

# Det främsta arbetsredskapet

Sjuksköterskans erfarenheter av det vårdande  
samtalet med patienter inom psykiatrisk  
öppenvård.

FÖRFATTARE

Fereshteh Hosseini

Evelina Kostamis

PROGRAM/KURS

Specialistsjuksköterskeprogrammet  
med inriktning mot psykiatrisk  
vård/OM5380,

15 högskolepoäng/

Examensarbete i omvårdnad med  
inriktning mot psykiatrisk vård  
VT 2014

OMFATTNING

15 högskolepoäng

HANDLEDARE

Lilas Ali

EXAMINATOR

Linda Berg

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

|  |  |
|--|--|
| Titel (svensk):                          | Det främsta arbetsredskapet – Sjuksköterskans erfarenheter av det vårdande samtalet med patienter inom psykiatrisk öppenvård               |
| Titel (engelsk):                         | The foremost instrument – Nurses' experiences of the caring conversation with patients in psychiatric open care unit                       |
| Arbetets art:                            | Självständigt arbete   |
| Program/kurs/kurskod/<br>kursbeteckning: | Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård/Examensarbete i omvårdnad med inriktning mot psykiatrisk vård/OM5380 |
| Arbetets omfattning:                     | 15 Högskolepoäng   |
| Sidantal:                                | 36 sidor   |
| Författare:                              | Fereshteh Hosseini och Evelina Kostamis  |
| Handledare:                              | Lilas Ali  |
| Examinator:                              | Linda Berg   |

## SAMMANFATTNING

**Introduktion:** Samtalet utgör en av de främsta delarna av omvårdnadsprocessen inom psykiatrisk vård. Kunskapsområdet beskrivs utifrån teoretiska begrepp som ligger till grund för förståelse av studien; sjuksköterskans roll inom psykiatrisk vård, kommunikation och vårdande relation samt teorierna om det vårdande samtalet och personcentrerad vård. Forskning kring det vårdande samtalet som teori samt hur det erfars av patienter fanns, dock ej forskning ur sjuksköterskans perspektiv.

**Syfte:** Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av det vårdande samtalet med patienter inom psykiatrisk öppenvård.

**Metod:** Kvalitativa forskningsintervjuer genomfördes med sex sjuksköterskor verksamma inom psykiatrisk öppenvård inom Västra Götalandsregionen. Intervjuerna bandinspelades och transkriberades för att sedan analyseras enligt Graneheim och Lundmans (2004) metod för kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Genom analysen kunde författarna urskilja fyra kategorier med tillhörande subkategorier: Det vårdande samtalet, Vårdplanens betydelse, Begränsningar samt Vårda utifrån berättelsen.

**Diskussion:** En osäkerhet kring vad vårdande samtal är och vad det skall innehålla skapar osäkerhet i sjuksköterskans arbete. Det finns därmed behov av utbildning för den enskilda sjuksköterskan samt av vidare forskning för att erhålla evidens för samtalets betydelse i vårdarbetet. Paralleller kunde dras mellan sjuksköterskornas erfarenheter av samtalet och teorierna om det vårdande samtalet och personcentrerad vård. Erfarenheten var av betydelse för att sjuksköterskor skulle känna sig trygga i samtalsarbetet. Att inte kunna tillgodose patientens behov ansågs vara en begränsning och kan skapa en känsla av otillräcklighet.Handledning är ett förslag på att dela erfarenhetsmässig kunskap och upplevda begränsningar sjuksköterskor emellan.

Vårdplanen var ett av få underlag som sjuksköterskorna ansåg fanns för att ge struktur åt samtalet. Vårdande komponenter kunde urskiljas i hur sjuksköterskorna beskrev det att vårda utifrån patientens berättelse. Sjuksköterskans förmåga till att lyssna och att skapa rum för ett kunskapsutbyte mellan sjuksköterska och patient framhålls framstående inom psykiatrisk vård.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** The conversation is one of the main components of the nursing process in psychiatric care. The preunderstanding on this research field is described based on theoretical concepts that together form the basis for understanding the study; nurse's role in psychiatric care, communication and caring relationship, as well as theories of the caring conversation and person-centered care. Research on the caring conversation as a theory and how it is experienced by patients existed, however, no research from the nurse's perspective was found.

**Aim:** The aim of the study was to describe nurses' experiences of the caring conversation with patients in psychiatric open care units.

**Method:** Qualitative research interviews were conducted with six nurses working in outpatient psychiatric care in the west region in Sweden. The interviews were recorded, transcribed and then analyzed according to the qualitative content analysis as described by Graneheim and Lundman (2004).

**Results:** Four categories with related subcategories were distinguished throughout the analysis: The caring conversation, The importance of the care plan, Limitations and Caring based on the patients narrative.

**Discussion:** An uncertainty about what caring conversation is and what it should contain creates uncertainty in the nurse's work. This results in a need for training for the individual nurse and the further research to obtain evidence for the importance of conversation in caring work. Parallels could be drawn between the nurses' experiences of the conversation and the theory of the caring conversation and patient centered care. The experience was of importance for the nurses to create a feeling of confidence in the conversation related work. Not being able to meet the patient's needs was seen as a limitation and can create a feeling of inadequacy. Group supervision can be one way for nurses to share experience and express perceived limitations.

The care plan was one of the few foundations that the nurse thought, gave structure to the conversation. Nourishing components were evident in how the nurses described the nurturing of the patient's narration. The nurse's ability to listen and to create space for an exchange of knowledge between him/her and the patient highlights prominent in psychiatric care

## **Keywords**

Psychiatric nursing, nurse's experiences, communication, caring conversation, person centred nursing, nurse-patient relation

## **FÖRORD**

Vi vill först och främst rikta ett stort tack till varandra för visad ömsesidig respekt och uthållighet, trots en hel del yttre motgångar, under processens gång. Ett stort tack till vår handledare Lilas Ali som hjälpt oss att hålla modet, hoppet och styrfarten uppe och som givit oss konstruktiv kritik. Slutligen riktas ett tack till Erik Hjert som varit praktisk och teknisk stöttepelare under hela arbetets gång.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|   | Sid |
|---|-----|
| <b>INTRODUKTION</b>   | 1   |
| <b>INLEDNING</b>  | 1   |
| <b>BAKGRUND</b>   | 1   |
| Sjuksköterskans roll – ansvar, förhållningssätt och bemötande | 1   |
| Personcentrerad vård  | 2   |
| Vårdande relation   | 3   |
| Kommunikation   | 4   |
| Vårdande samtal   | 5   |
| Tidigare forskning  | 6   |
| Problemformulering  | 7   |
| <b>SYFTE</b>  | 7   |
| Forskningsfrågor  | 7   |
| <b>METOD</b>  | 7   |
| <b>URVAL</b>  | 8   |
| <b>DATAINSAMLING</b>  | 8   |
| <b>DATAANALYS</b>   | 9   |
| <b>FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN</b>                          | 10  |
| <b>RESULTAT</b>   | 11  |
| <b>DET VÅRDANDE SAMTALET</b>                                  | 12  |
| Osäkerhet i arbetet   | 12  |
| Bistå till förändring   | 13  |
| Samtala utifrån profession                                    | 13  |
| Bedömning   | 15  |
| <b>VÅRDPLANENS BETYDELSE</b>                                  | 15  |
| Struktur  | 15  |
| Patientanpassade mål  | 16  |
| <b>BEGRÄNSNINGAR</b>  | 17  |
| Erfarenhetens betydelse                                       | 17  |
| Inte kunna tillgodose patientens behov                        | 17  |
| <b>VÅRDA UTIFRÅN BERÄTTELSEN</b>                              | 18  |
| Förtroendefull relation                                       | 18  |
| Lyssna  | 19  |
| Bekräfta patientens upplevelse                                | 20  |
| Inge hopp   | 21  |
| Pedagogikens betydelse  | 22  |
| Främja hälsa  | 22  |
| <b>DISKUSSION</b>   | 23  |
| <b>METODDISKUSSION</b>  | 23  |
| <b>RESULTATDISKUSSION</b>                                     | 25  |

|                                       |           |
|---------------------------------------|-----------|
| <b>Slutsats</b>                       | <b>31</b> |
| <b>REFERENSER</b>                     | <b>32</b> |
| <b>BILAGOR</b>                        |           |
| <b>1 Forskningspersonsinformation</b> |           |
| <b>2 Samtyckesformulär</b>            |           |
| <b>3 Intervjufrågor</b>               |           |

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Intresset för vårdande samtal väcktes hos författarna i samband med utbildningen till specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård. Möjlighet att studera ämnet kom i samband med uppgiften att skriva en magisteruppsats. Författarna är verksamma inom psykiatrisk vård, både slutenvård och öppenvård, och har själva upplevt hur viktigt samtalet är i mötet med patienten. Det utgör en av de främsta delarna av omvårdnadsprocessen och kan vara både stimulerande och svårt att arbeta med. Det fanns ett vidare intresse att fördjupa sig i ämnet och se hur fenomenet beskrevs av sjuksköterskor som arbetade med detta som främsta redskap dagligen. Författarna såg en möjlighet att få en ny och utökad förståelse för samtalet. Studien kan i sin tur förhoppningsvis komma att bidra med en del av utvecklingen av psykiatrisk omvårdnad och öka förståelsen för det arbete sjuksköterskan inom psykiatrisk vård utför.

## BAKGRUND

### **Sjuksköterskans roll – ansvar, förhållningssätt och bemötande**

I kompetensbeskrivningen för specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård (Psykiatriska Riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008) går det att läsa att omvårdnad är en vetenskaplig teoribildning, vilken består av två delar; uppgiften som utförs samt relationen inom vilken den utförs. Dessa två är beroende av varandra och alltid samtidigt närvarande. Omvårdnaden ställer alltid krav på en relation eller ett samspel av något slag. Relationer skapas och bibehålls genom samspel och kommunikation. Sjuksköterskan inom psykiatrisk vård skall se patient och närstående utifrån deras aktuella livssituation och behov och utforma omvårdnad därefter. Arbetet handlar vidare om att ha en helhetssyn, lindra lidande och framförallt att utifrån ett etiskt perspektiv och förhållningssätt arbeta hälsofrämjande och tillvarata patientens resurser. Vad avser bemötande och information skall hänsyn, i mötet med patienten, tas till patientens aktuella hälsotillstånd samt att patienten och dennes nätverk ska involveras (a.a).

Wiklund Gustin, Rydenlund och Kulzer (2010) menar att arbetet som specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård ställer krav på sjuksköterskans personliga och professionella kompetens. Sjuksköterskan behöver som person besitta självaktning och autonomi för att kunna bära det

etiska ansvaret som innebär att kunna bortse från egna behov av uppskattning och bekräftelse för att istället kunna svara an på patientens och situationens behov. Det handlar även om att vara närvarande som människa, men också om att se på den egna professionen som autonom. Personlig kunskap framhålls också som viktig av Wiklund Gustin et. al (2010). Den personliga kunskapen handlar om självkännedom, självreflektion samt en öppenhet inför sig själv och andra som förutsättning för att stanna upp, se över värderingar och för att bibehålla patientens perspektiv som det centrala (a.a).

### **Personcentrerad vård**

Att använda sig av begreppet person istället för patient är framstående inom personcentrerad vård. Här betraktas personen som autonom och självbestämmande, och i samspel med andra sker en utveckling av personen. Till skillnad från patientbegreppet, ses här personen utifrån sin aktuella livssituation och inte utifrån sjukdom eller diagnos (Ekman & Norberg, 2013, Kristensson Ugglå, 2014). Patientbegreppet beskrivs till skillnad från personbegreppet, av Hedman (2014), som något som signalerar underläge och där patienten endast identifieras genom sin sjukdom.

