

Klara Blomberg

Specialistsjuksköterskeexamen i psykiatrisk vård

Självständigt arbete i vårdvetenskap, 15 hp, V2014

Avancerad nivå

Handledare: Mats Ewertzon

Examinator: Jennifer Bullington

## **Vårdande samtal i psykiatrisk vård ur sjuksköterskors perspektiv - en intervjustudie**

Caring communication in psychiatric care from the nurses'  
perspectives - an interview study

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Vårdande samtal är samtal som lindrar lidande. I vårdande samtal är relationen mellan patient och sjuksköterska av stor betydelse, samt om sjuksköterskan kan göra sig tillgänglig och öppen för patientens berättelser om sitt lidande. Även om sjuksköterskorna själva ser betydelsen av att vara närvarande och lyssnande i vårdande samtal är det dock inte alltid patienter känner att detta viktiga behov blir tillgodosett.

**Syfte:** Syftet är att undersöka hur sjuksköterskor i psykiatrisk vård beskriver vårdande samtal samt vilken mening de tillskriver dessa samtal.

**Metod:** Halvstrukturerade individuella intervjuer och kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Resultatet presenteras i fyra kategorier och sju underkategorier. De fyra kategorierna var; *Två sätt att organisera vårdande samtal, Förhållningssätt gentemot patienten, Att använda sina egna känslor samt Meningen med vårdande samtal.*

**Diskussion:** Resultatet diskuteras delvis mot Lennart Fredrikssons teori om det vårdande samtalet.

Resultatet har flera beröringspunkter med alla tre aspekter *av* teorin.

Informanterna i studien visade i övrigt en stor vilja till att vara öppna och tillgängliga för sina patienter men också att det ibland kunde kännas bra att hålla sig till sin roll som sjuksköterska.

**Nyckelord:** vårdande samtal, vårdande kommunikation, vårdande relation, livsberättelser, sjuksköterska i psykiatrisk vård

## Abstract

**Background:** Caring communication is communication that can alleviate suffering. In caring *communication*, the nurse-patient relationship is of great importance, as well as if the nurse can be available and open to the patients narratives about their suffering. Even though the nurses themselves can see the importance of being present and listening in caring communication, it is not obvious that the patients feel that this crucial need is being cared for.

**Aim:** The aim of the study is to examine how nurses in psychiatric care describe caring communication and which meaning they ascribe to this kind of communication.

**Methods:** Semi-structured individual interviews and a qualitative content analysis.

**Results:** The results is presented i four categories and seven sub-categories. The four categories are; *Two ways of organizing caring communication*, *Ways of approaching the patient*, *To use one's own feelings* and *The meaning of caring communication*

**Discussions:** The results are discussed in relation to Lennart Fredriksson's theory about caring communication. The results had connections with all three aspects of the theory. The informants in the study also showed that they were willing to be open and available to their patients, but also that they sometimes wanted to remain in their role as a nurse.

**Keywords:** caring communication, caring relations, narratives, psychiatric nurse

## **Innehållsförteckning**

<b>1 INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>2 BAKGRUND</b>	<b>1</b>
<b>2.1 Vårdande</b>	<b>1</b>
2.1.1 Livsvärld	2
2.1.2 Den vårdande relationen	2
2.1.3 Vårdande samtal och vårdande kommunikation	4
<b>2.2 Vårdande samtal i psykiatrisk vård</b>	<b>4</b>
2.2.1 Betydelsen av vårdande samtal och kommunikation för patienter och sjuksköterskor i psykiatrisk vård	5
<b>3 PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>6</b>
<b>4 SYFTE</b>	<b>7</b>
<b>5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT</b>	<b>7</b>
<b>6 METOD</b>	<b>8</b>
6.1 Urval	9
6.2 Datainsamlingsmetoder	9
6.3 Analysmetod	10
<b>7 FORSKNINGSETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN</b>	<b>11</b>
<b>8 RESULTAT</b>	<b>12</b>
8.1 Två sätt att organisera vårdande samtal	12
8.1.2 Strukturerade och inplanerade samtal	13
8.1.3 Ostrukturerade och spontana samtal	14
8.2 Förhållningssätt gentemot patienten	15
8.2.1 Öppenhet	15
8.2.2 Lyssnande	16
8.2.3 Ömsesidighet	17
8.3 Att använda sina egna känslor	17

<b>8.4 Meningen med vårdande samtal</b>	<b>18</b>
8.4.1 Att vilja göra någonting gott	18
8.4.2 Att få någonting tillbaka	19
<b>9 DISKUSSION</b>	<b>20</b>
<b>9.1 Metoddiskussion</b>	<b>20</b>
9.1.2 Trovärdighet	20
9.1.3 Konfirmerbarhet	22
9.1.4 Pålitlighet	22
9.1.5 Överförbarhet	22
<b>9.2 Resultatdiskussion</b>	<b>22</b>
9.2.1 Resultat i förhållande till teoretisk utgångspunkt	23
9.2.1.1 Den relationella aspekten	23
9.2.1.2 Den etiska aspekten	24
9.2.1.3 Den narrativa aspekten	24
9.2.2 Resultat i förhållande till övrig forskning	25
9.2.3 Konklusion och förslag till framtida forskning	27
<b>REFERENSFÖRTECKNING</b>	<b>30</b>
<b>BILAGA 1, Brev till verksamhetschef</b>	<b>33</b>
<b>BILAGA 2, Informationsbrev till informanter</b>	<b>34</b>

## 1 INLEDNING

Samtal mellan människor har alltid intresserat mig. Under sjuksköterskeutbildningen på Ersta Sköndal högskola hade vi samtalsträning, vilket till stor del innebar att lära sig lyssna och vara öppen inför det som patienterna berättade, och försöka låta bli att lägga orden i munnen på dem. Detta visade sig inte vara så lätt, då man gärna ville hjälpa till med att formulera vad patienterna egentligen menade. Under grundutbildningen kom jag också i kontakt med Lennart Fredrikssons avhandling *Det vårdande samtalet* från 2003, och ämnet för den har sedan dess intresserat mig. När jag för fem år sedan började arbeta som sjuksköterska i psykiatri, började jag fundera på vad de andra sjuksköterskorna pratade om med sina patienter när de gick in i ett rum med dem, och jag har också undrat över hur andra sjuksköterskor ser på den här typen av samtal. Vi sjuksköterskor och även andra vårdare, använder oss säkerligen av dessa samtal på många olika sätt. Detta verkar naturligt då vi alla är olika individer, men kanske kan det också innebära att sätten på vilka patienterna kan bli hjälpta av de här samtalen, är ganska godtyckliga. Jag har också tänkt på vilket kraftfullt redskap de här samtalen är eller skulle kunna vara, och hur sårbara patienterna säkerligen kan känna sig i dem. Ibland har jag också känt mig osäker och tyckt det känts svårt att veta hur jag i samtal på ett bra sätt ska kunna hjälpa de patienter jag möter.

## 2 BAKGRUND

### 2.1 Vårdande

Begreppet vårdande har definierats av olika vårdteoretiker genom historien som en unik process mellan vårdare och patient, och kan inte reduceras till enbart medicinsk behandling, teknik och metoder (Söderlund, 2012, s 116). Begreppet utgör tillsammans med människan, hälsan och omgivningen / miljön vårdvetenskapens konsensusbegrepp. Dessa begrepp bygger på en internationell överenskommelse som en gång kunnat ena en splittrad vårdvetenskap. De uttrycks på lite olika sätt i olika sammanhang men den övergripande betydelsen är dock densamma. I Norden har även begreppet lidande ofta räknats med som ett av konsensusbegreppen (Dahlberg & Segesten, 2010, s 30). Vårdandet syftar till att hjälpa människor att stärka deras hälsoprocesser då dess mål är hälsa. Hälsa är ett komplext begrepp och kan bland annat beskrivas i termer av välbefinnande och förmåga att fullfölja stora och små livsprojekt. Omgivningen / miljön kan beskrivas i termer av en hälsosam omgivning, och människan ses i detta sammanhang som patienten vilken man för att kunna ge en god vård vill ta del av dess värld, eller dess livsvärld (Dahlberg & Segesten, 2010, s 44-46).

