hon menar också att det är viktigt att sjuksköterskan ska kunna avgöra när han eller hon ska prata eller vara tyst, likaså att samtalet ska ske i den sjuke personens egen takt.
Travelbee (1971) lägger mycket fokus på etablerandet av en god relation. Hon menar att vårdare och den som blir vårdad ska förstå varandra för att ett gott förhållande ska uppstå. Deltagarna i studien värdesatte en god relation till personen som samtalet utfördes med och tyckte till och med att ångest kunde förvärras om relationen var dålig. Fredriksson (2014) förklarar att varje samtal förutsätter och skapar en relation. Ett vårdande samtal och en god relation består av närvaro, beröring och lyssnande.
Stödsamtal är, som tidigare nämnts, en vanlig åtgärd inom psykiatrin. För att den här typen av samtal ska vara givande bör behandlaren vara omdömesfull, ha god kompetens inom psykiatrisk vård och ha en personlig fallenhet. Det är även viktigt med ett professionellt förhållningssätt. För den sjuke individen är det ofta ett betydelsefullt inslag i vården (Herlofson, 2016).

Ångestlindrande strategier

I föreliggande studie framkom det att många deltagare upplevde strategier som flyttade fokus från ångesten till något annat som hjälpfullt vid ångest. Morgan, Chittleborough & Jorm (2016) förklarar att vissa strategier som personer använder sig av för att minska ångest kan vara hjälpfulla för vissa men kan försämra måendet hos andra. Ångestlindrande strategier är

därmed individuella. I och med att ångest drabbar många personer så finns det diskussioner om att eventuellt marknadsföra olika ångestlindrande strategier i samhället. Detta för att snabbt och lättillgängligt kunna hjälpa personer med mildare form av ångest att hantera ångesten innan den eskalerar. Socialstyrelsen (2016) förklarar att ett tidigt omhändertagande kan resultera i lägre samhälleliga kostnader. Morgan och medarbetare (2016) förklarar dock att det är problematiskt att besluta om vilka ångestlindrande strategier som ska rekommenderas. Vissa strategier såsom att utbilda om psykisk ohälsa, använda acceptans-strategier, förbättra sömnen, använda fysisk aktivitet och minska alkoholkonsumtion anses dock vara passande att lära ut till personer i samhället. Det rekommenderas ändå ytterligare forskning kring området. Travelbee (1971) lägger stor vikt vid att sjuksköterskor ska se till individen och enligt ICN:s etiska kod ska sjuksköterskor stödja professionella etiska värderingar samt förhållningssätt (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Hälsosam livsstil

I intervjuerna fanns det ett starkt stöd för att personens livsstil hade en betydande effekt på ångest. Flertalet deltagare påpekade att träning eller fysisk aktivitet påverkade ångesten positivt. Socialstyrelsen (2015) redogör i en utgiven rapport för att 30 minuter fysisk aktivitet lindrar oro och ångest. I en litteratursammanställning av Carek, Laibstain och Carek (2011) förklaras det att fysisk aktivitet är en effektiv och kostnadseffektiv behandling mot ångest och ångestsyndrom. Det minskar också känsligheten för ångest. Liknande resultat framkommer i en litteraturstudie av Sarris och medarbetare (2012) där fysisk aktivitet har en positiv effekt på psykisk ohälsa. I samma studie visas även att förändringar i en ohälsosam livsstil kan förbättra ångestproblematik. Även detta var ett betydande tema som framkom i denna studies intervjuer. Flertalet deltagare ansåg att en osund livsstil försämrade måendet medan de kände att ångest reducerades när de hade en hälsosam livsstil. Sarris med medarbetare (2012) påpekar att nutrition har betydelse för den psykiska hälsan. Vid oro och ångest tenderar personer att antingen äta mer eller mindre än annars. Dessa personer tenderar även att välja att äta onyttigare alternativ. Hos personer som åt nyttig mat var det färre som hade en ångestproblematik jämför med de som åt onyttigt med högt fettinnehåll och snabbmat. Enligt Travelbee (1971) är det en del av sjuksköterskans uppgift att förebygga ohälsa. Genom att etablera ett mellanmänskligt förhållande till personer med affektiv problematik kan sjuksköterskan komma med tips och råd kring hur personen kan förändra sin livsstil om personen så önskar.