McCormack och McCance (2010) beskriver den personcentrerade vårdens ramverk utifrån fyra bärande delar:

1. Förutsättningar utifrån sjuksköterskans profession, exempelvis förmåga att kommunicera och fatta beslut. Men även att ta ståndpunkt för sina värderingar och besitta självkännedom och kunna reflektera över sin yrkesroll.
2. Vårdmiljön, vilken inte enbart innefattar den fysiska miljön utan även sammansättning av vårdteamet, strukturer, ledarskap och organisationer. Det vill säga den miljö som behövs för att skapa förutsättningar för sjuksköterskan att arbeta personcentrerat.
3. Personcentrerat fokus i mötet och arbetet med patienten, exempelvis genom gemensamt beslutsfattande och att arbeta i partnerskap med patienten.
4. Målen med den personcentrerade vården, exempelvis mätbara resultat som att patienten känner sig nöjd och delaktig i sin vård.

Grundstenarna i personcentrerad vård är berättelsen, partnerskapet och dokumentationen (Ekman & Norberg, 2013). Berättelsen skapar förutsättning för personcentrerad vård där personen får berätta om sin livssituation och förutsättningar, och där sjukdom eller diagnos inte anses centralt men hur ohälsan med sina symtom, exempelvis ångest, påverkar vardagen. Det



gäller också att lyssna till patientens berättelse och skaffa sig kunskap om hens resurser och viljor. Berättelsen lägger grunden för det delade beslutsfattande som är signifikant för partnerskapet mellan patienten som person och vårdaren. I partnerskapet sker ett utbyte mellan parterna och där en gemensam förståelse för patientens situation växer fram. Genom partnerskapet sker en överenskommelse som innebär att vårdaren och patienten tillsammans gör en individuell vårdplan. Vårdplanen kan ses som ett kontrakt mellan vårdare och patient där en helhetsbild av patientens hälsotillstånd bör framkomma. Vårdplanen skall dokumenteras för att den personcentrerade vården skall säkerställas (Ekman & Norberg, 2013, Kristensson Ugglå, 2014).

### **Vårdande relation**

Den vårdande relationen beskrivs av Dahlberg och Segesten (2010) som en mellanmännisklig kontakt mellan sjuksköterska och patient. Skillnaden mellan den vårdande relationen i och utanför vårdkontext är att den inom vårdkontext innehåller ett professionellt engagemang där vårdaren fokuserar på patientens behov, hälsa och välbefinnande och inte förväntar sig få egna behov tillgodosedda. Det professionella vårdandet präglas också av en reflekterande hållning till det som händer i vårdrelationen och i vårdandet, det vill säga att sjuksköterskan förhåller sig öppen och funderar över det som sker i samspel med patienten. Vårdrelationen saknar den ömsesidighet och jämvikt som finns i andra mellanmänniskliga relationer, exempelvis vänskapsrelationer. Vårdaren ansvarar här för interaktionen och dess utveckling, även om båda parter måste vara aktiva. I den vårdande relationen är beröringen viktig, ur denna kan patientens berättelse utifrån livsvärlden växa fram. Vårdaren skall visa sig öppen och följsam inför patientens livsvärld. Om vårdaren har bråttom eller är oengagerad kan det påverka patientens välbefinnande negativt (a.a).

Relationen beskrivs också som något bärande inom personcentrerad vård av McCormack och McCance (2010). Här har relationen en central betydelse både mellan sjuksköterska och patient och patientens närstående, men även mellan de som skall vårda patienten. Relationen bör präglas av ömsesidigt förtroende och förståelse samt att ett kunskapsutbyte sker. Ekman (2014) beskriver relationen som ett partnerskap där sjuksköterskan och patienten är i en asymmetrisk ömsesidighet. Ömsesidigheten i partnerskapet kan aldrig vara helt jämn inom hälso- och sjukvården. Patienten bär kunskap om den levda erfarenheten av att leva med sjukdomen, men

står i behov av vård och ytterligare kunskap om behandling. Sjuksköterskan skall ge vård och besitter större kunskap vad avser exempelvis symtomlindring och behandling (a.a).

### **Kommunikation**

Svenska Akademiens (2013) definition av kommunikation är: ”förbindelse, samfärdsel, kontakt mellan människor samt överföring av information”. Fossum (2013) menar att kommunikation inom vården är nödvändig för att överleva, samarbeta och tillfredsställa personliga behov. Kommunikation handlar både om verbalt uttryck och om kroppsspråk. Men även det som inte sägs, utan bara läses mellan raderna i mötet, exempelvis känslor och uppfattningar inför den andre. Samtal är ett synonymt begrepp till kommunikation, menar Fossum (2013). Bemötande däremot handlar bland annat om hur samtal genomförs och utförs. Men det handlar också om hur patienten tas emot; om kroppsspråk, hur vårdpersonal hälsar, tittar i ögonen samt sitter still eller står. Att vara artig, ärlig och hjälpsam utgör basen för ett gott och respektfullt bemötande. Ett gott bemötande skapar trygghet hos patienten (a.a).

Wiklund Gustin (2012) menar att kommunikation inte är ett direkt vårdvetenskapligt begrepp, utan förekommer i många olika sammanhang. Begreppet kommunikation är dock avgörande för förståelsen av vårdande samtal, menar Wiklund Gustin (2012). Detta för att det lidande man talar kring i det vårdande samtalet kan begränsa patientens förmåga till kommunikation. Sjuksköterskan måste beakta hur lidandet påverkar samtalet och kommunikationen (a.a). Även Saldert (2014) menar att samtalet och kommunikationen mellan vårdare och patient är ett samspel. Vårdaren behöver ta i beaktning om det finns svårigheter hos patienten som gör att sättet att kommunicera behöver anpassas (a.a).

Studien av Rask och Levander (2001) visar att för sjuksköterskor inom rättspsykiatrisk vård är verbal kommunikation det viktigaste instrumentet i vårdprocessen (a.a). En god kommunikation mellan sjuksköterska och patient ger möjligheten till patientcentrerad vård samt att möta upplevda individuella behov. Tidsbrist och rutinmässiga uppgifter är faktorer som sjuksköterskor kan uppleva står i vägen för att kunna kommunicera med patienter. Kommunikation kan rent av bortprioriteras av sjuksköterskor på grund tidsbrist. Det är viktigt att sjuksköterskan är medveten om att även korta stunder av kommunikation, som kan bestå av småprat med patienter, kan ha positiva effekter på både sjuksköterskan och patienten och utgör en del i att skapa en relation mellan dem (Chan, Jones, Fung & Wu, 2012).

## **Vårdande samtal**

I Fredrikssons (2003) avhandling om det vårdande samtalet presenteras en teori kring hur ett vårdande samtal kan tolkas utifrån tre aspekter; relationen mellan vårdare och patient där patienten är huvudpersonen och där närvaro, lyssnande och beröring är framstående. Lyssnandet är något annat än att höra. Det handlar om att lyssna precis till det patienten säger, vilket kräver en medveten ansträngning att söka mening och förståelse. Lyssna kan vara ett första steg för att etablera kontakt med patienten, eller för att komma in i patientens livsvärld. Att inte bara lyssna utan ta in vad patienten säger, omfattar också tolkningen och förståelsen av vad som sägs, samt att bekräfta att man förstår patientens berättelse. Det handlar också om att såväl vårdare som patient måste lyssna till både sig själv och den andre. Beröringen har både en fysisk och en känslomässig dimension och ligger till grund för att skapa relation. Den andra aspekten är att det vårdande samtalet ger utrymme för patientens berättelse om lidandet, och lidandeberättelsen bör utgöra en röd tråd i samtalet. Tredje är den etiska aspekten där relationen mellan patient och vårdare beskrivs som asymmetrisk. Patienten är då lidande och vårdaren medlidande, men där finns en ömsesidig respekt (a.a).

Enligt Dahlberg och Segesten (2010) har det vårdande samtalet sin grund i det allmänmänskliga samtalet. Inom den psykiatriska vården utgör det vårdande samtalet en betydande del av vårdandet där samtalet skall stärka och stödja till hälsa och välbefinnande. Skillnaden är dock att det vårdande samtalet, till skillnad från det vardagliga samtalet, ligger på vårdarens ansvar även om båda parter bidrar till hur samtalet formas. Vidare finns det faktorer som försvårar att samtalet blir just vårdande, exempelvis i samtal som är styrda av rutiner. Detta kan ses vid vårdplaneringar, och risken finns då att patientens behov inte ses. Ett annat problem kan vara användandet av ett medicinskt fackspråk eller ett värderande oreflekterat språk, där sjuksköterskan inte tänker sig för och använder ett alltför alldagligt språk eller ger uttryck för privata åsikter.

Det vårdande samtalet präglas av öppenhet och följsamhet inför patientens livsvärld. Det finns ingen mall eller modell för vårdande samtal. Att ta sig tid, lyssna och ha ögonkontakt gör att patienten känner sig sedd. Att hälsa är grundläggande för att patienten ska känna sig sedd. Att ställa öppna frågor är att föredra för att nå det unika för varje patients livsvärld.Handledning framhålls som en viktig del i att lägga grunden till vårdande relationer, även i svårare sammanhang (a.a).

## **Tidigare forskning**

Litteratursökningar genomfördes för att få en bild av aktuellt forskningsområde. Vid litteratursökning gjordes sökningar i databaserna Scopus, PubMed och Cinahl fanns forskning kring teorin om det vårdande samtalet (Fredriksson, 1999, 2003, Fredriksson & Lindström 2002, Fredriksson & Eriksson 2001), vilken ses beskriven ovan. Patienters upplevelse av vad som kan uppfattas vårdande i det vårdande samtalet av patienter inom rättspsykiatrisk vård har undersökt av Rydenlund (2012). Resultatet i avhandlingen visar att grunden för det vårdande samtalet utgörs av den caritativa tonen samt den etiska riktningen. Vidare beskriver författaren att genom samtal skapas en vårdande gemenskap där patientens lidande lindras och en förståelse för patientens livssituation bildas. Detta kan ses som ett slags utforskande där patienten och vårdaren möter varandra och skapar en ny förståelse av varandras livsvärld (a.a).

Mårtenson, Noring och Pedersen (2012) undersökte patienter med förstämningssjukdoms upplevelse av det vårdande samtalet inom psykiatrisk öppenvård. Här framhålls patienters upplevelse av hur sjuksköterskans engagemang bejaktar livsvärlden, att samtalet är ett rum för lugn och acceptans i en annars kaosartad tillvaro, att lidandet synliggörs och att stöttning erhålls i att ändra tankesätt och öka förståelse för sin sjukdom (a.a) Dock fann författarna inga studier gjorda utifrån sjuksköterskans perspektiv och hennes upplevelse av det vårdande samtalet inom psykiatrisk vård. Forskning fanns på områden vilka berörde sjuksköterskors upplevelse av vårdandet och vården (Berg & Hallberg, 2000, Wadell & Skärsäter, 2007) och relationen mellan patient och sjuksköterska (Pieranunzi, 1997, O'Brien, 2000) inom psykiatrisk vårdkontext.

Dock fann författarna en studie gjord av Brataas, Thorsnes och Hargie (2009) om sjuksköterskors berättelser efter att ha samtalat med cancerpatienter, alltså upplevelser av samtalen. Samtalen beskrivs delvis i termer av ett svårt jobb där balans i samtalen mellan att lämna information och att samtala om känslor och upplevelser som patienten eventuellt vill dela skall hanteras. En primär roll i samtalen var att finnas som samtalspartner och att ge personcentrerad hjälp, exempelvis vad det innebär att leva med en cancerdiagnos. Sjuksköterskorna stöttade patienter i känslomässiga och existentiella bekymmer, och ansåg det vara ett viktigt uppdrag. Studien visar också att den etiska aspekten av vårdandet var central i sjuksköterskornas upplevelser. Detta yttrade sig dock på två olika sätt; uppgiftscentrerat vårdande eller personcentrerat vårdande (a.a).