### **2.1.1 Livsvärld**

Livsvärld är ett begrepp som kommer från fenomenologisk filosofi (Wiklund, 2008, s 40). Livsvärlden utgörs av individen tillsammans med dess historiska, kulturella och sociala sammanhang, som hen lever i på ett i grunden oreflekterat sätt (Ekebergh, s 490, 2012). Dahlberg & Segesten (2010, s 128) menar att det i princip inte vore möjligt att formulera tankar eller principer om vårdande utan att på ett eller annat sätt se till livsvärlden. Ur ett livsvärldsperspektiv måste vårdaren ha rätt sorts kunskap för att kunna ge bästa möjliga vård, och även en förmåga att se hur det är för den individ som vårdas, vad hälsa och välbefinnande betyder för just henne eller honom, och hur det är för just henne eller honom att vara sjuk. Vårdaren måste även ha den kompetens som krävs för att kunna göra patienten delaktig i hälso- och vårdprocesserna. Att vårda med livsvärlden som ansats innebär att ha en öppenhet inför människors sätt att se på sin sjukdom och på hur den påverkar deras liv på olika sätt (Dahlberg & Segesten, 2010, s 127-128). Enligt Todres, Galvin & Dahlberg (2007) skulle en sjukvård som tar mer hänsyn till människors livsvärld också kunna bli en motvikt till alla de snabbt ökande teknologiska framsteg som görs och till den specialiseringen som sker inom sjukvården, och bli en väg till en mer human sjukvård med ett mer holistiskt sätt att se. Genom att efterfråga patienternas egna beskrivningar om vad de upplever och se till individernas livsvärld, skulle man kunna göra dem mer medskapande i utformningen av vården. Vården skulle enligt författarna på så sätt kunna bli mer demokratiskt, med mer fokus på samarbete mellan alla de människor den berör, såväl patienter som vårdgivare.

### **2.1.2 Den vårdande relationen**

För att kunna stärka patienternas hälsoprocesser och lindra lidande krävs förutom att vara följsam och öppen mot deras livsvärld, att en mellanmänsklig kontakt upprättats mellan vårdare och patient (Hammarlund, 2001, Dahlberg & Segesten, 2010, s 190). Dahlberg & Segesten (2010, s 192) menar också att en vårdande relation inte behöver vara lång, utan innebära några minuters möte mellan en vårdare och en patient på till exempel en akutvårdsmottagning, eller så kan den sträcka sig över flera år, som den ofta gör inom exempelvis psykiatrisk vård. Hur omfattningen av relationen än ser ut handlar det om att skapa vårdande möten mellan vårdare och patient, där avsikten är att stödja och stärka patienternas hälsoprocesser (Dahlberg & Segesten, 2010, s 192). Redan tidiga amerikanska vårdteoretiker som Peplau (1991) och Travelbee (1971) menar att den mellanmänskliga relationen mellan sjuksköterska och patient är grundläggande för vårdandet. Peplau (1991,

s 9) uttrycker det som att omvårdnadsprocessen blir lärande och terapeutisk för patienten när sjuksköterska och patient börjat lära känna och respektera varandra som personer, som tillsammans kan komma på lösningar på patientens problem. Travelbee (1971, s 18-20) menar att sjuksköterskan i den mellanmännsliga relationen med patienten bör närma sig patientens problem på ett intellektuellt sätt, kombinerat med ett terapeutiskt användande av sig själv. Att terapeutiskt använda sig själv innebär enligt Travelbee att man som sjuksköterska medvetet använder sig både av sin personlighet och av sin kunskap för att inspirera till förändringar hos patienten. Detta är enligt författaren såväl en konst som en vetenskap, som bland annat kräver självmedvetenhet, självinsikt och kunskap om dynamiken i mänskliga beteenden.

Enligt Wiklund (2008, s 158) skiljer sig den vårdande relationen tydligt från vänskapsrelationen då vårdrelationen är asymmetrisk eftersom vårdaren har större makt, en makt som innebär ett ansvar. Makten måste användas för att främja patientens bästa, annars riskerar vården att bli oetisk. Och vårdaren måste erbjuda relationen som en möjlighet men sedan också invänta patientens inbjudan till att få ta del av sin värld, annars riskerar patienten att känna sig invaderad (Wiklund, 2003, s 158).

Enligt Kasén (2002) handlar vårdrelationen bland annat om att som vårdare bli berörd av patientens lidandeberättelse, eftersom detta väcker ett medlidande hos vårdaren och gensvaret från vårdarens sida då blir att bjuda in patienten till en vårdande relation. Även Hem & Heggen (2003) fann i sin studie att sjuksköterskans egen sårbarhet kunde användas konstruktivt i vårdandet av patienten och att ett erkännande av den egna sårbarheten av sjuksköterskor i större grad skulle kunna innebära en utveckling av sjuksköterskeprofessionen. Även Hartrick (1997) har skrivit att ett större fokus på relationen mellan vårdare och patient, snarare än användandet av mekaniska modeller skulle hjälpa sjuksköterskor att verkligen kunna göra djupgående skillnader i människors hälsoprocesser. Eriksson (1994) uttrycker det som att varje människas lidande utspelar sig i ett lidandets drama, och att det i vårdandet handlar om att våga vara medaktör i patientens lidande om man vill försöka lindra det. Detta lidandets drama där vårdaren är medaktör har enligt Eriksson tre akter; bekräftandet av lidandet, själva lidandet som behöver tid och rum att få lida ut, samt försoningen, det vill säga vägen till en ny enhet, som också innehåller ”det onda”, nu inbäddat i en ”ny meningsfull helhet” (Eriksson, 1994, s 55). I sin avhandling *Det vårdande samtalet* skiljer Fredriksson (2003) ut två sätt vårdaren kan förhålla sig till patienten i relationen mellan



dem, och menar att det är i en förbindelse som ett vårdande samtal är möjligt, till skillnad från i en kontakt (se vidare i teoretisk utgångspunkt).

### **2.1.3 Vårdande samtal och vårdande kommunikation**

Ett vårdande samtal är enligt Fredrikssons (2003, s 16) definition ett samtal som är vårdande, i benämningen lindrar lidande. Fredriksson skiljer ut denna typ av samtal från andra samtal som sker i vården vilka han samlar under namnet vårdsamtal, och menar att det inte går att anta att alla vårdsamtal automatiskt är vårdande, även om detta vore önskvärt.

Kommunikation är enligt Fredriksson (2012, s 323-326) ett begrepp som inom vårdvetenskapen används i flera sammanhang och på olika vis. Författaren skiljer ut några olika traditioner inom kommunikationsbegreppet; den dualistisk-reduktionistiska och den holistisk-humanistiska, där den första utgår från en linjär sändar-mottagarmodell och där den senare ser kommuniaktion som en ömsesidig tolknings- och problemlösningsprocess.

Fredriksson (2012, s 323-326) menar att det vore lämpligt att byta ut begreppet vårdande samtal mot vårdande kommunikation, kommunikation här i betydelsen (åter)upprättande av gemenskap, då patientens lidande i värsta fall är ordlöst och inte kan kommuniceras till någon och gör patienten avskärmd från gemenskapen med andra. Här behöver patienten någon som visar att hen vill bjuda in till en vårdande kommunikation, och här är det vårdarens roll att försöka återupprätta denna med patienten. Begreppet vårdande samtal kan här i stället användas som ett medel vårdaren har för att nå vårdande kommunikation (Fredriksson, 2012, s 323-326).