Destruktiva handlingar

I studiens resultat framkom det att vissa av deltagarna använde sig av destruktiva handlingar som självskada samt konsumtion av alkohol och narkotika för att reducera den upplevda ångesten. Studier förklarar att personer med ångestsyndrom har större risk att hamna i ett drogmissbruk jämfört med övriga populationen (Antai-Otong, 2016; Barley & Lawson, 2016; Kavan et al., 2009; Liang, Chikritzhs & Lenton, 2011). Sarris med medarbetare (2012) redogör för att hög alkoholkonsumtion kan leda till ångestproblematik. Hawton och medarbetare (2016) förklarar i en litteraturöversikt att självskadebeteende framförallt är kopplat till depression, ångest och alkoholmissbruk. Flera deltagare i denna studie har redogjort för att självskadebeteende och konsumtion av alkohol eller narkotikapreparat kan leda till ett försämrat mående i ett längre tidsperspektiv även om det kan hjälpa i stunden. Hawton och medarbetare (2016) förklarar att självskadeproblematik ofta kan leda till problem med arbete, relationer och att det kan kräva sjukhusvistelse vilket i sin tur kan leda till ett försämrat mående. Barley och Lawson (2016) förklarar att sjuksköterskor ska möta varje persons behov och önskemål för att skapa förutsättningar för återhämtning. Travelbee (1971) anser att sjuksköterskan ska arbeta för att ett mellanmänskligt förhållande ska uppnås i syfte att kunna hjälpa individen att förebygga eller att stå ut med erfarenheten av sjukdom och lidande.

15–25 % av personer som behöver sjukhusvård i samband med självskada vårdas på samma sjukhus vid minst ett ytterligare tillfälle under en ettårsperiod för skador kopplat till självskadeproblematiken (Hawton et al., 2016). Ur ett samhällsperspektiv kan det därmed tänkas finnas en ekonomisk vinning kring att arbeta vidare med att identifiera andra behandlingar och strategier för att reducera ångest och lidande för dessa personer.

Alternativ behandling

Det förekom att deltagare upplevde minskad ångest efter att ha genomgått alternativmedicinsk behandling med healing eller haft kontakt med siare. Sedan 1970-talet har alternativmedicinska behandlingsmetoder ökat i användande bland personer som är drabbade av olika sjukdomar (Carneiro et al., 2017). I USA har ungefär 40% av befolkningen någon gång under sitt liv använt sig av kompletterande- eller alternativmedicinska behandlingar. (Lucchetti, Peres, Valada och Lucchetti, 2015). Det rekommenderas att ytterligare forskning kring effekten av alternativmedicinsk behandling utförs för att undersöka om personer med olika sjukdomar kan bli hjälpta (Carneiro et al., 2017; Lucchetti et al., 2015). Det vetenskapliga stödet för att kosttillskott skulle lindra ångestproblematik är svagt (Sarris et. al.

2012). Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård redogör dock för att en persons subjektiva upplevelser kring hälsa även ska hörsammas vid planering av omvårdnadsåtgärder (Svensk sjuksköterskeförening, 2014).

Psykologisk behandling

Studiens resultat redovisar att ett flertal deltagare upplevde sig hjälpta av professionella behandlingsmetoder som vården erbjudit dem. KBT nämndes som verksamt vid ett flertal intervjuer men deltagare uppgav att KBT inte var verksamt vid svårare form av ångest. Socialstyrelsen (2016) rekommenderar KBT som förstahandsbehandling vid samtliga ångestsyndrom förutom vid GAD och Kavan och medarbetare (2009) förklarar att KBT är en av de mest effektiva psykologiska behandlingarna vid ångest. Travelbee (1971) förklarar att varje människa måste ses som en unik människa och att en mellanmänsklig relation måste uppnås för att kunna förstå personens kommunikation. Detta skulle kunna medföra en god och personcentrerad vård vilket i sin tur kan leda till att samhälleliga kostnader för behandling av personer med ångestproblematik minskas då de för närvarande är höga (Kavan et al., 2009; Maron & Nutt, 2015; Ophuis et al., 2017).