## **Problemformulering**

Den psykiatriska omvårdnadens mål är att främja hälsa, lindra lidande samt förebygga och åtgärda ohälsa. Kommunikation är en viktig del i det hälsofrämjande arbetet med patienter och sjuksköterskans förmåga till god kommunikation har en stor roll i att lindra lidande för patient och närstående. Det vårdande samtalet är ett av de främsta och mest bärande vårdaktiviteterna inom psykiatrisk omvårdnad för sjuksköterskan att använda sig av. Det är därav av vikt att erhålla kunskap om hur sjuksköterskor inom psykiatrisk vård erfar det att använda sig av detta verktyg för att utveckla möjligheten till att ge evidensbaserad omvårdnad.

## **SYFTE**

Syftet var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av det vårdande samtalet med patienter inom psykiatrisk öppenvård.

## **FORSKNINGSFRÅGOR**

När uppfattas ett samtal vårdande?

Vad innehåller ett vårdande samtal?

Vad är skillnaden på ett vardagligt mellanmännskligt samtal och ett vårdande samtal?

## **METOD**

En kvalitativ forskningsdesign och metod användes för att genomföra studien. Henricson och Billhult (2012) menar att kvalitativ design är användbar när forskaren avser finna kunskap om hur ett fenomen upplevs av människor och där forskaren använder sig själv som redskap i forskningen, exempelvis genom kvalitativ forskningsintervju. Detta innebär att studieresultatet inte kan ses som oberoende av författaren. Författaren skall vara flexibel samt följsam mot deltagarna, miljö och eventuellt de förändringar som kan uppkomma under datainsamlingen (a.a). Insamlat material kom att analyseras enligt kvalitativ innehållsanalys som den beskrivs av Graneheim och Lundman (2004).

Danielson (2012) skriver att innehållsanalys kan göras såväl kvalitativt som kvantitativt. Den kvalitativa innehållsanalysens ansats har sitt ursprung från hermeneutiken, och som teknik används den för att analysera texter inom flera olika kvalitativa metoder. Kvalitativ innehållsanalys är en bra metod för att lära sig hur textdata kan läsas, struktureras och

beskrivas. Beroende på hur djupt en text analyseras och tolkas så finns där oklarheter mellan olika typer av kvalitativa innehållsanalyser, de angränsar helt enkelt till varandra (a.a).

## **URVAL**

Studien genomfördes inom psykiatrisk öppenvård inom Västra Götalandsregionen, främst Göteborg och Borås, genom sex intervjuer med sjuksköterskor som var verksamma inom detta område. Författarna kontaktade mottagningar som arbetade med vuxna över 18 år. Sjuksköterskorna som deltog var både män och kvinnor i olika åldrar som hade varierande längd av arbetslivserfarenhet. Enligt Henricson (2013) ska författarna, i studier som baseras på upplevelser och livsberättelser, eftersträva variation i urvalsprocessen gällande ålder, arbetslivserfarenheter, livserfarenheter och kön. Detta för att studien skall återge en bredare variation av det undersökta fenomenet. I kvalitativa studier är det väsentligt att hitta ett fåtal personer med olika livs- och arbetslivserfarenheter som kan bidra med rika beskrivningar av fenomenet än ett stort antal personer som inte har samma rika erfarenheter (a.a).

Författarna kontaktade, via mail, cirka 25 enhetschefer för olika öppenvårdsmottagningar inom Västra Götalandsregionen, framförallt i och kring Göteborg och Borås, för att erhålla tillstånd att genomföra studien. Information om studien och information om deltagande i studien bifogades. Enhetscheferna efterfrågade därefter i respektive arbetsgrupp om det fanns intresse bland sjuksköterskor att delta i studien. Författarna ringde också enhetscheferna en vecka efter att information skickats ut. Därefter erhöles svar från sex sjuksköterskor från fyra olika mottagningar som ville delta. Fyra män och två kvinnor i åldrarna 27-56 år med varierande längd av arbetslivserfarenhet inom psykiatrisk vård, från 3-31 år. Dessa sjuksköterskor arbetade med patienter med specifik psykiatrisk diagnos såsom bipolär sjukdom, psykossjukdom, personlighetsstörning eller en allmänpsykiatrisk mottagning. Sjuksköterskorna som önskade delta erhöles skriftlig och muntlig information om studien och tid bokades för intervju. Samtyckesformulär (Bilaga 2) skrevs under, av både författare och deltagande sjuksköterska, i samband med intervjutillfället.

## **DATAINSAMLING**

Följande beskrivs intervjuer genomförda december 2013. Varje intervju genomfördes av en av författarna tillsammans med en sjuksköterska. Intervjuerna bandinspelades och tog cirka 30 minuter i anspelet. De genomfördes på respektive sjuksköterskas arbetsplats under arbetstid,

detta för att värna om deras anonymitet och konfidentialitet. Intervjuerna genomfördes med ett fåtal förbestämda öppna frågor som sjuksköterskan fick besvara fritt. Följdfrågor ställdes, exempelvis "beskriv mer" och "hur tänkte du?", och vid intervjuens slut tillfrågades sjuksköterskan om hen ville lägga till eller dra ifrån något. Innan intervjuerna påbörjades togs information in om sjuksköterskans ålder, arbetslivserfarenhet, utbildningar, arbetsplats samt vilken patientkategori de främst arbetade med.

## **DATAANALYS**

Graneheim och Lundman (2004) beskriver hur innehållsanalysen består av olika delar: Analysenhet innebär exempelvis den text som utgör svaren på intervjufrågorna. En meningsenhet är ett antal ord som har en gemensam innebörd. Meningsenheter kondenseras genom att kortas ner och därefter kodas. En kod kan ses som en etikett som ger texten en abstraherad nivå. Flera koder utger sedan en grupp, vilken kallas kategori. Slutligen kan ett så kallat tema binda samman flera kategorier, där en röd tråd ses. Själva dataanalysen kan göras induktivt eller deduktivt, där man induktivt utgår från innehållet i texten och deduktivt utifrån en bestämd teori eller modell. Att analysera intervjumaterial med hjälp av kvalitativ innehållsanalys görs rimligen med hjälp av en tabell i datorn där meningsenheter, koder och subkategorier förs in. Kategorier formas på en beskrivande nivå (a.a).

Analysen genomfördes enligt Graneheims och Lundmans (2004) beskrivning av kvalitativ innehållsanalys. De bandinspelade intervjuerna, de så kallade analysenheterna (Graneheim & Lundman, 2004), som transkriberades lästes flertalet gånger igenom av författarna för att få en uppfattning om innehållet. Därefter analyserades texterna och var och en av författarna plockade ut meningsbärande enheter ur texterna, vilka motsvarade syftet. Tillsammans sammanställdes sedan båda författarnas utvalda meningsbärande enheter för att jämföra likheter och olikheter samt sammanställa dem och överse att de besvarade syftet. De meningsbärande enheterna sattes in i tabeller, varje intervjus meningsbärande enheter för sig, och författarna kondenserade därefter tillsammans enheterna. Därefter sattes olika beskrivande koder på varje kondenserad meningsenhet. Koderna färgglades utifrån gemensamma likheter för att sedan ses över och kunna buntas ihop till subkategorier och kategorier. Exempel ur analysprocessen kan ses i Tabell 1.

Tabell 1.

| <b>Meningsbärande enhet</b>  | <b>Kondenserad meningsbärande enhet</b>   | <b>Kod</b>   | <b>Subkategori</b>             | <b>Kategori</b>                  |
|--|---|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Så att alla omvårdnadshandlingar behöver inte ha något mätbart resultat för oss eller för dem så att de ska inte blir mer sjuka. Utan det är mer liksom resultat hos patienten, att den känner sig bekräftad och sedd. Det behöver inte förebygga depression eller så, det är en annan form av omvårdnadsåtgärd.                                 | Alla omvårdnadshandlingar ger inte mätbara resultat eller förhindrande av sjukdom. Ibland kan det handla om att patienten skall känna sig sedd och bekräftad.               | Att i samtal se och bekräfta patienten trots avsaknad av mätbara mål | Bekräfta patientens upplevelse | <b>Vårda utifrån berättelsen</b> |
| Och här i öppenvården är det ju mer.. (tvekande)... Alltså vårda, jag skulle mer kalla det behandlingssamtal för man har väl alltid liksom en en, förhoppningsvis en vårdplan och utgå ifrån, men också att man har ett behandlingstänk i det.. eh..så att man har en plan som man arbetar efter, och sen så tar man akuta saker som dom kommer. | Jag skulle vilja kalla det för behandlingssamtal i öppenvården, då man har en vårdplan att utgå ifrån och därmed ett behandlingstänk. Utöver planen får man ta akuta saker. | Att utgå från vårdplan och ha ett behandlingstänk i samtal           | Struktur                       | <b>Vårdplanens betydelse</b>     |

## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Studien genomfördes enligt riktlinjer från Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och Hälsa (2012). Kjellström (2012) skriver att forskningsetik finns för att värna om alla former av liv samt för att försvara människors värde och rättigheter. Forskningsetik innebär de etiska överväganden som görs innan och under genomförandet av ett vetenskapligt arbete, det vill säga att det inte endast handlar om att etiskt pröva och få ett forskningsprojekt godkänt utan även att etisk reflektion och ställning tas under hela arbetets



gång (a.a). Sedan 2004 finns etikprövningslagen, vilken syftar till att reglera etikprövning av den forskning som görs på människor (Centrala etikprövningsnämnden, 2013).

Etikprövningsnämnden (2014) menar att studentarbeten som utförs på grundläggande eller avancerad utbildningsnivå, på högskola eller universitet, inte anses som forskning enligt etikprövningslagen. Dessa arbeten behöver därför inte genomgå någon etikprövning av den regionala etikprövningsnämnden. Däremot behöver även dessa arbeten fortfarande genomföras med etisk säkerhet och trygghet, och detta ansvar åligger den institution som anordnar utbildningen (a.a).

De sjuksköterskor som deltog i studien fick både muntlig och skriftlig information om studien och vad deltagandet innebar (Bilaga 1). Ett samtyckesformulär (Bilaga 2) skrevs under av både deltagare och författare i samband med intervjutillfället. Deltagarna hade rätt att avbryta sitt deltagande i studien när de ville utan att ange skäl. För att värna om deltagarnas integritet och konfidentialitet genomfördes intervjuerna på arbetstid på respektives arbetsplats. Intervjumaterialet förvarades så att inga obehöriga kunde ta del av det. Deltagarnas identitet avidentifierades.

## RESULTAT

Resultatet kommer att presenteras i fyra kategorier med tillhörande subkategorier. Dessa tillsammans beskriver olika aspekter av sjuksköterskans erfarenheter av det vårdande samtalet med patienter inom psykiatrisk öppenvård. Citat från sjuksköterskorna används för att åskådliggöra fynden. En tabell över kategorierna och dess subkategorier presenteras nedan. Därefter följer resultatet.

Tabell 2.