## **2.2 Vårdande samtal i psykiatrisk vård**

Enligt Arvidsson & Skärsäter (2006, s 69) är det i psykiatrisk vård viktigt att veta vilket ansvar och vilka befogenheter man har inom det egna kompetensområdet, och respektera gränsen mot till exempel terapeutiska samtal. Nyström (2003, s 61) uttrycker det som att det i psykiatrisk vård inte är meningen att vårdarens tolkningar ska kommuniceras till patienten, till skillnad från till exempel i psykodynamisk terapi. I psykiatrisk vård ses vårdarens tolkningar i stället som en hjälp för vårdaren att förstå patientens livvärld, och till att kunna upprätta en god dialog med patienten (Nyström, 2003, s 61). Fredriksson (1999) menar däremot att det ingår i processen av att lyssna på patienten att man tolkar och delger sin tolkning som feedback och bekräftelse till patienten.

Enligt Hummelvoll (2005, s 445) är det betydelsefullt att de färdigheter sjuksköterskan har för att samtala med patienter i psykiatrisk vård inte används som en utpräglad teknik. Detta kan ge samtalen en mekanisk och oäkta prägel enligt Hummelvoll, vilket kan öka distansen mellan sjuksköterska och patient, och få patienterna att känna sig manipulerade. Även Dahlberg och Segesten (2010, s 207) menar att regler för hur vårdande samtal ska genomföras överhuvudtaget inte kan sättas upp, och att manualer inte heller finns att tillgå. Att försöka se till patientens livsvärld innebär för vårdaren också öppenhet och följsamhet, och en önskan finns om att mötet mellan vårdare och patient ska präglas av det specifika i just den situationen. Enligt Wiklund Gustin (2012, s 234, 237) kan man dock ha nytta av olika metoder i arbetet med patienter om metoderna inte blir ändamål i sig. Det centrala måste alltid vara den lidande människan och hennes behov av vård, vilket kanske inte blir fallet de gånger sjuksköterskan till exempel av rädsla för att göra fel i mötet med patienten får ett allt för stort fokus på metoder (Wiklund Gustin, 2012, s 234, 237).

### **2.2.1 Betydelsen av vårdande samtal och kommunikation för patienter och sjuksköterskor i psykiatrisk vård**

Nygård, Nåden och Foss (2011) har i en litteraturstudie undersökt hur kvinnor med förlossningsdepression kan få sitt lidande lindrat av samtal. Studien visar att sjuksköterskan genom aktivt lyssnande, bekräftande och genom att i samtal ge tid och rum för kvinnorna att sätta ord på sitt lidande, kan hjälpa dem att lindra lidandet.

I Fredrikssons studie (1998) blev tre sjuksköterskor och tre patienter intervjuade i syftet att beskriva det vårdande samtalets essens och betydelse i psykiatrisk vård. Olika teman framkom som de viktigaste i vad som de menade betecknar ett vårdande samtal, som betydelsen av närvaro – att vara där, att verkligen lyssna på vad patienten berättar, och betydelsen av att patienten får berätta sin lidandeberättelse nämndes av både sjuksköterskor och patienter som den röda tråden i ett vårdande samtal. Enligt Dahlberg & Segesten (2010, s 202) väntar patienterna dock ibland förgäves på att vårdarna ska ha tid att lyssna på deras berättelser. I en avhandling av Hörberg (2008) uttryckte patienterna också att de ville ha någon som mötte och samtalade med dem, men att de upplevde att vårdarna nonchalerade dem och att de därför hade tröttnat på att söka kontakt med dem. De vårdare som i studien erfardes stå för ett icke-vårdande intresserade sig inte för patienternas livsvärld, utan utgick från vad de själva ansåg att patienterna behövde. Patientdelaktigheten i den egna vården var på så vis nästan obefintlig, och patienterna beskrev hur vårdarna använde sig av klyschor som

”det bli nog bättre” och ”ta en dag i taget” (Hörberg, 2008, s 69), medan vad patienterna egentligen hade velat möta var någon som brydde sig om, och lyssnade på vad just de behövde. Även Carlsson, Dahlberg, Dahlberg & Ekebergh (2006) visade i sin studie av våldsamma möten på psykiatriska vårdavdelningar, det stora behovet hos patienter att prata med en vårdare om hur de mådde, som ett verktyg för att få tömma sig på känslor och aggressioner, och hur viktigt det är att vårdare på ett autentiskt sätt bjuder in dem till en dialog så att de får en chans att berätta sin historia. Konsekvenserna när patienterna inte blev sedda i detta behov, utan i stället möttes av avvisande, likgiltighet och icke-förstående från vårdarna, blev även här att patienterna istället ville skydda sig från kontakt med vårdarna som de upplevde såg ned på dem, och att de drog sig undan från dem med sina starka känslor av värdelöshet och hjälplöshet. Ricketts (1996) fann också i sin studie från en psykiatrisk vårdavdelning ett tydligt samband mellan patienters upplevelse av sjuksköterskornas förmåga till kommunikation och deras generella upplevelse av vården, och i en studie om patienters och sjuksköterskors syn på verbalt och socialt samspel av Rask & Brunt (2006) från en svensk rättspsykiatrisk avdelning, fann författarna att de två grupperna inte riktigt hade samma uppfattning om hur frekvent detta samspel var, även om båda grupperna såg det som betydelsefullt för vården. Generellt sett upplevde patienterna att det verbala och sociala spelet skedde i mindre utsträckning än vad sjuksköterskorna själva tyckte.

### 3 PROBLEMFORMULERING

Vårdande samtal i psykiatrisk vård beskrivs i litteraturen som en del av vårdandet, avsett att lindra patienternas lidande och stödja deras hälsoprocesser, och som samtal som tar hänsyn till patienternas livsvärld. I litteratur om vårdande samtal i psykiatrisk vård framkommer betydelsen av om vårdaren kan bygga upp en relation till patienten, och på om hen kan ge sin närvaro och sin tid till honom eller henne, för att sedan tillsammans med patienten och genom dess lidandeberättelse, ge patienten en möjlighet att finna mening i och med sitt lidande. Det är enligt litteraturen dock inte självklart att patienterna upplever att vårdare verkligen är redo att lyssna till deras berättelser. Hur sjuksköterskor i psykiatrisk vård själva ser på vårdande samtal finns det begränsat med forskning om. Den som finns visar att sjuksköterskorna själva verkar se betydelsen av att man som sjuksköterska är närvarande och lyssnande i de vårdande samtalen. Annan forskning visar dock att sjuksköterskorna kanske inte samspelar på ett verbalt sätt med sina patienter i så stor utsträckning som de själva tror. Sjuksköterskors förmåga att ha vårdande samtal med sina patienter verkar enligt litteraturen spela en betydande roll för om patienterna upplever att de har fått god vård eller inte. Därför är mer

kunskap om vilka erfarenheter och uppfattningar sjuksköterskor som i sitt arbete regelbundet samtalar med patienter av betydelse, samt vilken mening de tillskriver dessa samtal, då detta kan ge nya tankar på hur vårdare och sjuksköterskor kan utvecklas i de dagliga möten och samtal de har med patienter.

#### 4 SYFTE

Syfte med föreliggande studie är att undersöka hur sjuksköterskor inom psykiatrisk vård beskriver det vårdande samtalet.

#### Forskningsfrågor:

- Vilka erfarenheter av och uppfattningar om det vårdande samtalet har sjuksköterskor verksamma i psykiatrisk vård?
- Vilken mening ger de dessa samtal?