Emotion regulation group therapy (ERGT) nämndes även som en långsiktig ångestlindrande metod. ERGT baseras på att personer med emotionell instabil personlighetsstörning och självskadeproblematik har problem med sin känsloreglering och därmed självskadar. Därför riktar sig behandlingen mot att identifiera mer adaptiva färdigheter för att kunna hantera känsloregleringen och därmed minska självskada (Gratz, Tull & Levi, 2014).

ECT

Flera deltagare i studien hade genomgått behandling med ECT och uppgav att ångesten därefter minskat. Socialstyrelsen (2016) rekommenderar behandling med ECT vid svår depression och deltagarna som genomgått denna behandling var osäkra på om ångesten minskat till följd av att depressionen förbättrats eller om ECT-behandlingen direkt hade reducerat ångesten. ECT är en behandling som innebär att korta elektriska pulser skickas genom hjärnan så att ett kontrollerat krampanfall framkallas (Medda, Toni & Perugi, 2014). Mårtensson och Åsberg (2016) förklarar att ångest är ett vanligt förekommande symtom vid depression. En deltagare i studien nämnde även att placebo-effekten kring ECT-behandling

kan vara orsaken till deltagarens minskade ångest. Placebo innebär att förväntningseffekten kring en behandling kan misstolkas som den riktiga effekten av behandlingen (Åsberg, 2016).

Kunskap och medvetenhet

Deltagare i studien uppgav att ångesten blev lättare att hantera när de fick förklarat hur kroppen fungerar och vad ångest beror på. Genom att förstå sig själva bättre kunde de söka hjälp i tid eller använda sig av ångestreducerande strategier. De fick en annan förståelse för sin kropp och dess funktioner samt hur kropp och psyke hänger ihop.

I en studie av Rummel-Kluge, Pitschel-Walz och Kissling (2009) fann de att psykoedukation hade stor betydelse för personer med ångestproblematik. Under dessa tillfällen med psykoedukation fick personerna lära sig olika sätt och strategier för att hantera ångest, sätt att kommunicera vid hög ångest, symtom samt anledningar till varför ångest uppstår. Det gjorde att deltagarna i studien lättare kunde hantera sin ångest. Det i sig kan leda till ett minskat lidande för personer med ångestproblematik och även lägre vårdkostnader.

Att informera personer om sin sjukdom är en del av sjuksköterskans arbete. Travelbee (1971) menar att sjuksköterskan påverkar och influerar den sjuke individen. Sjuksköterskan kan då dela sin kunskap samtidigt som personen med ångestproblematik kan dela sin kunskap om sjukdomen för att tillsammans hitta en väg till förbättring.

Kliniska implikationer

Då studiens resultat visat att samtal kan vara en ångestlindrande strategi med stor betydelse så anser studiens författare att personal inom psykiatrisk vård bör få möjlighet till att utvecklas inom samtalsteknik. Att ha en regelbundenhet i vardagen med god nutrition, sömn och fysisk aktivitet förklarades även kunna vara ångestlindrande. Därmed anser studiens författare att större fokus bör läggas på att hjälpa personer att initiera och upprätthålla denna regelbundenhet. Det bör även läggas större fokus kring fysisk aktivitet inom den psykiatriska vården och träningsmöjligheter inom den slutna psykiatriska vården bör utökas.

Det framkom även i studien att det var lättare att hantera och förstå sin ångest om personer hade mer kunskap och medvetenhet kring hur kroppen fungerade. Därför anser studiens författare att ytterligare fokus bör läggas kring psykoedukation.