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <b>Det vårdande samtalet</b> | Osäkerhet i arbete<br>Bistå till förändring<br>Samtala utifrån profession<br>Bedömning |
|------------------------------|--|

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <b>Vårdplanens betydelse</b>     | Struktur<br>Patientanpassade mål   |
| <b>Begränsningar</b>             | Erfarenhetens betydelse<br>Inte kunna tillgodose patientens behov  |
| <b>Vårda utifrån berättelsen</b> | Förtroendefull relation<br>Lyssna<br>Bekräfta patientens upplevelse<br>Inge hopp<br>Pedagogikens betydelse<br>Främja hälsa |

## DET VÅRDANDE SAMTALET

### Osäkerhet i arbetet

*”Det är ju, som sagt, en väldigt svår fråga och svårdefinierbart det här med vårdande samtal, precis som omvårdnad i sig är ett oerhört svårt begrepp att definiera. Vad innebär omvårdnad till exempel? Man kan säkert få lika många svar som man frågar folk.”*

Samtalet beskrevs som det största arbetsredskapet sjuksköterskorna hade i patientmötet. En framträdande uppfattning hos sjuksköterskorna var osäkerheten kring vad vårdande samtal innebar. Begreppet beskrevs som vitt, svårdefinierbart och kunna innehålla en rad olika aspekter. Vad som gjorde samtalet vårdande ansåg sig sjuksköterskorna sakna teoretisk kunskap om. De menade också att det fanns en saknad av utbildning i vårdande samtal och behov av att lära mer. Det uttrycktes därtill en avsaknad av riktlinjer och ramverk för vårdande samtal att rätta sig efter.

Begreppet vårdande samtal ansågs vitt och svårt att greppa. Detta gjorde att olika sjuksköterskor tolkade samtalet som arbetsuppgift olika. På samma arbetsplats kunde det finnas flertalet uppfattningar hos olika sjuksköterskor om vad man ska samtala med patienter om och vad som bör erbjudas i samtal. Detta var beroende av vilka erfarenheter sjuksköterskan hade med sig och ledde till att samtalen antingen kunde nå en mer medicinsk riktning eller rent stödjande. Osäkerheten kring vad ett vårdande samtal innefattade gjorde det också oklart för

andra yrkeskategorier, till exempel läkargruppen, vad sjuksköterskans uppgift var och vad som förväntades av hen.

### **Bistå till förändring**

Utifrån författarnas frågeställning besvarade sjuksköterskorna frågan om vad som utmärker ett vårdande samtal och vad som skiljer ett vårdande samtal från ett mellanmänniskt samtal. Sjuksköterskorna beskrev då hur det vårdande samtalet skall ge patienten något och bidra till att patienten mår bättre. Det vårdande samtalet bör lämna avtryck och ha en djupare betydelse för patienten:

*”Det är jättesvårt och veta, men det jag tänker spontant nu, det är att man under tiden märker att samtalet ändrar på någonting. Alltså att det ger en annan upplevelse än personen hade när den kom. Det kan vara sånt som att någon är från början väldigt orolig sen blir lugnare eller någon som är väldigt upptagen av någonting helt plötslig kan liksom tänka och prata om någonting annat. Jag vet inte, men det känns som att det får bli någon skillnad på något sätt.”*

### **Samtala utifrån profession**

Sjuksköterskorna menade att det vårdande samtalet skiljde sig från det mellanmänniska då samtalet handlar om patientens ohälsa och utgår från diagnosen eller hälsosituationen och de problem som är kopplade till detta.

*”Ja, det är ju med ens kompetens man ska styra samtalet egentligen lite grann. Helst så ska man inleda samtalet med att ha ett fokus, till exempel det som sågs som ett problem sist. Att man kanske ska ha en problembeskrivning. Så att inte man kommer och bara sätter sig och ”jaha hur har det varit sen sist”, så blir anamnesupptagande och sen blir det allmänt prat bara, utan jag tycker faktiskt det är bra att ha en viss form av fokus på vad man ska prata kring och vad man behöver titta närmare på.”*

Det faktum att sjuksköterskan utförde samtalet inom ramen för sin profession ansågs också vara en av de faktorer som gjorde samtalet vårdande, det vill säga att det fanns en part som var utbildad inom omvårdnad som tog ansvar för samtalet. Alla samtal som utfördes i rollen som sjuksköterska ansågs vara vårdande i någon mån just på grund av att man befann sig i och utövade samtalet inom sin yrkesroll. Att patienten fick träffa och samtala med någon som

genom sin yrkesroll hade kunskap om deras problematik uppfattades som vårdande och gav trygghet.

*”Mellanmänniskt, man tänker liksom ”det bli bättre ska du se”, alltså sådant man säger kanske som granne eller till någon som man bara träffar utanför jobbet. Men skulle man säga så här så skulle man behöva på något sätt ha liksom belägg för att man säger det. Att man på något sätt kan visa att det vet man genom det och det, genom forskning eller någonting. Så att det är ju stor skillnad där. Men det finns också mycket av det mellanmänniska, tänker jag, i det vårdande liksom, men att det kommer in andra bitar också där då med, alltså yrkesetiska aspekter och så, som inte finns i, i det vardagliga kanske på samma sätt. Och sådant som man inte hade vetat om man inte hade valt just det yrket till exempel. De bitarna blir mer specifika för det man kallar det vårdande samtal i jobbet.”*

Dock framkom det att mellanmänniska komponenter kunde utgöra delar av det vårdande samtalet och att vårdande samtal i många avseenden påminde om och var sprunget ur det mellanmänniska samtalet. Det fanns därtill likheter som inte handlade om själva samtalet utan om icke verbala delar som bemötandet och atmosfären. Ytterligare en likhet som framkom var att både i mellanmänniska samtal och i vårdande samtal fanns komponenten att vilja sin medmänniska väl och hjälpa någon som lider, vilket innebar att även andra yrkeskategorier kan ha vårdande samtal. Skillnaden utgjordes dock återigen av att sjuksköterskan genom sin profession besitter kunskap och har verktyg för att medvetet hjälpa och lindra lidande.

Mellanmänniska komponenter i samtal kunde spela roll för patienter med stor ensamhetsproblematik. Ett kortare mellanmänniskt samtal kunde då utgöra det stöd som patienten tycktes behöva för att hålla sig stabil i sitt mående, och blir därmed vårdande. Det kunde då vara den trygghet som den regelbundna mellanmänniska kontakten innebar som bidrog till ett mer stabilt mående. Det mellanmänniska kunde på så vis ibland tolkas som vårdande i sig av sjuksköterskorna. Mellanmänniska faktorer som att småprata om väder och vind kunde användas som verktyg för att knyta kontakt, starta ett samtal och få patienten att känna sig mer avslappnad, men också för att ge patienten rum att för en stund tänka på något annat än sin ohälsa.

## **Bedömning**

Sjuksköterskorna beskrev hur de hade ett ansvar för bedömning av patienten i vårdande samtal. I själva samtalet sker en bedömning av patientens mående, tillstånd och uppträdande. Samtalets längd och innehåll anpassas efter den bedömning sjuksköterskan gör av patienten och dennes behov. Det åligger sjuksköterskans ansvar att göra en bedömning och vidta åtgärder, exempelvis bedöma självmordsrisk i samtal eller boka en tätare uppföljning om patienten är försämrad. Det framkom att det kan finnas svårigheter i att göra en bedömning av patientens mående om patienten är tvetydig eller försöker dölja sitt mående.

*”Och är de tysta och man vill avsluta efter fem minuter, så är det klart att då är de deprimerade och då gäller det verkligen att man som behandlare tar fram sina kunskaper om vad är det som är viktigt att få fram här; hur ser situationen ut hemma, har du duschat, vad gör du på dagarna, går du upp över huvudtaget, sover du hela tiden. Självmordstankar, alltid liksom ha en tanke kring det.”*

Det visade sig också att sjuksköterskan gör en bedömning kring huruvida hen eller mottagningen kan hjälpa patienten i ett specifikt problem, och var ärlig med detta gentemot patienten. Om sjuksköterskan bedömer att det inte ligger inom ramen för hens profession eller mottagningens ansvar så hänvisar sjuksköterskan patienten rätt.

Att visa omtanke för patientens situation och motivera sin bedömning var något som uppfattades kunna bidra till att patienten förlitade sig på kontakten och vågade dela med sig av sitt mående ytterligare. Sjuksköterskan motiverade sin bedömning genom att förklara för patienten hur hen tolkade eller bedömde patientens mående och varför vissa åtgärder vidtogs.

## **VÅRDPLANENS BETYDELSE**

### **Struktur**

I analysen framkom vikten av att ha en vårdplan att utgå från i vårdande samtal och som en bärande del i behandlingsarbetet som utförs. Vårdplanen bidrar till en struktur i samtalet och är bärande för att samtalet skall ha en röd tråd och klara teman om vad som skall behandlas i samtalet med patienten. Den struktur som vårdplanen bidrar med skapar, enligt sjuksköterskorna, trygghet och förutsägbarhet för patienten. Det vill säga att patienten vet vad hen kommer prata med sjuksköterskan om i samtalet och vad som kommer tas upp nästa gång.

Planen ger en fingervisning i arbetet, det vill säga för sjuksköterskan hur hen skall lägga upp samtalet och målen talar om var patienten är på väg. Planen och dess innehåll hjälper också till att göra samtalet vårdande så att det inte blir ett slentrianmässigt samtal om vad som helst.

*”Vi jobbar ju mycket med, ja, i integrerad psykiatri så ingår det ju mycket om att, med en personlig utvecklingsplan som patienten gör, att det ingår långsiktiga och kortsiktiga mål och hur man ska jobba får att nå dem och då vill man ju gärna återknyta till den och har det som en röd tråd. Sen kan ju olika saker dyka upp på olika teman, men just hur påverkar det här dina mål eller vad kan vi jobba med för att det ska bli lättare för dig att nå dit? Kan vi, behövs det utbildning eller någon form av träning. Men så mycket som möjligt ska ändå utgå från patienternas mål och deras egna. Det är ju mål som de själva sätter upp, det är ju inga. Det är inget som vi.”*

Sjuksköterskorna menade att man helst ska följa vårdplanens mål i samtalet för att ha en struktur, dock kunde akuta saker ibland komma emellan och behöva prioriteras. Det kunde ibland behövas rent stödjande samtal i stunden, men helst skulle även dessa kopplas an till målen.

### **Patientanpassade mål**

De mål som formuleras i vårdplanen, menade sjuksköterskorna, skall utgå från patientens förutsättningar, önskemål och där en holistisk syn på patienten är framträdande. Kravnivån skall därmed anpassas utifrån den enskilda patienten. De ska inte ställas för högt även om krav måste ställas för att målen skall uppnås och för att patienten skall nå en förändring i sitt mående eller sin situation. Det bör ske en dialog där sjuksköterskan inte tillrättavisar patienten. I samtalet skall sjuksköterskan hjälpa patienten att utforma långsiktiga och kortsiktiga mål. Målen bör brytas ned i delmål. Därefter skall sjuksköterskan finnas med och i samtal stötta patienten att nå målen.

*”Att de kan nå sina mål, hjälpa dem med det. Bryta ner mål i, ja, i mindre delar så att man kan känna att det finns en möjlighet att nå det man vill.”*

## **BEGRÄNSNINGAR**

### **Erfarenhetens betydelse**

*”Jag brukar känna det i magen på något sätt när det inte har varit ett bra samtal. Man känner att det här känns inte bra och det här, ja, slutade inte bra. Det är lite magkänsla ofta. Det är mer en känsla kanske än att man konkret kan säga att det här var ett bra vårdande samtal eller det här var ett icke vårdande. Men ja, man känner det. Jag vet inte om det är något som kommer med tiden eller om det är nåt man har med sig från början, men ändå att.”*

Sjuksköterskorna upplevde, i början av sin yrkesverksamma tid inom psykiatrisk vård, att det inte kändes naturligt att ha vårdande samtal med patienter. Det fanns då svårigheter att veta vad man som sjuksköterska skulle prata om, efterfråga i samtal och vad som skulle bedömas i patientens mående. Det framkom också upplevda svårigheter kring att veta hur öppen sjuksköterskan skulle vara i samtal gentemot patienten. Att sätta gränser för vad som tillhör sjuksköterskans profession och vad som skall diskuteras i samtal var också svårt att urskilja i början. Med tiden lärde sig sjuksköterskan att sätta gränser i samtal med patienten, men det tog lång tid att bli trygg i sin roll i psykiatrisk öppenvård.