#### 5 TEORETISK UTGÅNGSPUNKT

*Det vårdande samtalet*, en avhandling av Lennart Fredriksson (2003), valdes som utgångspunkt för resultatdiskussionen. Avhandlingens syfte var att utveckla en teori för det vårdande samtalet ur ett vårdvetenskapligt perspektiv, särskilt som det ter sig i psykiatrisk vårdkontext.

Lennart Fredrikssons teori består av tre olika aspekter; den relationella, den etiska och den narrativa. I den relationella aspekten gör Fredriksson (2003) skillnad på vilket sätt vårdaren är närvarande med och förhåller sig till patienten i den vårdande relationen, genom att kalla det för att antingen vara i *Där-varo* eller *Med-varo* med patienten. I *Där-varo* är vårdaren uppmärksam på patientens behov och ger svar på hans eller hennes frågor. Denna relation kallar författaren för en kontakt. Här utförs olika omvårdnadsåtgärder för att uppnå konkreta mål, som till exempel att använda sig av fysisk kontakt för att visa stöd eller för att trösta, eller att säga vissa väl valda saker för att förmedla empati. *Med-varo* däremot, har med inbjudan och gåva att göra enligt Fredriksson – vårdaren erbjuder sin närvaro genom att vara tillgänglig med hela sitt väsen, och om patienten accepterar den här gåvan blir vårdaren inbjuden till att dela patientens lidande i en förbindelse istället för en kontakt. Förbindelsen karaktäriseras förutom av *Med-varo*, av lyssnande och vårdande beröring, och att vårdaren står ut med att finnas där i lidandet tillsammans med patienten, fast det kan vara obehagligt

med allt vad det innebär av egna känslor av olust, och fastän man ibland kanske inte alls vet vad man ska göra eller säga. Men kan vårdaren stå ut med detta kan det möjliggöra skapandet av en plats där patienten tillsammans med en annan människa kan komma i djup kontakt med sitt eget lidande, för att sedan kunna hitta en väg ur lidandet.

Enligt Fredriksson (2003) riskerar den vårdande relationen mellan vårdare och patient att bli oetisk när den som är aktiv (vårdaren) utövar makt över den som är passiv (patienten). Den etiska aspekten av det vårdande samtalet handlar om hur denna assymetri balanseras genom ömsesidig respekt, då patienten genom att berätta om sitt lidande blir aktiv i sitt liv igen, och i och med det kan gå från lidande till hälsa (Fredriksson, 2003).

Den narrativa aspekten i det vårdande samtalet handlar om lidandeberättelser och fasader.

Enligt Fredriksson (2003) kan patienten genom att först specificera sitt problem och sedan i kronologisk ordning ordna olika händelser från sitt liv, göra det möjligt att tillsammans med vårdaren ställa sig frågan vad meningen med lidandet är, och på så sätt inkarnera lidandeberättelsen i sin livsberättelse på ett sätt som möjliggör hälsa. Men för att detta ska bli möjligt måste patienten överge den fasad som skyddat patienterna mot lidande och skam, men som också orsakat lidande, då den hindrat patienten från att vara i kontakt med delar av sig själv. Exempel på sådana fasader kan vara; ensam är stark, offret och den osynliga. Fasaderna har enligt Fredriksson (2003) en gång uppkommit ur en rädsla för att bli övergiven och ur skammen att se sig själv som omöjlig att älska.

## 6 METOD

För att få en djupare förståelse för sjuksköterskors erfarenheter och uppfattningar av vårdande samtal har en kvalitativ ansats valts, som enligt Backman (2008, s 47) kännetecknas av att intresset ligger i att studera hur människan uppfattar och tolkar den verklighet som finns omkring henne, till skillnad från naturvetenskaplig forskning, där man försöker förklara hur den objektiva verkligheten ser ut. Analysen gjordes med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Enligt Elo & Kyngäs (2007) är det en metod som är etablerad inom vårdvetenskaplig forskning och som har flera fördelar. Bland annat är den känslig för vilket innehåll som framkommer i datamaterialet, och den är även flexibel att använda på studier med flera olika sorters design.

## 6.1 Urval

I en kvalitativ studie är enligt Malterud (2009, s 56) ett strategiskt urval att föredra framför ett slumpmässigt. Ett strategiskt urval är sammansatt så att det ska kunna ge svar på den fråga som avses. Tanken med sammansättningen i denna studie om hur sjuksköterskor som arbetar i psykiatrisk vård beskriver vårdande samtal, har varit att få mångfald och bredd i urvalet. Därför har det gjorts i ett storstadsområde, både bland sjuksköterskor verksamma på heldygns- och öppenvårdsavdelningar, och både bland sjuksköterskor som har specialistutbildning i psykiatrisk vård, och bland dem som saknar specialistutbildning. Till att börja med erhöles via muntligt medgivande från ordföranden i en vänförening kontakt med två stycken sjuksköterskor som arbetar i öppen beroendevård. För att få en bredare data till studien önskades efter dessa två intervjuer även kontakt med sjuksköterskor vid allmänpsykiatriska avdelningar. Ett brev skickades till verksamhetschefen för en psykiatrisk klinik, där tillåtelse att kontakta chefssjuksköterskor på olika avdelningar efterfrågades (se bilaga 1). När medgivande om studiens genomförande erhöles, kontaktades fyra olika avdelningar upp per telefon, och studien presenterades för de chefssjuksköterskor som visat intresse. Även ett informationsbrev skickades per e-post till dessa chefssjuksköterskor (se bilaga 2), som vidarebefordrades till sjuksköterskorna på avdelningarna. Slutligen deltog sex stycken sjuksköterskor verksamma i psykiatrisk vård; två från beroendevården och fyra från den allmänpsykiatriska vården, fem kvinnor och en man i åldern 25-55, varav fyra av dessa sex hade specialistutbildning i psykiatrisk vård.

## 6.2 Datainsamlingsmetoder

Halvstrukturerade individuella intervjuer valdes för att samla in data. Enligt Kvale & Brinkmann (2009, s 43-44) kan kvalitativa forskningsintervjuer användas när man vill förstå teman i vardagsvärlden ur informanternas egna perspektiv. Att intervjuerna var halvstrukturerade innebar att de varken var öppna vardagssamtal eller slutna frågeformulär, utan utfördes enligt en intervjuguide som fokuserade på vissa teman och innehöll förslag till sonderande frågor (Kvale & Brinkmann, 2009, s 43-44).

En frågeguide inspirerad av Kvale & Brinkmann (2009, s 150-157) användes och innehöll följande tematiska frågor:

- Vad är ett vårdande samtal för dig?
- Kan du beskriva ett tillfälle när ett vårdande samtal känns bra respektive mindre bra?
- Vad känner du generellt inför de här samtalen; vad tycker du att de ger dig som sjuksköterska och vad hoppas du att de ska ge till patienten?

Dessa tre tematiska huvudfrågor valdes utifrån studiens syfte och följdes under intervjuerna upp med sonderande frågor av typen *Kan du säga någonting mer om det?* och *Har du fler exempel på det?*, för att uppmuntra till en utveckling av de svar som gavs. Den avslutande frågan blev om intervjupersonen hade någonting som hen ville tillägga.

Två av intervjuerna genomfördes under hösten 2012, de resterande fyra under våren 2013. Avsikten var att vara följsam mot informanternas önskemål i fråga om plats för intervjuerna. Den första intervjun genomfördes på Ersta Sköndal högskola och de andra fem på informanternas respektive arbetsplatser. Intervjuerna pågick under 30 – 60 minuter och spelades in med hjälp av diktafon. Datamaterialet transkriberades efter intervjuerna till text.