Metoddiskussion

Styrkor

I och med att studien syftade till att undersöka personers uppfattningar kring ett fenomen valdes kvalitativ design. Kvalitativa studier passar när syftet är att förklara, synliggöra och förstå en persons subjektiva upplevelse kring något (Polit & Beck, 2012). Intervjuerna var semistrukturerade vilket resulterade i att studiens författare hade möjlighet att ställa följdfrågor under intervjuns gång. Detta kan anses vara en styrka i och med att det kan säkerställa att respondentens svar tolkas korrekt och för att uppmuntra respondenten till att vidareutveckla sina svar (Kristensson, 2014).

Strategiskt urval tillämpades för studien. Detta för att få möjlighet till att intervjua personer som vårdades inneliggande på affektiva avdelningar på ett sjukhus i Mellansverige med ångestproblematik. Studiens författare anser att det inhämtade materialet från de åtta intervjuerna var innehållsrikt och hade tillräcklig mättnad vilket därmed anses som en styrka. Danielsson (2012) förklarar att intervjuer som utförs genom en fysisk träff kan vara positivt i och med att intervjuaren har möjlighet att se respondentens gester och ansiktsuttryck. Därför anses detta vara en styrka i studien.

Svagheter

Med anledning av att studiens författare ville värna om personers integritet samt värna om sekretessen kring personer som vårdas inneliggande kontaktades avdelningschefer för att identifiera eventuella deltagare. Då kunde de undersöka vilka personer på avdelningarna som uppfyllde studiens inklusionskriterier samt vilka som kunde vara intresserade av att delta i studien. Detta tillvägagångssätt ledde till att studiens författare var beroende av att avdelningscheferna kommunicerade både med övrig personal på avdelningarna samt de potentiella deltagarna. Det var problematiskt att få kontakt med avdelningscheferna och trots ett flertal påminnelser om studien så var det svårt att få veta om deras avdelningar hade några potentiella deltagare. Detta tillvägagångssätt ledde till att det var problematiskt att rekrytera deltagare. Inför studien planerades det att utföra 10–12 intervjuer, men på grund av rådande omständigheter fanns ej möjlighet till att utföra fler än åtta intervjuer. Intervjuer kunde därmed inte heller ske enligt tidsplan och en omedelbar omstrukturering av tidsplanen fick utföras. Detta bör inte ha påverkat studiens resultat men om en annorlunda metod valts hade eventuellt inte denna svårighet uppstått.

En svaghet med studien var att flertalet intervjuer skedde på en och samma avdelning. Detta ses som en svaghet i och med att fokus på omvårdnaden ser något annorlunda ut på de olika avdelningarna, det hade därmed varit önskvärt med mer spridda intervjuer.
Under intervjutillfällena hade många deltagare svårigheter med att översätta en känsla till ord vilket eventuellt skulle kunna ha undvikits om deltagarna fått tillgång till intervjufrågorna innan intervjutillfället. Detta hade kunnat ge deltagarna mer tid för reflektion kring vad de olika frågorna innebar och då skulle eventuellt studiens resultat kunnat se annorlunda ut. Studiens författare försökte dock undvika missförstånd under intervjutillfället genom att bisittaren sammanfattade deltagarens svar vid slutet av intervjun. Genom detta hade deltagarna chans till att lägga till eller korrigera något som framkommit under intervjun.

Forskningsetiska överväganden

För studiens resultat var det önskvärt med ett flertal deltagare med olika erfarenhet kring ångestlindrande behandling. Det viktigaste var dock att studien respekterade samtliga deltagares autonomi, integritet och välmående samt att det aldrig skulle finnas risk för att skada deltagaren (Kristensson, 2014). Alla deltagare informerades om möjligheten till att avbryta deltagandet i studien utan att behöva uppge anledning (Codex, 2016a; Kristensson, 2014). Deltagarna fick även information om att inget material i den färdiga uppsatsen skulle kunna kopplas till deltagaren (Codex, 2016a).