*”Ja, det är väl att man har fått mer kunskap. Man vet vad man ska prata om i ett samtal. Man lär sig att bedöma. Man lär sig att se på en patient. Sen lär man känna patienterna givetvis. Men alltså. Man lär sig vad är det viktiga att fråga efter, vad är det viktiga att titta efter. När ska man avsluta ett samtal, hur avslutar man det.”*

### **Inte kunna tillgodose patientens behov**

Sjuksköterskorna framhöll att upplevelserna i samtalet är subjektiva. Det skiljer sig därför huruvida sjuksköterska och patient upplever samtalet vårdande, och ibland går åsikterna isär. Sjuksköterskornas avsikt var dock alltid att se till patientens bästa. Det ansågs viktigt att inte gå i försvar, utan motta och lyssna till patientens åsikter och inte gå till motangrepp om patienten framförde klagomål gentemot vården eller rent av var aggressiv. Det framkom också en känsla av att sjuksköterskan gör sitt bästa och försöker visa omtanke även om hen ibland hade svårt att känna empati när patientens beteende var aggressivt. En sjuksköterska beskrev det såhär:

*”Ibland så mår man själv jättedåligt av vissa samtal man har haft. För att det har blivit mycket känslor och agitation och ifrågasättande då kring mina avsikter*

*och då känner man ju sig inte så vårdande efteråt. Även om man har gjort sitt bästa för att det ska bli så bra som möjligt så kan det ändå kännas, nja, ganska misslyckat.”*

Sjuksköterskorna menade även att patienternas behov inte alltid kunde tillgodoses och det kan vara svårt att svara upp till förväntningar. Ibland kan patientens lidande vara såpass stort att sjuksköterskorna hade svårt att lindra lidandet i samtal. Patientens behov kunde då beskrivas som omätliga:

*”Att det finns på något sätt det man upplever ibland, att det finns alltid en, en begränsning liksom, vad det kan, hur långt det räcker eller vad man ska säga. Och man känner ibland också att man hamnar i någonting gränslöst, alltså där behovet är, alltså, där man aldrig kan, liksom, tillmötesgå eller tillfredsställa det behovet av att få prata som de kan ha. Sådana som, som helst skulle vilja prata hela tiden varje dag. Och att stoppa det, alltså det här gränssättandet som blir ibland svårt för en själv att, att gång på gång liksom. Aa, jag vet inte vad man ska kalla det för, men det kan ibland kännas ansträngande, faktiskt. När det finns liksom omätliga behov på något sätt som man ibland.”*

Att ha tillräckligt med tid för samtal samt tillräckliga resurser för att erbjuda det som förväntas, ansågs också vara en begränsning. Att som sjuksköterska ha ansvar för ett för stort antal patienter gjorde att det blev svårare att ha samtal i den utsträckning som patienten hade önskemål om eller behov av.

## **VÅRDA UTIFRÅN BERÄTTELSEN**

### **Förtroendefull relation**

Sjuksköterskorna menade att en ordentligt etablerad kontakt ökade chanserna för att patienten skulle höra av sig när de har behov av det. Detta krävde att sjuksköterskan ansträngde sig, framförallt i början av kontakten, för att relationen skulle bli bärande. Det handlade också om att ge patienten något som hen har nytta av och som gör att de vill fortsätta kontakten. Sjuksköterskorna framhöll vidare att det, inom öppenvården, gällde att skapa en långsiktig relation som skulle hålla över tid. Den långsiktiga relationen skapade förutsättningar för att



patienten skall känna förtroende och därigenom kunna öppna sig i samtal och känna trygghet med att kontakta sjuksköterskan vid försämrat mående.

*”Det låter väl lite klichéartat men det finns ju sådana här begrepp som brukar återkomma när man pratar om omvårdnad och vårdande. Om man tex tittar på Katie Erikson och nu går det ju inte och tillämpa det rätt av, men hon pratar ju bland annat om kärlek. Och det är ju kanske inte kärlek i ordets bemärkelse men man måste ju kunna förmedla att patienten, personen man träffar känner att man bryr sig om hur det går för dem. Att om man träffar en person som ska ge dig hjälp och vård så vill man ju känna att de bryr sig. Om man inte känner det så är det ju, så det, ja.”*

Att visa en genuin och ärlig omtanke om patienten i samtal menade sjuksköterskorna bidrog till att skapa den förtroendefulla relation som gjorde att patienten uppfattade kontakten värdefull. Den genuina omtanken handlade om att förmedla till patienten att man vill dennes bästa, att man bryr sig om patienten och vill att det ska bli bättre. En förtroendefull relation ansågs bidra till att patienten kände sig trygg och utbytet i samtalet underlättades, exempelvis för att patienten lättare skulle ta till sig av sjuksköterskans råd.

Att etablera en förtroendefull relation gjorde också att patienten vågade dela och lämna över sitt lidande till sjuksköterskan för hen att förvalta. Detta var ett sätt att lindra lidandet för patienten:

*”Sen kan det vara olika vad det är. Eller att känna själv att man har. Att det kan handla om också att man känner själv, att man har fått något förtroende till exempel att då, då finns det något vårdande i det. Att det liksom vilar hos mig. Att, ja, liksom en avlastning då, tänker jag eller.”*

### **Lyssna**

Att lyssna i samtal med patienten beskrevs ur flera perspektiv av sjuksköterskorna. En del av lyssnandet handlade om att tillåta tystnad i samtal. Att låta det bli tyst och invänta patienten gav ett utrymme för reflektion där patientens berättelse kunde ta plats. Att lyssna innebar också att ibland tillåta sig att inte vara aktiv i samtalet och då undvika att överösa patienten med information, även detta för att lämna utrymme för patientens egna reflektioner och möjligheter att finna egna svar.

*”Något som jag har märkt som är signifikant för öppenvården, det är att här kan man ha tysthet under samtalen, vilket man kanske inte hann ha i slutenvården eller på akuten. Vågar man låta det vara tystnad under samtal så blir det ofta väldigt intressanta diskussioner, kan komma upp vändningar och funderingar hos patienter som man inte haft någon tanke på. För man vet inte bäst vad som varit i deras tankevärld, som har besvärat dem, som de inte kan själva uttrycka. Genom att tillåta att vara tyst så kan det ofta blir att saker som kommer upp är intressanta påstående, antagande eller funderingar från patienten som man ofta kan gå in djupare i då.”*

Ytterligare en del i lyssnandet handlade om att få tillgång till patientens berättelse och livsvärld. Att lyssna kunde då handla om det konkreta i att visa för patienten att man lyssnade aktivt och därigenom visade sjuksköterskan sig öppen för att motta patientens berättelse.

Lyssnandet beskrevs även som vårdande i sig till exempel när patienten ställde orimliga krav eller hade önskemål som inte kunde mötas upp. Genom att vara ärlig och säga att det enda sjuksköterskan kunde göra var just att lyssna, så var det en vårdaktivitet i sig.

### **Bekräfta patientens upplevelse**

*”Det är väl att det sker ett möte där man är, att man är öppen för liksom den som är här. Som jag sa förut, liksom, att personen känner sig sedd. Jag tänker inte egentligen att den ska känna sig sedd som patient utan som människa att det är liksom personen som kommer hit, tänker jag. Det tror jag är vårdande.”*

Genom samtalet får sjuksköterskan tillgång till patientens unika subjektiva berättelse. Samtalsrummet är ett rum där patienten ges möjlighet och bjuds in till att dela sin berättelse men också ett rum för sjuksköterskan att få tillgång till berättelsen och förvalta den. Sjuksköterskorna framhöll också vikten av att bekräfta patienten då hen delgav sin berättelse. Detta lämnade sjuksköterskan med ett ansvar att vara lyhörd och visa respekt för patientens berättelse då den berättades. Att vara lyhörd handlade om att ta tillvara på patientens kunskaper om sig själv och ta dessa på allvar. Detta kunde exempelvis handla om att ta patientens upplevelse av sina symtom och av hur medicinerna och dess biverkningar påverkade deras liv, på allvar. Ett samtal som inte lämnar utrymme för patientens egna berättelse, eller som inte

utgår från det unika hos patienten utan istället är på förhand konstruerade, ansågs icke vårdande.

*”Och då föreställer jag mig att det ska handla om någonting som är relevant för patienten. Det är inte vad som helst. Det bör rimligtvis vara ett samtal som är personligt för patienten, som berör patientens förhållanden och som är genuint och äkta där man på något sätt talar om och försöker förstå det som patienten lever i så att säga mitt i livssituationen så att säga. Och hantera det, hjälpa patienten att hantera det. Och komma till tals med saker och ting, i sin tillvaro och sin situation.”*

Sjuksköterskorna beskrev hur en viktig del av det vårdande samtalet var att se och bekräfta patienten, och hur lidandet kunde lindras därigenom. Detta var en bärande komponent som innebar att sjuksköterskan synliggjorde patientens resurser och arbetade med att stärka dem i deras självkänsla och stöttade dem i sin tro på sig själva. Detta var viktigt då många patienter ofta bar på skuld och missnöje med sig själva. Att se patienten i samtal och att bekräfta lidandet genom att giltiggöra deras upplevelse kunde beskrivas såhär:

*”Och det försöker jag också prata med patienten. Att jag förstår ju inte exakt hur du känner det, det kan jag ju inte göra. Men jag kan tänka mig när jag ser på din situation att det hade varit riktigt jobbigt. Men det är ju din upplevelse som, så att det.”*

### **Inge hopp**

Att inge hopp var en framträdande faktor i det vårdande samtalet, menade sjuksköterskorna. Att inge hopp i vårdande samtal kunde innebära att sjuksköterskan bistod patienten med ökad tilltro om att det kommer bli bättre, men det handlade också om tröst och att stötta patienten att stå ut för stunden.

*”Och försöka väldigt, väldigt viktigt att ingjuta hopp hos patienten, hopp om att den kan få ett bättre mående, hopp om att liksom att den ska inte insjukna så drastisk igen. Hopp om att den kan få makt och kontroll över sjukdomen. Det är extremt viktigt. Så det är egentligen bekräfta och ingjuta hopp och lindra lidande är en viktig del i sjuksköterskesamtalet, ja.”*

## **Pedagogikens betydelse**

Undervisning ansågs ha en betydande plats i det vårdande samtalet. Patienten undervisas i samtal och ges ökad kunskap om sin sjukdom för att kunna ta kontroll över sitt liv och sin tillvaro. Samtidigt menade sjuksköterskorna att det var ett kunskapsutbyte som skedde i samtalet mellan sjuksköterskan och patienten, det vill säga att man tillsammans skaffade sig kunskaper om patientens sjukdom och situation. Genom att låta patienten vara delaktig och delge sin kunskap bidrar till att patienten ges makt och får finna egna svar. Att härigenom finna en ömsesidig förståelse fann sjuksköterskorna vårdande.

*”Ja, det är inte vi som ska sitta och ge massa visdomsord till patienten utan den ska själv liksom kunna ta del av all den kunskap vi sitter på och kunna liksom ta kontroll över sin sjukdom. Så att den är inte så utlämnad till oss, utan patienten är expert på sitt mående, det är inte vi som vet bäst hur patienten mår. Därför kan man vara tyst faktiskt och lyssna mycket och sen så kan man förklara symtombilden, hur oftast, hur det ser ut vid bipolär sjukdom så att de kan relatera till det.”*

Den undervisning som praktiserades i samtal handlade dels om att ge patienten kunskap om sjukdomen, exempelvis kring symtombilden. Det kunde också handla om att lära patienten att skilja på vad som är sjukdom och vad som är patientens individuella reaktionsmönster. Att tillsammans få kunskap genom att patienten får analysera tidigare sjukdomstillfällen och förebygga nya återfall, ansåg sjuksköterskorna lindra lidandet.