### 6.3 Analysmetod

Analysen vägledades av kvalitativ innehållsanalys enligt Elo & Kyngäs (2007), vilka delar in analysprocessen i en förberedelsefas, en organiseringsfas och en rapporteringsfas. I förberedelsefasen ingår att välja vilken typ av innehållsanalys man vill göra; induktiv eller deduktiv. Till denna studie valdes en induktiv innehållsanalys, där författaren rör sig från det specifika till mer generella helheter för att samla in nya data och få ny kunskap. Enligt Graneheim & Lundman (2004) bestäms i början av analysarbetet även om analysen ska fokusera på det manifesta innehållet eller det latent. Det manifesta innehållet är det mest synbara och uppenbara, medan det latent förutsätter en tolkning av den underliggande meningen i texten. I denna studie valde författaren att fokusera på det manifesta innehållet, då det sågs som det mest passande för resultatets innehåll.

Texten organiserades som Elo & Kyngäs (2007) förespråkar genom öppen kodning, kategorisering och abstraktion. Den öppna kodningen gjordes genom att författaren skrev anteckningar i textens marginaler medan den lästes igenom. Detta för att få fram så många aspekter av innehållet i texten som möjligt. Textens meningsbärande enheter, det vill säga ord eller meningar som delade samma centrala innehåll (Graneheim & Lundman, 2004),

markerades också med färgpennor. De meningsbärande enheterna klipptes sedan ut ur texten och sorterades i högar utifrån innehåll. Kategorier bildades utifrån dessa urklippta meningsbärande enheter, med stöd ifrån de anteckningar som gjorts i marginalerna under genomläsningarna. Genom att ge varje kategori passande namn utifrån innehållet, formulerades en beskrivning av innehållet i datamaterialet. Denna process av abstraherande pågick så länge det kändes meningsfullt och möjligt. I denna studie strukturerades och omstrukturerades datamaterialet till fyra kategorier och sju underkategorier utkristalliserat sig.

## 7 FORSKNINGSETISKA STÄLLNINGSTAGANDEN

Kvale & Brinkmann (2009) beskriver fyra centrala områden som diskuteras i etiska riktlinjer; *informerat samtycke* – att informera undersökningspersonerna om syftet med undersökningen, att de deltar frivilligt och när som helst har rätt att dra sig ur, *konfidentialitet* – att inte avslöja privata data som identifierar deltagare i undersökningen, *konsekvenser* – om vikten av att bedöma konsekvenserna av en kvalitativ studie, både efter den skada som deltagarna kan komma att lida, och efter de vetenskapliga fördelar som ett deltagande i studien kan ge, och till sist *forskarens roll* – som handlar om vikten av att som forskare ha moralisk integritet och vara känslig för, och engagerad i moraliska frågor. Det kan också handla om att som forskare försöka uppnå en så hög vetenskaplig nivå på den kunskap som ska publiceras som möjligt. Författarna menar dock att det inte är meningen att kvalitativa forskningsintervjuare ska försöka lösa problemen med dessa fyra, utan kunna hålla sig öppna för de etiska dilemman som kan komma att uppstå under forskningsprocessen. Då kan de fyra områdena användas som påminnelser om vad man etiskt ska leta efter när man forskar genom intervjuer. Fokus kommer då att handla mer om forskarens etiska kapacitet och inte så mycket om etiska riktlinjer och principer. Etiska problem uppstår också enligt Kvale & Brinkmann (2009) ofta på grund av den asymmetriska maktrelation som råder mellan intervjuare och informant, där intervjuaren ofta är den med mer makt. Det behöver inte handla om ett avsiktligt utövande av makt från intervjuarens sida, utan helt enkelt om den inneboende strukturen i den kvalitativa forskningsintervjun. Till exempel kan detta ta sig i uttryck i att intervjupersonen mer eller mindre medvetet kan uttrycka vad hon eller han tror att intervjuaren vill höra. Även om denna maktasymmetri kanske inte går att eliminera från forskningsintervjun, eller från andra mänskliga samtal och relationer överhuvudtaget, är poängen enligt Kvale & Brinkmann (2009), att intervjuaren bör reflektera över vilken roll makten spelar i produktionen av den kunskap som kommer ur intervjuerna.



Inför och under intervjuerna i denna studie har författaren försökt att vara medveten om dessa etiska ställningstaganden. I informationsbrevet till sjuksköterskorna stod det skrivet om informerat samtycke och konfidentialitet, och informanterna har även blivit muntligt informerade så noggrant det har varit möjligt. Vilka konsekvenser studien skulle kunna ge de medverkande i studien, i relation till de fördelar studien eventuellt skulle kunna ha, bedömdes inte av författaren inte som etiskt tvivelaktiga, så länge som de andra tre etiska överväganden togs i akt. Något som författaren funderat över och har med konfidentialiteten att göra, var att chefsjuksköterskan på en av avdelningarna från början var medveten om vilka av sjuksköterskorna på avdelningen som skulle delta i studien, eftersom det var chefsjuksköterskan som planerade så att de kunde få bli intervjuade på arbetstid. Detta skulle eventuellt kunna uppfattas som något som sätter konfidentialiteten lite ur spel. I fråga om forskarens roll och den maktbalans i intervjusituationen som Kvale & Brinkmann (2009) tar upp, har författaren under intervjuernas gång hela tiden försökt vara medveten om sin roll som intervjuare, och den struktur som Kvale & Brinkmann (2009) menar finns mellan intervjuare och intervjuperson. Reflektioner har hela tiden funnits hos författaren över vilket sätt intervjuerna genomförts och hur frågor ställts i intervjusituationerna. Tankar på hur dessa kanske skulle ha kunnat göras annorlunda, har förhoppningsvis gjort att författaren under hela tiden som datainsamlingen pågått har utvecklats som intervjuare.

## 8 RESULTAT

Nedan följer en redovisning av resultatet som svar på studiens forskningsfrågor. Resultatet består av fyra kategorier och sju underkategorier; ***Två sätt att organisera vårdande samtal*** med underkategorierna *Strukturerade och inplanerade samtal* samt *Ostrukturerade och spontana samtal*, kategorin ***Förhållningssätt*** med de tre underkategorierna *Öppenhet*, *Lyssnande* och *Ömsesidighet*, kategorierna ***Att använda sina egna känslor*** och ***Meningen med vårdande samtal*** med de två underkategorierna *Att vilja göra någonting gott* samt slutligen *Att få någonting tillbaka*.

### 8.1 Två sätt att organisera vårdande samtal

Informanterna nämnde två olika former av vårdande samtal de hade med sina patienter; strukturerade och inplanerade samtal samt mindre strukturerade och spontana samtal. I de första styrdes innehållet av vad vårdaren planerat innan, medan man i de ostrukturerade och

spontana samtalen ville vara följsam mot vad patienten hade behov av att prata om just i stunden. Informanterna menade att båda dessa samtal fanns i vårdandet, att båda typerna behövdes, och att dessa två typer av samtal också ofta kunde glida över i varandra.