Trovärdighet

När kvalitativa studier utförs bör alltid tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet granskas och kommenteras (Lundman & Hällgren Graneheim, 2012). För att eftersträva en hög tillförlitlighet har analysprocessen kring studiens resultat beskrivits så tydligt som möjligt och studiens metod har valts i enlighet med vad som anses vara i enlighet med studiens syfte (Kristensson, 2014). Tillförlitligheten stärks även genom att citat från studiens deltagare presenteras i resultatet. Studiens författare utförde samtliga intervjuer tillsammans och detta stärker studiens trovärdighet. Genom att studiens författare läste de transkriberade intervjuerna ett flertal gånger och sedan diskuterade likheter och skillnader med varandra så kan det även stärka studiens giltighet. Denna studie syftade till att undersöka personers uppfattning om vilka ångestlindrande metoder och strategier som kan vara hjälpfulla och den upplevelsen kan vara mycket individuell. Därmed kan det vara svårt att överföra studiens

resultat till en annan grupp människor. Resultatet kan dock ge en överblick kring vilka behandlingsmetoder och strategier personer med affektiv problematik upplever sig hjälpta av.

Förförståelse

Båda studiens författare har tidigare arbetat som sjuksköterskor på olika avdelningar inom psykiatrin och har därmed viss erfarenhet samt kunskap kring ångest och dess behandlingar. Ena författaren har tidigare arbetat på en av avdelningarna där intervjuer hölls. I och med att författaren kände personalen på den avdelningen var det lättare att få intervjutillfällen där. Detta ledde till att de flesta intervjuer hölls på just den avdelningen. Författarna bedömer att intervjuinnehållet inte har påverkats på grund av detta.

Slutsats

Upplevelsen av vad som är fungerande behandlingar och strategier för att reducera ångest hos personer med affektiv problematik varierade mellan deltagarna. Därför är det viktigt med en personcentrerad vård och att en god relation till personen som erhåller vård upprättas. Tidig planering av ångesthantering för att möta personens önskemål samt behov är essentiellt. Vidare forskning rekommenderas för att undersöka hur vården kan planeras på ett personcentrerat sätt för att optimera möjligheterna till att minska en persons ångest.

REFERENSER

Antai-Otong, D. (2016). Caring for people with anxiety disorder. *The Nursing Clinic of North America, 51*(2), 173-83. doi: 10.1016/j.cnur.2016.01.003

Bandelow, B., Reitt, M., Röver, C., Michaelis, S., Görlich, Y. & Wedekind, D. (2015). Efficacy of treatments for anxiety disorders: a meta-analysis. *International Clinical Psychopharmacology, 30*(4), 183-92. doi: 10.1097/YIC.0000000000000078

Barley, E. & Lawson, V. (2016). Using health psychology to help patients: common mental health disorders and psychological distress. *British Journal of Nursing, 25*(17), 966-74. doi: 10.12968/bjon.2016.25.17.966

Bloom, J.M., Woodward, E., Susmaras, T. & Pantalone, D. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatric Services, 63*(9), 881-88. doi: http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201100311

Carek, P., Laibstain, S. & Carek, S. (2011). Exercise for the treatment of depression and anxiety. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *41*(1), 15-28. doi: 10.2190/PM.41.1.c

Carneiro, É.M., Barbosa, L.P., Marson, J.M., Terra, J.A., Martins, C.J., Modesto, D., Resende, L.A. & Borges, M.F. (2017). Effectiveness of Spiritist "passe" (Spiritual healing) for anxiety levels, depression, pain, muscle tension, well-being, and physiological parameters in cardiovascular inpatients: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine, 2*(30), 73-78. doi: 10.1016/j.ctim.2016.11.008.