Det handlade även om att arbeta med acceptans i samtal, att lära patienten strategier för att hantera och acceptera sin situation. Det kunde innefatta att hjälpa patienten i samtal att se på händelser i sin omgivning och hur tankar, känslor och beteenden påverkar dem själva och människor omkring dem. Sjuksköterskorna kunde också hjälpa patienterna genom att ge dem verktyg i hur de själva kan hantera sitt lidande och sin vardag trots sjukdom och behandling.

## **Främja hälsa**

Att arbeta hälsofrämjande visade sig vara en del av den undervisande aspekten av vårdande samtal. Det hälsofrämjande arbetet kunde yttra sig så att sjuksköterskan hade fokus på det friska hos patienten i samtalet, exempelvis genom att även då patienten var sjuk försöka

uppmuntra hen att bibehålla sina intressen och göra sådant som hen tyckte om även om det gjordes i mindre skala.

Det hälsofrämjande arbetet handlade också om att stötta patienten till att sköta dagliga rutiner som sömn, kost och fysisk aktivitet. I samtalet efterfrågades hur patientens dagliga rutiner såg ut och vikten av att sköta de dagliga rutinerna poängterades för patienten. Att undervisa patienten till i att sköta sin egenvård var en del i att ge patienten kontroll över sin sjukdom och på så sätt ett slags förebyggande arbete för att inte återinsjukna.

*”Sen kan de här stödsamtalen, som jag var inne på förut. Jag har några patienter som kommer en gång i månaden och kanske bara pratar om sig själva och lite hur det har varit sen sist. Och så frågar man de här basic sakerna som är av vikt, och det är ju vardagsrutiner, sover du på natten. Alltså allt för att hålla en stabilitet i vardagen? Ja, det gör jag. Och sen går de. Men det är ju för att hålla dem stabila. Missas det nån gång och det går två månader till nästa gång så kan det innebära ett insjuknande.”*

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Författarna ville undersöka hur sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård erfor det vårdande samtalet inom psykiatrisk öppenvård. Valet av kvalitativ metod i denna studie var lämpligt för att besvara syftet och för att få en beskrivande bild av hur fenomenet vårdande samtal erfors.

Urvalet bestod av sjuksköterskor som var verksamma inom psykiatrisk öppenvård inom Västra Götalandsregionen. Antalet deltagande sjuksköterskor i studien var sex stycken. Författarna anser antalet deltagare fullgott för att besvara syftet. Att det är förhållandevis få deltagare problematiserar studiens generaliserbarhet. Urvalet var inte slumpmässigt. Målet var att det skulle finnas en variation bland deltagande sjuksköterskor vad gällde kön, ålder och arbetslivserfarenhet för att ge en så nyanserad bild av fenomenet som möjligt. Av dessa aspekter anser författarna att längden av arbetslivserfarenhet var den aspekt som spelade störst roll och där det var viktigt att uppnå variation hos sjuksköterskorna. Denna variation uppnåddes. Könsfördelningen var två kvinnor och fyra män. Då författarna undersökte

sjuusköterskan i sin yrkesroll och inte hade fokus på något genusperspektiv av fenomenet torde detta inte vara av större betydelse.

Det fanns svårigheter i urvalsprocessen att hitta deltagare till studien. Det skulle eventuellt kunna varit ett alternativ att undersöka hur samtalet erfors av sjuusköterskor som var verksamma inom både öppen- och slutenvård för att underlätta processen att finna deltagare. Trots detta var det möjligt att besvara syftet för denna studie.

Syftet upplevdes ibland, av författarna, som ganska brett under analysprocessen och författarna har diskuterat huruvida man kunde valt att avgränsa syftet genom att rikta in sig på att undersöka en viss del av samtalet, exempelvis *hur* lidandet lindras i samtal, *hur* hopp inges eller *hur* sjuusköterskan arbetar hälsofrämjande inom psykiatrisk öppenvård. Fördelen med att smalna av syftet så mycket som möjligt tror författarna är att resultatet blir lättare att greppa och eventuellt lättare att analysera. Det kan dock finnas nackdelar i att göra på detta sätt och riskera att få ett för tunt resultat.

Datansamlingen utgjordes av en kvalitativ forskningsintervju med öppna frågor som författarna hade utformat på förhand. Frågorna som ställdes var öppna frågor som gav utrymme för deltagaren att reflektera fritt och forma sin egen berättelse. Författarna stötte inte på några svårigheter för deltagarna att uppfatta frågorna.

Innan intervjuerna genomfördes och bandspelaren startades ställdes lite allmänna frågor kring deltagarnas bakgrund och arbetslivserfarenhet. Denna stund inför intervjun ansågs lätta upp stämningen och gjorde klimatet mellan intervjuare och deltagare mer avslappnat. Deltagaren fick då också chans att få en bild av författarna. Författarna var, liksom deltagarna, verksamma inom psykiatrisk vård. Detta kan ha bidragit till en känsla av samhörighet under intervjun. Det avslappande klimatet kan ha bidragit till att deltagaren hade lättare att dela sina erfarenheter och gav i förlängningen en rikare kvalitativ studie. Enligt Kvale (1997) är forskningsintervjun ett samspel mellan två människor och det skapas en reaktion inför den andre i mötet. Intervjuaren bör vara medveten om det ömsesidiga inflytande som äger rum under intervjun och måste bygga upp en atmosfär där intervjupersonen känner sig trygg nog att dela med sig av sina erfarenheter (a.a).

Då det var första gången som författarna genomförde denna typ av intervju och studie så fanns det en avsaknad av tidigare erfarenheter och en viss nervositet och osäkerhet inför att genomföra intervjuerna. Författarna kände det dock mer avslappnat efterhand då intervjuerna genomfördes. Danielson (2012) menar att när intervjuerna och dess upplägg planerats kan en provintervju göras för att författaren skall få chans att prova sina frågor och känna på hur det är att intervjua (a.a). Tyvärr tillät inte planeringen av denna studie detta dels på grund av tidsbrist, men också på grund av svårigheter att finna deltagare. Därför valde författarna att påbörja samtliga intervjuer som planerat för att samla in tillräckligt med material till analysen.

Kvalitativ innehållsanalys som den beskrivs av Graneheim och Lundman (2004) var en lämplig analysmetod för att studera innehållet i de transkriberade intervjuerna. Analysmetoden har bidragit till en strukturerad bearbetning av texterna. Graneheim och Lundman (2004) menar att ett visst mått av tolkning alltid finns med då författarna aldrig helt och hållet kan bortse från sina erfarenheter och värderingar. Att i så hög grad som möjligt försöka arbeta med en stor medvetenhet av författarnas förförståelse och ”låta texten tala för sig” ökar trovärdigheten och överförbarheten (a.a). Båda författarna är sjuksköterskor, verksamma inom psykiatrisk vård, varav den ena inom just öppenvård. Detta gjorde att förförståelsen var sådan att författarna själva erfarit det fenomen som avsågs undersökas. Detta skulle kunna påverka resultatet och författarna då författarna bär på egna uppfattningar av fenomenet. Författarna har hållit denna medvetenhet levande under arbetets gång, och strävat efter att se till vad texterna säger utan att låta egna uppfattningar färga resultatet.

Validiteten, eller i detta fall trovärdigheten samt pålitligheten, har stärkts genom att författarna på varsitt håll analyserade de transkriberade intervjutexterna innan författarna påbörjade en gemensam diskussion och sammanförde meningsbärande enheter. Därefter har stegen i analysen genomarbetats tillsammans av båda författarna. Även handledare har funnits med längs analysprocessen. Att låta en tredje part, exempelvis handledare, kontrollera rimligheten i resultatbeskrivningarna, menar Henricsson (2012) ökar trovärdigheten.

## **RESULTATDISKUSSION**

De kategorier som framkom i resultatet var Det vårdande samtalet, Vårdplanens betydelse, Begränsningar och Vårda utifrån berättelsen. Resultatet skulle besvara syftet som var att beskriva sjuksköterskans erfarenheter av det vårdande samtalet med patienter inom psykiatrisk

öppenvård. Frågeställningar som också skulle besvaras i resultatet var att beskriva vad sjuksköterskan ansåg vårdande i samtal, vad ett vårdande samtal skulle innehålla och hur sjuksköterskan tyckte att vårdande samtal skiljde sig från det allmänna mellanmänniska samtalet. Resultatet kommer nedan att diskuteras utifrån de fynd som framkommit i analysen.

Sjuksköterskorna i studien var alla osäkra på vad vårdande samtal innebar och tyckte att det var ett svårdefinierbart begrepp. Det gavs uttryck för behov av utbildning i vårdande samtal men också tydligare riktlinjer för hur samtalet skulle utföras. Resultatet visar att det skapade en osäkerhet i arbetet, men även i arbetsgrupper. Uppfattningarna om vad vårdande samtal innebar och hur samtalen utfördes skiljde sig och skapade diskussioner sjuksköterskor emellan. Det fanns olika uppfattningar kring om samtalet bara skulle fokuseras kring sjukdom och utbildning kring denna eller om samtalet skulle tillåtas vara mer stödinriktat. Det saknades också en benämning för vårdande samtal som kallades olika saker, exempelvis ”sjuksköterskesamtal”, ”omvårdnadssamtal” eller ”behandlingssamtal”. Trots ovissheten inför vad vårdande samtal innebar ses avsevärda likheter mellan hur Fredriksson (2003) beskriver teorin om det vårdande samtalet i sin avhandling och hur sjuksköterskorna beskriver sina erfarenheter och uppfattningar om de samtal som de utför i sitt arbete. Att bygga en bärande relation, att få tillgång till patientens berättelse och att lindra lidandet är sådana likheter som kan urskiljas av författarna. Det går även att knyta an fynden till teorin om personcentrerad vård där partnerskapet och berättelsen står i fokus (Ekman & Norberg, 2013). Fors (2014) menar att ett personcentrerat samtal inte är en utformad samtalsteknik utan ett förhållningssätt som handlar om att lyssna in patientens berättelse för att urskilja den enskildes tillgångar och mål (a.a).

Då samtalet upplevs som ett svårt redskap att greppa kan det göra att arbetet inte värderas som den viktiga funktion den faktiskt fyller för patienten, eller som den beskrivs av sjuksköterskorna – det främsta arbetsredskapet. Författarna menar vidare att det är lättare att bli ifrågasatt i sin yrkesroll och i sin arbetsuppgift om det inte finns tydlig evidensbaserad forskning på vad som är sjuksköterskans uppgift, hur den bör utövas, varför den är viktig och vad den ger för resultat i patientens mående. Med evidens menas bästa tillgängliga vetenskapliga bevis (Statens beredning för medicinsk utvärdering, 2014). Att arbeta evidensbaserat i omvårdnadsarbetet handlar om att de omvårdnadsåtgärder som sjuksköterskan utför, för att exempelvis lindra eller behandla, skall vara förankrad i vetenskap. Att fastställa en



omvårdnadsåtgärd som evidensbaserad kräver en sammanställning av flertalet studier inom samma område (Johansson & Wallin, 2013, Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Det saknas idag evidens inom flertalet områden inom omvårdnad, därför spelar den erfarenhetsbaserade kunskapen och patientens delaktighet, önskemål och behov en stor roll då beslut fattas i omvårdnadsprocessen. I denna process skall lagar och föreskrifter följas (Johansson & Wallin, 2013).