### 8.1.2 Strukturerade och inplanerade samtal

De strukturerade och inplanerade samtalen var pedagogiskt inriktade och kallades även av några informanter för stödsamtal. De hade ett tydligt syfte som var specificerat innan i en omvårdnadsplan. Till exempel kunde det handla om att fokusera på sömn- eller ångestproblem, vilket en av informanterna uttrycker som att:

*då brukar vi oftast specificera i omvårdnadsplanen vad vi ska fokusera på, alltså vad fokus ska ligga på... utifrån vad patienten själv har tyckt, så ibland kan det vara stödsamtal med fokus på sömn, ibland är det stödsamtal med fokus på ångesthantering, alltså det kan vara ganska brett*

Hos vissa informanter fanns dock en viss tveksamhet i att använda sig av allt för mycket av strukturerade mallar och till exempel KBT - inspirerade samtalstekniker i de strukturerade samtalen. I alla fall ville de dölja dem inför patienten, då det kunde kännas lite fyrkantigt och stelt att använda dem. En informant ville till exempel inte kalla det första samtalet för inkomstsamtal inför patienten, och tyckte även hon att det störde ”flowet” i samtalet att sitta med papper och skriva under samtalet, och att det ledde till att samtalet kändes enkommunikationsaktigt, vilket inte var önskvärt. En annan informant uttryckte att hen överhuvudtaget såg vårdande samtal som någonting väldigt konkret, på samma sätt som vilken annan omvårdnadsåtgärd som helst, som till exempel att lägga om ett sår. Vårdande samtal var enligt denna informant på förhand genomtänkta samtal, grundade på en förförståelse av vad patienten led av, men då en tillräcklig struktur fanns inom informanten, och då hen var van och trygg i sin sjuksköterskeprofession, kunde hen släppa lite på mallarna och hen hade sällan papper med sig till samtalen. Hen menade också att sjuksköterskorna ju är styrda av dokumentationen, av att kalla något för anamnes eller status, men att det kunde vara fruktbart att tänka mer som i livsberättelser när de pratade med sina patienter, då det gjorde det lättare att fånga upp det viktiga i vad patienterna berättade om från sitt liv.

Att vara tydlig med vilka tidsramar som gällde för samtalet uttrycktes dock som någonting bra och som något som gav trygghet till patienten. Det gällde dels att i förväg bestämma tid med patienten för samtalet, och dels att innan samtalet började tala om för patienten hur lång tid som patienten hade till sitt förfogande. Även att hjälpa patienten med ramar för att begränsa de ämnen som skulle tas upp under samtalet var något som sågs som fruktbart, vilket en informant uttryckte som:

*och så försöker man välja ut då nåt ämne och så försöker man hålla sig till det, vilket inte alltid är så lätt för att det spårar... och spretar... dom hänger ihop med varann och så... men att man ändå försöker lite grann liksom hålla ihop samtalet så att det blir... så att man kan få ut nånting begripligt av det*

### **8.1.3 Ostrukturerade och spontana samtal**

De ostrukturerade och spontana samtal som uppkom av sig själva, när ingen direkt agenda fanns, var enligt några informanter de samtal som verkade vara de mest vårdande för patienterna. Till exempel kunde det vara när sjuksköterskan bara helt informellt satte sig ned med en patient och pratade om vad patienten hade behov av att prata om just i stunden, som till exempel de korta samtal som kunde uppstå när man möttes i korridoren. De hade märkt att dessa samtal gynnade relationen mellan sjuksköterska och patient då de verkade göra patienterna trygga så att de vågade öppna sig för sjuksköterskorna i större grad. Informanterna uttryckte också att det kunde bli en större fördjupning i de spontana samtalen än i de planerade. En informant såg även en skillnad på hur vårdande samtal såg ut i psykiatrisk öppen- och slutenvård. Hon hade själv arbetat inom både och, och tyckte att spontaniteten var lättare att få till i slutenvården, då det var mindre formellt där, och att det därför gick snabbare att få till bra möten och samtal än i öppenvården. Detta exemplifierades av informanten som:

*Man har inte så mycket yttre skyddsfaktorer som man har privat liksom, när man sitter på en mottagning...*

*När patienterna kommer dit (till slutenvårdsavdelningen), då får de byta om, de blir av med sina privata kläder, och de blir... liksom allting blir inlåst... och folk mår dåligt, de sitter... då kan jag sätta mig på sängkanten, ta dem i handen ...*

Informanten försökte dock, i sitt nuvarande arbete på en öppenvårdsmottagning, att föra över det här spontana, som hon upplevt på slutenvårdsavdelningar hon arbetat på, till sitt nuvarande arbete, vilket uttrycktes som:

*... utom när man tar emot nybesök och går igenom... ankomstsamtal och så där, men annars är det väldigt fritt i rummet*

En informant såg dessa spontana samtal utan agenda från sjuksköterskans sida som de mest krävande samtalen, då ingen mall fanns att tillgå och då man i dessa enbart hade sig själv och sin kunskap och erfarenhet att luta sig mot.

## **8.2 Förhållningssätt gentemot patienten**

Informanterna beskrev på olika sätt hur deras förhållningssätt gentemot patienterna var betydande i de vårdande samtalen. Det handlade om att försöka vara öppen för patienternas behov, att verkligen kunna lyssna på patienterna, och att se vikten i att det fanns en ömsesidighet mellan sjuksköterskan och patienten i de vårdande samtalen.

### **8.2.1 Öppenhet**

Informanterna beskrev det vårdande samtalet som ett samtal där man har patienten i fokus och utgår från patientens behov där och då. Detta var inte alltid så lätt, då informanterna ibland redan innan upplevde att de hade en förutfattad mening om vad en viss patient hade för behov, särskilt om de träffat på patienten vid tidigare vårdtillfällen. Några av informanterna talade också om vikten av att i samtalen se bortom personens diagnos och att i stället se helheten, människan bakom och personen som den var, i sin vardag och hur han eller hon hade det där. Informanterna nämnde också hur man anpassade samtalen till vem man pratade med; att man lade sig på olika nivåer och talade på olika sätt, beroende på om det till exempel var till en gammal eller en ung person. En informant berättade om att hon satt sig ned och pratade med en patient för att gå igenom vad som stod på Vårdguiden på internet om den diagnos patienten just fått, och som patienten hade svårt att förhålla sig till. Detta var ett sätt för informanten att avdramatisera det hela för patienten, och att göra ett besked om en viss diagnos mer konkret och lättillgänglig. Att ta sig tid och ta sig an en persons unika behov på det här sättet verkade verkligt vårdande för patienten enligt informanten. Informanten talade även om hur patienter verkade få lättare att öppna sig för henne efter hembesök, till exempel

när patienten själv fått bjuda på kaffe och fått möjlighet att berätta sin livshistoria för informanten i sin egen hemmiljö.

Sjuksköterskans förmåga att kunna avgöra på vilket sätt en viss patient skulle kunna bli hjälpt i en viss situation, sågs av en informant som något av en konst:

*det som är konsten i vården är ju det här att vara lyhörd och kunna fånga upp dom här signalerna och se vad är det egentligen den här personen vill ha hjälp med? och kunna erbjuda det då i ett samtal*

En informant uttryckte hur detta kunde misslyckas om han i för stor grad började tolka det som patienten berättade, då detta kunde leda till att han drog förhastade slutsatser som han sedan ”spann vidare på”.

### **8.2.2 Lyssnande**

För att kunna ha bra vårdande samtal behövde man kunna lyssna enligt flera av informanterna. För några informanter i studien var det som de först och främst ville ge i ett vårdande samtal också att vara en lyssnande medmänniska. Med lyssnandet ville informanterna förmedla respekt; att de tog patienten på allvar. Informanterna tänkte också att lyssnandet i sig skulle kunna lindra patienternas ångest. Några av informanterna uttryckte det som att de ville dela patienternas börda genom att bara lyssna och ta emot. Att bara finnas med patienten i rummet, att ge sig tid och vara närvarande tillsammans med patienten var det viktigaste för dem, och något som de trodde i sig gav den trygghet som de ville förmedla.