Choi-Kan, L.W., Finch, E.F., Masland, S.R., Jenkins, J.A. & Unruh, B.T. (2017). What works for treatment of borderline personality disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports, 4*(1), 21-30. doi: 10.1007/s40473-017-0103-z

Clarke, L. (2006). So what exactly is a nurse? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 13*(4), 388-94. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.00995.x

Codex. (2016a). *Forskning som involverar människan.* Hämtat 6 april, 2017, från http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml

Codex. (2016b). *Forskningsetisk prövning.* Hämtat 6 april, 2017, från http://www.codex.vr.se/manniska5.shtml

Craske, M.G. & Stein, M.B. (2017). No psychotherapy monoculture for anxiety disorders – authors reply. *The Lancet, (389)*10082, 1883. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31208-4

Danielson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (ss. 163-74). Lund: Studentlitteratur

Dindo, L., Van Liew, J., & Arch, J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *The American Society for Experimental NeuroTherapeutics.* doi: 10.1007/s13311-017-0521-3

El Alaoui, S., Hedman, E., Kaldo, V., Hesser, H., Kraepelien, M., Andersson, E., Rück, C., Andersson, G., Ljótsson, B., & Lindefors, N. (2015). Effectiveness of Internet-Based Cognitive–Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder in Clinical Psychiatry. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, (83)*5, 902-14. doi: 10.1037/a0039198

Fredriksson, L. (2014). Vårdande kommunikation - samtal om hälsa, lidande och vårdande. Wiklund Gustin, L. (Red.). *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (ss. 417-38). Lund: Studentlitteratur

Gratz, K.L., Tull, M.T. & Levy, R. (2014). Randomized controlled trial and uncontrolled 9-month follow-up of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 44*(10), 2099-2112. doi: 10.1017/S0033291713002134

Groves, P. (2016) Mindfulness in psychiatry - where are we now? *BJPsych Bulletin*, *40*(6), 289–292. doi: 10.1192/pb.bp.115.052993

Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database Systematic Review, 12*(5). doi: 10.1002/14651858.CD012189

Herlofson, J (2016). Samtal som stöd. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. *Psykiatri* (s. 601- 07). Lund: Studentlitteratur

Kavan, M., Elsasser, G. & Barone, E. (2009). Generalized anxiety disorder: practical assessment and management. *American Family Physician, 79*(9), 785-91.

Kaczkurkin, A. & Foa, E. (2015). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 337-46.

Kjällström, S. (2013). Forskningsetik. Henricson, M. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-94). Lund: Studentlitteratur.

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso- och vårdvetenskap.* Stockholm: Natur & Kultur.

Leopardi, R. (2016). Stress. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. *Psykiatri* (s.111-16). Lund: Studentlitteratur

Liang, W., Chikritzhs, T., & Lenton, S. (2011). Affective disorders and anxiety disorders predicts the risk of drug harmful use and dependent. *Society for the study of addiction. 106*(6), 1126–134. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03362.x

Locke, A.B., Kirst, N. & Shultz, C.G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician, 91*(9), 617-24.

Lucchetti, A.L., Peres, M.F., Vallada, H.P. & Lucchetti, G. (2015). Spiritual Treatment for Depression in Brazil: An Experience From Spiritism. *Explore: The Journal of Science and Healing, 11*(5), 377-86. doi: 10.1016/j.explore.2015.07.002

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund – Nielsen (Red). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2. Uppl., ss. 187-96). Lund: Studentlitteratur.

Maron, E. & Nutt, D. (2015). Biological predictors of pharmacological therapy in anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 17*(3), 305-17.

Medda, P., Toni, C. & Perugi, G. The mood-stabilizing effects of electroconvulsive therapy. *The Journal of ECT, 30*(4), 275-82. doi: 10.1097/YCT.0000000000000160

Miller, J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General hospital psychiatry*. *17*(3), 192-200. doi: 10.1016/0163-8343(95)00025-M

Morgan, A.J, Chittleborough, P. & Jorm, A.F. (2016). Self-help strategies for sub-threshold anxiety: A Delphi consensus study to find messages suitable for population-wide promotion. *Journal of Affective Disorders, 12*(206), 68-76. doi: 10.1016/j.jad.2016.07.024

Mårtensson, B., Thelander, S., & Dahl, M.L. (2016). Läkemedel vid oro, ångest och sömnsvårigheter. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. *Psykiatri* (ss. 651- 55). Lund: Studentlitteratur

Mårstensson, B. & Åsberg, M. (2016). Förstämningssyndrom. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. *Psykiatri* (s.299-339). Lund: Studentlitteratur