Erfarenhetens betydelse var avgörande för sjuksköterskorna att känna sig trygga i sin yrkesroll och i sitt arbete med vårdande samtal, men även för att sätta gränser för sin yrkesroll. Detta menar författarna ställer krav på de sjuksköterskor som varit verksamma inom psykiatrisk vård en längre tid, att stötta och utbilda sina medarbetare. Det kan vara en hjälp att dela erfarenheter för att känna igen sig i varandra och bli bekväm med att det tar tid att bli trygg i sin roll i samtal. Dock menar Johansson och Wallin (2013) att det kan finnas risker med att kunskap överförs kollegor emellan på grund av att man inte kan säkerställa att den kunskap som förs vidare är evidensbaserad och väl underbyggd. Det är därför viktigt att sjuksköterskor erbjuds utbildning och uppmuntras till vetenskapligt lärande (a.a). Sjuksköterskan inom psykiatrisk vård har också ett eget ansvar utifrån kompetensbeskrivningen (Psykiatriska Riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008) att se över de rutiner som finns, medverka till att evidensbaserad vård implementeras och dela med sig av bästa tillgängliga kunskaper genom exempelvis handledning (a.a). Genom handledning kan sjuksköterskor med lång erfarenhet av psykiatrisk omvårdnad göra sig själv medveten om den tysta kunskap hen har och skaffa sig ord och begrepp för att synliggöra viktiga delar i mötet med patienten (Arvidsson, 2006).

Trots begreppsförvirring hos sjuksköterskorna och avsaknad av riktlinjer kring hur samtalet skulle utföras så ansåg sjuksköterskorna att de samtal som utfördes inom ramen för deras profession alltid var vårdande och hade omvårdande avsikter, även då de stötte på svårigheter. Sjuksköterskorna ville förmedla omtanke om patienten även då patienten exempelvis var aggressiv. Detta svarar an på det ansvar som åligger sjuksköterskan och som framkommer i kompetensbeskrivningen (Psykiatriska Riksföreningen & Svensk sjuksköterskeförening, 2008), men som också beskrivs av Wiklund Gustin, Rydenlund och Kulzer (2010). Det vill säga att sjuksköterskan ska försöka förstå och vårda personer oavsett hur svårt det ibland kan vara. Sjuksköterskorna upplevde dock begränsningar i samtal då de inte kunde tillgodose patientens behov. Att känna stor otillräcklighet inför patientens önskemål eller rent av krav, kan skapa en

känsla av otillräcklighet hos sjuksköterskan. Detta skulle i sin tur kunna färga kontakten med patienten, och lidandet blir då svårt att lindra. Författarna menar att det är viktigt att den här typen av känslor hos sjuksköterskan synliggörs. Wiklund Gustin, Rydenlund och Kultzer (2010) framhåller vikten av att sjuksköterskan reflekterar över sig själv och sina tankar och känslor inför patienten för att inte de egna behoven i förlängning prioriteras framför patientens (a.a). Patienters lidande inom psykiatri kan ibland ta sig uttryck som väcker starka känslor hos sjuksköterskan, exempelvis i form av hjälplöshet, rädsla eller brist på tillit i arbetet. Ett sätt för sjuksköterskan att hantera detta kan vara genom att professionellt distansera sig (Arvidsson, 2006). Detta menar Arvidsson (2006) kan leda till att omvårdnadskvaliteten påverkas negativt, och det är därför viktigt att sjuksköterskor ökar sin medvetenhet om omvårdnadens värdegrund. Detta kan förslagsvis göras genom kompetensutveckling i form av yrkesmässig handledning (a.a). I en studie gjord av Buus et. al (2010) framhåller vårdpersonal inom psykiatrisk vårdkontext att de största fördelarna med handledning var att få hantera de psykiska påfrestningar det kunde innebära att arbeta inom psykiatrisk vård. Men även att erhålla nya perspektiv på situationer där vårdpersonalen upplevde att de själva kört fast (a.a). Författarna menar ändå att det faktum att sjuksköterskorna i studien lyfter upp dessa svårigheter tyder på en självinsikt och förmåga till självreflektion. Det kan ses som en styrka hos sjuksköterskorna att de identifierar hinder i förhållandet till patienten, men trots detta har för avsikt att ge så god vård som möjligt.

Det enda som framhölls som tydligt och som skapade ett riktmärke och en slags struktur för samtalet var vårdplanen. Vårdplanen fick bli det ramverk som skapades tillsammans med patienten för att veta vad målen med samtalen var. Det var viktigt att målen utformades utifrån den enskilde patienten och att kravnivån var anpassad. Dessa uppfattningar är i enlighet med ett av de krav som ställs på hälso- och sjukvården. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2006:493) är det att respektera patientens självbestämmande, hålla patienten delaktig i sin vård och, så långt som det är möjligt, utforma vården i samråd med patienten (a.a). I vårdprocessens olika delar ansvarar specialistsjuksköterskan för att göra bedömningar utifrån de datainsamlingar hen gör i mötet med patienten. Datainsamlingen handlar inte om objektiva fakta utan om att få en bild av vad patienten har för förväntningar på den vård som skall ges samt att kartlägga resurser och hinder. Det är viktigt att se till hela patienten, och sjuksköterskan skall därför göra en bedömning utifrån det hen tar in med andra sinnesintryck i mötet. Utifrån bedömningen skapas en plan för vården där uppnåeliga mål utifrån patientens

förmåga formas (Wiklund Gustin, Rydenlund & Kulzer, 2010). Vårdplanens betydelse betonas också som en del i den personcentrerade vården av Kristensson Ugglå (2014) och Ekman och Norberg (2013) vilket beskrivs i bakgrundskapitlet. För att tillsammans skapa en vårdplan krävs en gemensam plattform att utgå ifrån; ett partnerskap, en relation (Ekman & Norberg, 2013, Kristensson Ugglå, 2014).

Författarna fann det intressant hur sjuksköterskorna ansåg det vårdande samtalet och det mellanmännsliga så nära förankrade i varandra och samtidigt närvarande. Detta anser författarna säger mycket om den männsliga kontaktens betydelse som samtalet ger och vad relationen spelar för roll för patienten, snarare än vad som kanske ibland behandlas innehållsmässigt i samtalet. Topor (2004) menar att i berättelser från människor med psykisk ohälsa framhålls sociala relationer till såväl vänner och familj som till professionella vårdare som avgörande för återhämtningsprocessen (a.a). Detta blev uppenbart då sjuksköterskorna gav uttryck för att det faktum att exempelvis patienter som led av stor ensamhet ibland hölls stabila i sitt mående bara av den regelbundna kontakt de hade med sjuksköterskan.

Den förtroendefulla relationen mellan sjuksköterska och patient var ett av de fynd som låg till grund för att kunna vårda i samtal utifrån patientens berättelse. De fynd som faller in under kategorin Vårda utifrån berättelsen uppfattar författarna handlar om vårdande komponenter som på olika sätt ger sjuksköterskan tillgång till patientens berättelse, uppmärksammar patientens berättelse och upplevelse samt bekräftar den. Det handlar också om skapa ett rum för kunskapsutbyte, både att ta del av patientens kunskap om sig själv men också att undervisa patienten. Härifrån handlar det sedan om att inge hopp om bättring till patienten. Detta kan direkt kopplas till teorin om det personcentrerade samtalet inom hälsopromotivt arbete beskrivet av Fors (2014). Här beskrivs skillnader i att arbeta hälsofrämjande och personcentrerat. Det hälsopromotiva arbetet är att stötta till att förändra livsstilen, medan personcentrerad vård handlar mer om att skapa förutsättningar för en person att göra prioriteringar och fatta beslut för att uppnå hälsa och välbefinnande. Det kan innebära att respektera personens val av att inte ta till sig av råd om motion eller förändrad kosthållning. Att hålla personen delaktig i mål som fattas ökar chansen till hälsofrämjande val (a.a). Det ter sig ändå som att sjuksköterskorna i denna studie förenar dessa två på ett bra sätt där små hälsofrämjande insatser tycks uppmuntras utifrån den enskilde patientens förmågor och val.

Sjuksköterskorna förbiser inte på något sätt livsstilsfaktorer som kan främja hälsa, men individanpassar kravnivån.

Över lag svarar sjuksköterskornas beskrivningar av hur de når berättelsen bland annat genom att se patienten som människa, att lyssna till hens berättelse och att undervisa varandra och komma fram till olika åtgärder ihop väl an mot den personcentrerade vård som beskrivs i bakgrunden (Ekman & Norberg, 2013, Kristensson Ugglå, 2014). Detta, anser författarna, säger något om den förmåga som sjuksköterskan inom psykiatrisk vård besitter när det kommer att försöka se till helheten och involvera hela människan. Det blir tydligt hur viktig berättelsen är inom psykiatrisk vård där andra verktyg för att på något sätt objektivt mäta ohälsan saknas. De i många fall själsliga smärtor som sjuksköterskorna möter på, och också omätliga behov, kan bara mötas upp genom att lyssna till berättelsen. Lyssnandet var en egen del av att bekräfta patienten, och lyssnandet i sig gör på så vis samtalet vårdande. Detta ges teoretisk förankring i Fredriksson teori (2003).

Inte bara lyssnandet var en del i att vårda utifrån berättelsen utan även det hälsofrämjande arbetet. Detta beskrevs i termer av undervisning och gemensamt kunskapsutbyte utifrån patientens berättelse. Författarna fann det intressant hur sjuksköterskorna genom samtal, gav patienten verktyg att hantera och nå acceptans inför sin sjukdom och sitt lidande. En parallell kan dras till det kognitiva arbete som kan utgöra en del av samtalet, och hur faktiskt olika vetenskaper flätas samman. Wiklund Gustin (2012) beskriver hur vårdvetenskap och kognitiv beteendeterapi (KBT) faktiskt kan mötas inom ramen för sjuksköterskans omvårdnadsansvar. I mötet mellan de olika vetenskaperna kan verktyg växa fram att använda sig av i patientarbetet. Att vara verksam som sjuksköterska, menar Wiklund Gustin (2012), utesluter inte användandet av verktyg ifrån andra metoder och tekniker så länge det görs med utgångspunkt i den professionen och dess teoribildning (a.a). Sjuksköterskorna i studien är tydliga med att de inte bedriver terapi. Författarna menar att de verktyg som används av sjuksköterskorna, och som beskrivs som pedagogik i samtalet, är en del i att lindra lidandet och att på ett personcentrerat sätt se patientens resurser och stärka tillgångar hos patienten. Slutligen skriver Dahlberg och Segesten (2010):

*”En annan form av vårdande samtal är när samtalet är en uttrycklig del av vårdandet, det vill säga att det är tänkt att stödja och stärka hälsa och välbefinnande. Denna form av vårdande samtal har länge använts inom den*

*psykiatriska vården. Så som samtalet utformas i denna vårdkontext kan det tjäna som förebild även för övrig vård.”(s. 203)*

## **SLUTSATS**

Behovet av vidare kunskap i sin huvudsakliga syssla, det vill säga att sjuksköterskorna upplevde sig sakna kunskap om det vårdande samtalet, var tydligt. Detta till trots så överensstämde sjuksköterskornas uppfattningar och utföranden av vårdande samtal med det som teoretiskt beskrivs som vårdande samtal. Att som sjuksköterska inom psykiatrisk vård få en fördjupad kunskap och möjlighet till vidare utbildning är viktigt för att kunna genomföra så goda vårdande samtal som möjligt. Studien visar på oklarheter och behov av vidare forskning för att fastställa vårdande samtal som gedigen kunskap och för att erhålla evidens. Författarna anser slutligen att de fynd som ses gällande hur sjuksköterskor inom psykiatrisk vård erfar vårdande samtal i hög grad överensstämmer med ramar av personcentrerad vård. Sjuksköterskorna visar prov på god förmåga och strävan att se till hela människan och hans unika behov. Dock behöver sjuksköterskor få stöd och utbildning i att utveckla sitt främsta arbetsredskap. Sjuksköterskor behöver också få dela de upplevelser av begränsningar som de stöter på i sitt arbete då patientens lidande är såpass stort att det blir svårt att lindra.Handledning diskuteras av författarna som ett stöd för sjuksköterskor.