Om sjuksköterskan av någon anledning var ofokuserad och till exempel på grund av stress ville ha samtalet avklarat så fort som möjligt, eller om hen kanske i sitt sinne redan var på väg hem, och därför utstrålade att hen inte lyssnade, kunde det förstöra möjligheten att vara lyhörd för patientens behov enligt informanterna. En informant uttryckte:

*och är det sen då att man egentligen inte känner sig upplagd för det samtalet och man känner att man egentligen har jättebråttom och man sitter och tittar på klockan så här liksom – men kom igen, fort, fort, jag är på väg hem – då är det bättre att man inte ger sig in i samtalet för*

*då är det ganska, tror jag, man har ganska små förutsättningar för att det ska bli ett bra vårdande samtal*

### **8.2.3 Ömsesidighet**

En informant uttryckte att när hon märkte att det klickade, när det uppstod en kontakt, och om hon kände att det blev ett möte i det vårdande samtalet, så visste hon att hon var på rätt spår i sitt arbete som sjuksköterska. Att även känna att det fanns en tillit mellan henne och patienten, tyckte hon var nödvändigt för att ett samtal skulle bli bra, och allt detta kunde i sin tur hjälpa henne vidare med att hitta fungerande omvårdnadsåtgärder tillsammans med och för patienten. Om man däremot inte hade samma målsättning med samtalet som patienten, kunde det bli ett hinder för att ett möte och ett bra samtal skulle kunna ske enligt några informanter. När sjuksköterskan till exempel ville gå på djupet med någonting som patienten inte var redo för, om hen var för ivrig och gick för snabbt fram, eller om maktobalansen mellan sjuksköterska och patient blev allt för tydlig, kunde det störa möjligheten för sjuksköterska och patient att mötas i ett vårdande samtal.

### **8.3 Att använda sina egna känslor**

Informanterna talade om hur man i samtalen kunde använda de egna känslorna som väckts i mötet med patienten och att det kunde vara gynnsamt för relationen mellan dem att ”bjuda på sig själv” lite grann. Detta kunde man göra genom att till exempel säga ”jag blir orolig...”, eller ”jag blir ledsen för din skull...” till patienterna eller att man berättade något om sig själv och var lite personlig på det sättet, för att visa att man också var en människa precis som vilken som helst. Detta kunde leda till att patienten kände större tillit och vågade bli mer öppen. Informanterna uttryckte det också som tillfredsställande för deras egen del att få använda sig själva som instrument och av att få använda sin magkänsla i samtalen. Det var dock inte alltid okomplicerat att använda sina egna känslor i samtalen enligt en informant. Informanten uttryckte att hen pendlade mellan att vara en professionell och en inkännande medmänniska, och även hur det kändes att ha negativa känslor mot patienter. I de fallen kunde de personliga känslorna stå i vägen för ens förmåga att hjälpa personen menade hen, eftersom det då blev svårare att få till en relation. En informant uttryckte att:

*det blir nästan som att man gömmer sig bakom nån slags skydd av professionalitet lite grann som att det... jag tycker att det är betydligt svårare att hantera det hela...*

*i dom samtalen för då kan jag liksom inte använda mina egna genuina känslor på det sättet utan tvärtom går en del av min energi åt att trycka undan det jag egentligen känner*

Det fanns även andra informanter som uttryckte hur svårt det kunde vara att ha vårdande samtal med patienter som de haft en konflikt eller diskussion med, och där känslor av irritation låg i vägen.

## **8.4 Meningen med vårdande samtal**

Informanterna i denna studie talade också på olika sätt om vad meningen med vårdande samtal var för dem. De uttryckte hur de genom samtalen på olika sätt ville göra någonting gott för patienterna, men också att de själva fick någonting tillbaka av vårdande samtal.

### **8.4.1 Att vilja göra någonting gott**

Informanterna nämnde på olika sätt att de ville göra någonting gott genom de vårdande samtalen. De nämnde till exempel att de ville förmedla hopp till människor som annars inte hade någon tro på framtiden.

*då tror jag att det är ganska viktigt att få höra att nån faktiskt säger att det finns visst en framtid, det kommer att bli bra*

Några informanter talade också om att de ville att patienterna på något sätt skulle bli stärkta genom samtalen, att de skulle få bättre självkänsla och självförtroende, se på sin situation mer positivt och få kraft att kunna gå vidare. Informanterna ville också gärna hjälpa till med att bryta gamla mönster och ge ny kunskap till patienterna, och de såg att det kunde vara lugnande för dem att bena ut saker och ting tillsammans med sjuksköterskan. De ville med samtalen lindra patienternas lidande i stunden och att de skulle må bättre efter samtalen och känna att de fått ut någonting av dem. Det kunde vara tillräckligt att ha som mål att patienten skulle stå ut tills i morrn enligt en av informanterna, men de ville även gärna ge dem någonting som de kunde ha nytta av längre fram i tiden. En informant nämnde vikten av att få patienterna att själva reflektera över sin situation, och det fanns också en önskan om att i samtalen lägga tillbaka så mycket som möjligt till patienterna, då de ju egentligen hade alla svar själva.

### 8.4.2 Att få någonting tillbaka

Informanterna berättade också att de ofta kände att de fick mycket tillbaka av dem de pratade med; att de mådde bra av att vara behövda och att de blev stärkta och tillfredställda av att vårda genom vårdande samtal. Viljan att hjälpa var stor och de vårdande samtalen gav dem en bekräftelse, och i vissa fall en ”egoboost”, då de genom samtalen såg hur de kunde bidra till att hjälpa en patient att må bättre. Några informanter uttryckte att de blev stärkta och mer säkra i sin yrkesroll när de visste att de efter samtalen gjort rätt bedömningar. En informant menade också att samtalen gav henne bekräftelse på att hon gjorde det hon skulle som sjuksköterska, då de utgjorde en grund för omvårdnadsanamnes och status, och hon uttryckte:

*såklart på nåt sätt så vet jag ju att jag gör mitt jobb då, ja... eh... vissa saker ska jag ju... ska jag ju göra... anamnes och status... vissa saker... eller att vi har planerat ett samtal och då... så att det är ju också... ja... det ger ju mig också bekräftelse i min, ja vad ska man säga, arbetsmoral eller att jag gör ju det jag ska också på nåt sätt*

Informanterna uttryckte också att de vårdande samtalen var något som gav mening och fördjupning till arbetet som sjuksköterska, genom att de gav dessa samtal tid och inte bara ”kastade in” mediciner i patienternas rum för att sedan springa vidare till nästa. De uttryckte även att de tack vare samtalen kunde sätta ord på vad de egentligen gjorde som sjuksköterskor, vilket i sin tur kunde rädda dem från känslan av tomhet i att bara vara en utförare av olika omvårdnadsåtgärder, något som av några av informanterna sågs som en fara för sjuksköterskor i allmänhet.

Några av informanterna menade också att samtalen gav dem erfarenhet och fördjupad kunskap om människor i stort av de vårdande samtalen. Det var också tillfredsställande för informanterna att lära känna patienterna bättre som individer, och att känna att de var någon de hade tillit till och som patienterna ville anförtro sig åt.

*det är ju nåt som är ganska stort kan man tänka sig, att man faktiskt får ta emot det (...) och att om nån väljer att göra det och om man känner nån slags kontakt då är*



*man ju... ja kanske speciell på ett sätt eller man känner att den här personen väljer att öppna sig för mig... så att det känns ju bra*

## 9 DISKUSSION

### 9.1 Metoddiskussion

I en kvalitativ studie kan begreppet tillförlitlighet (eng trustworthiness) användas för att diskutera och utvärdera dess kvalitet (Graneheim & Lundman, 2004, Shenton, 2004). Detta kommer också att göras i denna studie. Tillförlitligheten diskuteras i sin tur med kriterierna trovärdighet (eng credibility), pålitlighet (eng dependability) och överförbarhet (eng transferability) (Graneheim & Lundman, 2004), och som enligt Shenton (2004) även med kriteriet konfirmerbarhet (eng confirmability).