Ophuis, R.H., Lokkerbol, J., Heemskerk, S.C., Van Balkom, A.J., Hiligsmann, M. & Evers, S.M. (2017). Cost-effectiveness of interventions for treating anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders 210*(13), 1-13. doi: 10.1016/j.jad.2016.12.005

Perna, G., Alciati, A., Riva, A., Micieli, W. & Caldirola, D. (2016). Long-term pharmacological treatment of anxiety disorders: an updated systematic review. *Current Psychiatry Reports, 18*(23), 1-16. doi: 10.1007/s11920-016-0668-3

Polit, D., & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research*. China: Lippincott Williams & Wilkins.

Rück, C., & Hedman, E. (2016). Ångestsyndrom. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. *Psykiatri* (ss. 341-56). Lund: Studentlitteratur

Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., & Kissling, W. (2009) Psychoeducation in anxiety disorders: Results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Psychiatry Research, 169*(2009), 180–82. doi: 10.1016/j.psychres.2008.10.016

Sarris, J., Moylan, S., Camfield, A., Pase, M.P., Mischoulon, D., Berk, M., Jacka, F.N., Schweitzer, L. (2012). Complementary Medicine, Exercise, Meditation, Diet, and Lifestyle Modification for Anxiety Disorders: A Review of Current Evidence. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. (2012)*20. doi: 10.1155/2012/809653

Socialstyrelsen. (2016). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning.* Stockholm: Socialstyrelsen. Från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20405/2016-12-6.pdf

Socialstyrelsen. (2017a). *Hälsan allt bättre - men ångest och oro ökar.* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 4 april, 2017, från file:///home/chronos/u-6cc6f108ddb0644f02deee684b6e19daba17512d/Downloads/Socialstyrelsen.se%20(4).pdf

Socialstyrelsen. (2017b). *DBT (Dialektisk beteendeterapi).* Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 17 maj, 2017, från http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/dbt

Socialstyrelsen. (2017c). KBT (kognitiv beteendeterapi). Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 17 maj, 2017, från http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/sokimetodguidenforsocialtarbete/kbtkognitivbeteendeterapi

Socialstyrelsen. (2015). *Regelbunden fysisk aktivitet minst en halvtimme om dagen.* Stockholm: socialstyrelsen Hämtad 16 april, 2017 från file:///home/chronos/u-6cc6f108ddb0644f02deee684b6e19daba17512d/Downloads/Socialstyrelsen.se%20(8).pdf

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2014). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen, inriktning psykiatrisk vård.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 16 maj, 2017, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning.sjukskoterska.psykiatri.2014.pdf

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2016). *Personcentrerad vård.* Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 31 maj, 2017, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf

Travelbee, J. (1971). Interpersonal aspects of nursing. (2nd ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company

Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Borges, G., Bromet, E.J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Karam, E.G., Kessler, R.C., Kovess, V., Lane, M.C., Lee, S., Levinson, D., Ono, Y., Petukhova, M., Posada-Villa, J., Seedat, S., & Wells, J.E. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*. 841-50. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61414-7

Zimmermann, T., Puschmann, E., van den Bussche, H., Wiese, B., Ernst, A., Porzelt, S., Daubmann, A. & Scherer, M. (2016). Collaborated nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symtoms: Cluster randomised controlled trial (findings of the SMADS study). *International Journal of Nursing Studies 11*(63), 101-11. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.007

Åsberg, M. (2016). Evidens och klinisk prövning i psykiatrin. I Herlofson, J., Ekselius, L., Lundin, A., Mårtensson, B., & Åsberg, M. *Psykiatri* (s.31-36). Lund: Studentlitteratur

Bilaga 1

Intervjuguide

- Starta inspelningen

- Presentera dig och presentera därefter studiens syfte *"Syftet med studien är att undersöka huruvida inneliggande patienter på en affektiv avdelning upplever sig hjälpta av icke-farmakologiska ångestlindrande behandlingsmetoder".*

- Berätta om konfidentialitet, att vi (studiens författare) arbetar under tystnadsplikt, deltagarens rättighet att när som helst avbryta intervjun utan att behöva ge någon motivering samt om inspelningsmetoden.