Fortsatt utbildning av sjuksköterskor inom psykiatrisk vård bör bidra till ökad trygghet i yrkesrollen, och i förlängningen en bättre vård för patienten. Även ytterligare studier kring det vårdande samtalet och dess innehåll och innebörder för patienter och sjuksköterskor behövs framöver. Detta för att fastställa vårdande samtal som en självständig evidensbaserad vårdaktivitet.

## Referenser

- Arvidsson, B. (2006). Yrkesmässig handledning i omvårdnad – att främja psykiatrisjuksköterskors professionella utveckling. I B. Arvidsson & I. Skärsäter (Red.), *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer* (s.139-153). Lund: Studentlitteratur.
- Berg, A, & Hallberg, I.R. (2000). Psychiatric nurses' lived experiences of working with inpatient care on a general team psychiatric ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(?), 323-333.
- Brataas, H.V., Thorsnes, S.L., & Hargie, O. (2009). Cancer nurses narrating after conversations with cancer outpatients: how do nurses' roles and patients' perspectives appear in the nurses' narratives?. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(?), 767–774.
- Buus, N., Angel, S., Traynor, M., & Gonge, H. (2010). Psychiatric Hospital Nursing Staff's Experiences of Participating in Group-Based Clinical Supervision: An Interview Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(?), 654–661.
- Centrala etikprövningsnämnden (2013). *Anslagstavlan - Etikprövning under ST-utbildning*. Hämtad 2014-01-23 från: <http://www.epn.se/sv/goeteborg/anslagstavlan/etikproevning-under-st-utbildning/>
- Centrala etikprövningsnämnden (2013). *Bakgrund/bestämmelser*. Hämtad 2013-10-27 från: <http://www.epn.se/sv/start/bakgrundbestaemmelser/>
- Centrala etikprövningsnämnden (2013). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 2013-10-31 från: <http://www.epn.se/sv/start/startside/>
- Chan, E.A., Jones, A., Fung, S., & Wu, S.C. (2012). Nurses' perception of time availability in patient communication in Hong Kong. *Journal of Clinical Nursing*, 1168-77(7/8),0962-1067.
- Codex – regler och riktlinjer för forskning (2013). *Om forskningsetik - Informerat samtycke*. Hämtad 2013-11-01 från <http://codex.vr.se/manniska2.shtml>
- Codex – regler och riktlinjer för forskning (2013). *Om forskningsetik – Personuppgifter*. Hämtad 2013-11-01 från <http://codex.vr.se/manniska3.shtml>
- Dahlberg, K., & Segesten, K. (2010). *Hälsa & vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Danielson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.329-343). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I. (Red) (2014). *Personcentrering inom hälso-sjukvård – från filosofi till praktik*. Stockholm: Liber.

Ekman, I., & Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.24-61). Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B. (Red.). (2013). *Kommunikation – samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo akademis förlag.

Fredriksson, L (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.

Fredriksson, L., & Eriksson, K. (2001). The patient's narrative of suffering: a path to health? An interpretative research synthesis on narrative understanding. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 15(?), 3-11.

Fredriksson, L., & Lindström, U.Å. (2002) Caring conversation – psychiatric patients' narratives about suffering. *Journal of Advanced Nursing*, 40(4), 396-404.

Fors, A. (2014). 10 Personcentrerade samtal genom hälsopromotivt arbete. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik* (s. 226-244). Stockholm: Liber.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(?), 105-112.

Göteborgs Universitet, Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa (2012). *Riktlinjer – Examensarbete avancerad nivå (magister) 15 högskolepoäng*. Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademien.

Hedman, H. (2014). Patientens-personens röst. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik* (s. 7-20). Stockholm: Liber.

Henricsson, M. (2012). Forskningsprocessen: problem, syfte och inledning/bakgrund. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.95-113). Lund: Studentlitteratur.

Johansson, E., & Wallin, L. (2013). Evidensbaserad vård. I A-K Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s.107-157). Lund: Studentlitteratur.

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricsson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad* (s.69-92). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kristensson Ugglå, B. (2014). Personfilosofi – filosofiska utgångspunkter för personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik* (s. 21-68). Stockholm: Liber.

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing – Theory and Practice*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.

Mårtensen, K., Noring, E., & Pedersen, G. (2012). *Patienters upplevelse av det vårdande samtalet vid förstämningssjukdom inom psykiatrisk vård – En intervjustudie* (Magisteruppsats). Borås: Institutionen för vårdvetenskap, Högskolan i Borås. Hämtad 2013-09-01 från: <http://hdl.handle.net/2320/11162>

O'Brien, L. (2000). Nurse-client relationships: The experience of community psychiatric nurses. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 2000, (9), 184-194.

Pieranunzi, V.R. (1997). The Lived Experience of Power and Powerlessness in Psychiatric Nursing: A Heideggerian Hermeneutical Analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3 (6), 155-162.

Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot psykiatrisk vård*. Stockholm: Psykiatriska Riksföreningen och Svensk Sjuksköterskeförening.

Rask, M. & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse-patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a Swedish survey. *Journal of psychiatric*, 323-33(4), 1351-0126.

Rydenlund, K. (2012). *Vårdandets imperativ i de yttersta livsrummen - hermeneutiska vårdande samtal inom den rättspsykiatriska vården*. (Doktorsavhandling). Åbo akademi.

Saldert, C. (2014). Personcentrerade samtal vid kommunikationshinder. I I. Ekman (Red), *Personcentrering inom hälso- och sjukvård – från filosofi till praktik* (s. 207-225). Stockholm: Liber.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2014). *Evidensbaserad vård*. Hämtad 2014-03-06 från: <http://www.sbu.se/sv/Evidensbaserad-vard/>

Svensk Sjuksköterskeförening (2007). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Svensk Sjuksköterskeförening (2008). *Strategi för att utveckla vården*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Svenska Akademien (2013). *Svenska Akademiens ordlista*. Hämtad 2013-10-12 från: [http://www.svenskaakademien.se/svenska\\_spraket/svenska\\_akademiens\\_ordlista/saol\\_pa\\_natet/ordlista](http://www.svenskaakademien.se/svenska_spraket/svenska_akademiens_ordlista/saol_pa_natet/ordlista)

Sveriges riksdag (1982). *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763), paragraf 2a*. Hämtad 2014-03-05 från: [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982\\_sfs-1982-763/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/Halso-och-sjukvardslag-1982_sfs-1982-763/)



Wadell, K., & Skärsäter, I. (2007). Nurses' experiences of caring for patients with dual diagnosis of depression and alcohol abuse in a general psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 28(?), 1125–1140.

Wiklund Gustin, L. (2012). *KBT i omvårdnadsarbetet – Om meningsskapande i gemenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Wiklund Gustin, L., Rydenlund, K., & Kulzer, S. (2010). Att vara specialistsjuksköterska inom psykiatrisk vård. I L. Wiklund Gustin (Red.), *Vårdande vid psykisk ohälsa – på avancerad nivå* (s.394-421). Lund: Studentlitteratur.



## GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

### FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

#### **Bakgrund och syfte**

Vi är två sjuksköterskor som studerar till specialistsjuksköterskor inom psykiatrisk vård vid Göteborgs Universitet. Vi avser undersöka hur det vårdande samtalet upplevs av sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk vårdkontext. Inom psykiatrisk vård och framför allt psykiatrisk omvårdnad är samtalet en central del och kanske det främsta redskapet för sjuksköterskan att använda sig av i omvårdnaden av patienter. Samtalet utgör en central del i att stötta patienten till att uppnå hälsa och öka välbefinnande. Det vårdande samtalet har sin grund i det allmänna mellanmännliga samtalet, skillnaden är dock att det i det vårdande samtalet ligger ansvaret för att samtalet blir vårdande på sjuksköterskan. Det är därför av stor vikt att erhålla kunskap om hur det vårdande samtalet upplevs av sjuksköterskor för att därmed kunna bidra till bättre vård för patienter. Syftet med vår studie är därför att undersöka hur sjuksköterskor inom psykiatrisk öppenvård upplever det vårdande samtalet.

#### **Förfrågan om deltagande**

Studien kommer att genomföras på psykiatriska öppenvårdsmottagningar inom Västra Götalands Regionen. Kontakt har tagits med din enhetschef som har givit oss tillåtelse att kontakta dig och du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du arbetar som sjuksköterska inom psykiatrisk öppenvård där du har vårdande samtal med patienter. Efter att ha tagit del av forskningspersonsinformationens ombeds du att ta ställning till om du vill delta i studien och i så fall skriva under samtyckesformuläret.

#### **Hur går studien till?**

Om du väljer att delta i studien kommer du att bli intervjuad i upp till 60 minuter. Vi bestämmer tillsammans var och när intervjun skall äga rum. Frågorna kommer beröra dina upplevelser av det vårdande samtalet. Intervjun kommer att spelas in med bandspelare och materialet kommer därefter att transkriberas och skrivas ner. Innehållet kommer analyseras och resultera i en magisteruppsats.

#### **Hantering av data och sekretess samt frivillighet**

Ditt deltagande i studien är frivilligt och du kan när du vill avbryta ditt deltagande utan att ange orsak. Ditt deltagande är anonymt och din identitet kommer inte att framgå. Intervjumaterialet kommer att behandlas och förvaras så att inga obehöriga kan ta del av det. Hanteringen av dina uppgifter regleras av personuppgiftslagen (SFS1998:204).

#### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Resultatet av vår intervjustudie kommer att redovisas i en uppsats vid Institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs Universitet. Du kan ta del av resultatet genom kontakt med oss. Om du undrar över något som har med studien att göra får du gärna höra av dig till någon av dessa personer:

Fereshteh Hosseini  
Leg. Sjuksköterska  
[gusferho@student.gu.se](mailto:gusferho@student.gu.se)

Evelina Kostamis  
Leg. Sjuksköterska  
[guskosev@student.gu.se](mailto:guskosev@student.gu.se)

Nils Sjöström  
Universitetslektor/Leg.Sjuksköterska  
[nils.sjostrom@gu.se](mailto:nils.sjostrom@gu.se), 031-7866133



GÖTEBORGS UNIVERSITET  
SAHLGRENSKA AKADEMIN

### **Samtyckesformulär**

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien kring sjuksköterskans upplevelser av det vårdande samtalet inom psykiatrisk omvårdnad. Jag kommer att i forskningssyfte delge mina erfarenheter och upplevelser och dessa kommer vara en del i en kvalitativ studie om det vårdande samtalet. Jag har erhållit skriftlig och muntlig information om studien samt är medveten om att mitt deltagande är frivilligt och att jag när som helst kan avbryta mitt deltagande utan att ange skäl.

Jag samtycker härmed till att delta i studien:

---

Datum och underskrift av deltagaren

---

Datum och underskrift av intervjuaren

## **INTERVJUFRÅGOR**

Kan du berätta om dina erfarenheter av att ha vårdande samtal med patienter inom psykiatrisk öppenvård?

När upplever du ett samtal som vårdande? Följdfråga: När upplever du ett samtal som icke vårdande?

Vad innehåller ett vårdande samtal enligt dig?

Vad anser du är skillnaden mellan ett vardagligt mellanmänniskt samtal och ett vårdande samtal?