- Förklara att båda studiens författare deltar vid intervjun för att den ena ska kunna sitta med och lyssna för att vid slutet av intervjun kunna sammanfatta vad som framkommit för att säkerställa att allt uppfattats korrekt.

- Kontrollera om deltagaren har några frågor och starta sedan intervjun.

1. Frågor om ångest och behandling

- I vilken utsträckning/omfattning upplever du ångest?

- Hur har den upplevda ångesten påverkat dig? (Exempelvis livskvalitet, psykiskt, fysiskt, psykosocialt?)

- Vilka ångestlindrande behandlingar har du genomgått?

- Vilka ångestlindrande metoder som inte varit läkemedel har du fått? Har dessa behandlingar hjälpt? (Kan du berätta mer? Vilken var mest effektiv? Förbättrat livskvalitet?)

- Finns det några metoder som du kan bli hjälpt av vid dessa situationer?
- Har du testat några ångestlindrande metoder som du upplever försämrat ditt mående? (Exempelvis påverkat livskvalitet, fysiskt, psykiskt, psykosocialt?)

2. Icke farmakologisk eller farmakologisk behandling

- Ser du några för eller nackdelar med farmakologisk behandling?

- Ser du några för eller nackdelar med icke farmakologisk behandling?

3. Avslutning

- Är det något du har kommit på under intervjun som du vill tillägga?

- Sammanfatta vilken information respondenten delgivit under intervjun för att kontrollera om det uppfattats korrekt.

- Redogör på nytt för respondentens rättigheter. Att respondenten när som helst kan välja att avsluta sitt deltagande i studien utan att behöva uppge någon anledning.

- Erbjud respondenten att bli kontaktad när studien är färdig och publicerad.

- Inspelningen avslutas.

Bilaga 2

Information om forskningsstudie

Personers uppfattning om ångestlindring på en affektiv slutenvårdsavdelning
Till dig som vårdas på affektiv slutenvårdavdelning med ångestproblematik

Bakgrund och syfte
Ångest är den vanligaste psykiatriska sjukdomen i Europa och kan leda till ett lidande för den drabbade personen. Olika typer av psykologisk behandling som exempelvis kognitiv beteende terapi (KBT) rekommenderas som behandling vid ångestsyndrom. Behandling med läkemedel kan även behövas. Fler studier angående vilka behandlingsmetoder som är effektiva och kostnadseffektiva efterfrågas. Därför önskar vi med denna studie att undersöka vilka behandlingsmetoder och strategier personer som vårdas med ångest upplever sig hjälpta av. Syftet med studien är att undersöka huruvida inneliggande patienter på en affektiv avdelning upplever sig hjälpta av icke-läkemedelsbaserade ångestlindrande behandlingsmetoder.

Tillfrågan om deltagande
Du tillfrågas eftersom du vårdas på en affektiv vårdavdelning med ångestproblematik. Önskemålet är att få intervjua dig om vilka ångestlindrande behandlingar du genomgått och om du upplevt att dessa hjälpt. Intervjun kommer att spelas in på band. Dina svar och resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Deltagandet i studien är frivilligt och du kan avstå från deltagande, eller när som helst avbryta din medverkan i studien utan att ange orsak.

Hantering av data
Intervjun kommer att skrivas ut och användas till en examinationsuppgift i magisterkursen för specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård vid Uppsala Universitet. Då resultatet från studien publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras.

Kontakt
Vi vill gärna att du deltar i studien. Personal på avdelningen kommer därför kontakta dig och efterhöra om du är intresserad. Vid intresse kommer även studiens författare kontakta dig via telefon för vidare information.

Ytterligare information och svar på frågor om studien ges av:
Linda Antonsson, linda_antonsson91@hotmail.com
Elina Löfström, elinalofstrom@gmail.com
Handledare Lena Bergdahl, doktorand
lena.bergdahl@neuro.uu.se