#### 9.1.2 Trovärdighet

Trovärdigheten har med vad som avses undersökas i studien och om de forskningsmetoder som används är i överensstämmande med det som undersöks. Till denna studie valdes kvalitativ metod, då man i kvalitativ metod söker förstå hur människor uppfattar sin verklighet (Backman, 2008, s 47), vilket också var i enlighet med syftet. Ett strategiskt urval gjordes, vilket enligt Malterud (2009, s 58) främjar tillförlitligheten i en kvalitativ studie, då den kvalitativa metoden har sin styrka i tvetydigheter och nyanser i resultatet (Malterud, 2009, s 58). Informanter med varierande perspektiv bidrar med en rikare variation på det fenomen som studien avser, vilket i sin tur också bidrar till en större trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2004). Författaren strävade också efter mångfald och bredd i urvalet, och sökte informanter bland sjuksköterskor verksamma både på heldygns- och öppenvårdsavdelningar, både bland sjuksköterskor med specialistutbildning i psykiatri, och bland sjuksköterskor utan specialistutbildning. Åldern på de deltagande varierade också men enbart en man deltog, vilket kan ses som att det ger en rättvis bild av hur det ser ut på arbetsplatser där männen är underrepresenterade, även om det kanske hade varit önskvärt med en jämnare könsfördelning för att få så heterogent datamaterial som möjligt.

Halvstrukturerade intervjuer valdes för att samla in data, med en intervjuguide inspirerad av Kvale & Brinkmann (2009, s 150-157). Denna lade fokus på vissa tematiska huvudfrågor (se 6.2) utifrån studiens syfte, men där fanns ändå utrymme för informanternas egna associationer och för dem att delge sina egna tankar utan att känna sig låsta av de frågor som ställdes av

författaren. Detta överensstämde med den kvalitativa forskningsintervjuens strävan att ”erhålla nyanserade beskrivningar av olika aspekter av intervjupersonens livsvärld” (Kvale & Brinkmann, 2009, s 43). En utveckling av svaren uppmuntrades genom att författaren ställde frågor som ”Hur?” och ”Kan du säga någonting mer om det?”. Detta sammantaget var till fördel för trovärdigheten (Shenton, 2004), liksom att informanterna uttryckligen uppmuntrades till uppriktighet under intervjuerna, och till att verkligen förmedla sina egna tankar, då det inte fanns några rätta svar på frågorna (Shenton, 2004). Kvale & Brinkmann (2009, s 129-131) förespråkar att forskaren själv får bestämma hur många intervjupersoner som behövs för respektive studie, utifrån dess syfte. I denna studie utvärderades behovet av antal intervjuer under intervjuperiodens gång, och sex intervjuer sågs slutligen som ett bra antal för att bidra till tillräcklig mångfald i resultatet.

Innan datainsamlingen började fanns det hos författaren en tanke på att göra en analys med fenomenologisk ansats av det insamlade datamaterialet. När materialet var insamlat insåg dock författaren materialets begränsning för att en sådan analysmetod skulle vara möjlig att genomföra, och beslutade sig för att i stället göra en kvalitativ innehållsanalys med vägledning av Elo & Kyngäs (2007). Det transkriberade materialet lästes igenom ett flertal gånger och anteckningar gjordes i marginalen (öppen kodning). De meningsbärande enheterna markerades, klipptes ut och lades ut på ett bord. Dessa lades sedan i högar och strukturerades till kategorier utifrån innehåll, med stöd av de anteckningar som gjorts i marginalen på sidorna med transkriberad text. Efter att ha tagit paus från materialet under några månader gjordes analysen med klara ögon på liknande sätt ytterligare än gång. Kategoriernas innehåll och uppdelning diskuterades igenom och några av dem omstrukturerades ett flertal gånger i samråd med handledaren. Detta måste också ses som till fördel för studiens trovärdighet. Enligt Graneheim & Lundman (2004) är det av vikt för trovärdigheten i en studie att kategorierna stämmer väl överens med datan, så att ingenting som är relevant blir exkluderat och ingenting irrelevant blir inkluderat.

Samtliga intervjuer utom en skedde på informanternas arbetsplatser. Detta för att de flesta önskade bli intervjuade på arbetstid. Förhoppningsvis kände sig informanterna trygga på dessa arbetsplatser, och det var också författarens intryck. Eventuellt hade dock mer neutrala platser för intervjuernas genomförande hjälpt till att få fram ett så tvetydigt och nyanserat resultat som möjligt, vilket är en styrka i kvalitativa studier (Malterud, 2009, s 58, Graneheim & Lundman, 2004).

### 9.1.3 Konfirmerbarhet

Konfirmerbarhet handlar om huruvida resultatet verkligen grundar sig på informanternas erfarenheter, och inte på forskarens egna preferenser (Shenton, 2004). Enligt Kvale & Brinkmann (2009, s 260) och Dahlberg, Dahlberg & Nyström (2008, s.135) bör forskaren skriva om sin förförståelse för att på så sätt få insikt om dem, så att den inte ligger i vägen för ny kunskap. Författaren till denna studies förförståelse skrevs också ned innan studien genomfördes vilket ökade konfirmerbarheten i resultatet (Shenton, 2004). Förförståelsen går delvis att läsa i inledningen till studien. Det handlar om hur författaren föreställde sig att vårdare ibland på ett godtyckligt sätt har samtal med sina patienter, ofta med egna agendor som att de gått en kurs eller utbildning i KBT eller liknande som de gärna vill praktisera, vilket eventuellt gör att lyssnandet på vad patienten har behov av att prata om kommer i andra hand. Resultatet visade dock på en större medvetenhet om och vilja till öppenhet gentemot patientens behov än vad författaren trodde fanns.

### 9.1.4 Pålitlighet

I denna studie finns en detaljerad beskrivning av hur processen gått till steg för steg vilket stärker pålitligheten. Denna handlar om nödvändigheten i att beskriva forskningsprocessen i detalj så att framtida forskare ges möjlighet att repetera studien (Shenton, 2004).

### 9.1.5 Överförbarhet

En detaljerad beskrivning av analysprocessen och även av vilket urval man gjort för studien och varför, samt hur insamlande av data gått till, förenklar även för läsare att bedöma studiens överförbarhet (Graneheim & Lundman, 2004). Överförbarhet handlar om huruvida studien skulle kunna överföras till andra sammanhang (Shenton, 2004). Överförbarheten stärks också om det som i denna studie finns en utförlig presentation av resultatet, samt om citat från den transkriberade texten finns med (Graneheim & Lundman, 2004).

## 9.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att undersöka hur sjuksköterskor verksamma i psykiatrisk vård beskriver vårdande samtal. Nedan diskuteras resultatet först utifrån de tre aspekter som utgör Fredrikssons (2003) teori om det vårdande samtalet; den relationella, den etiska och den

narrativa, med tyngdpunkt på den relationella aspekten, då det var i den som det fanns flest beröringspunkter med resultatet. Efter det diskuteras resultatet i relation till övrig forskning. Studien kallas nedan för *den aktuella studien*, för att skilja den från andra studier som nämns.

## 9.2.1 Resultat i förhållande till teoretisk utgångspunkt

### 9.2.1.1 Den relationella aspekten

Informanterna i den aktuella studien gjorde en uppdelning mellan strukturerade/inplanerade samtal och ostrukturerade/spontana samtal. I den första typen samtalade man med patienten vid ett inplanerat klockslag, det fanns en mall att följa och/eller ett förutbestämt ämne att ta upp tillsammans med patienten. I den senare typen var man mer öppen för vad patienten ville ta upp i samtalet just för stunden, och man kunde ofta börja samtalet spontant, till exempel i korridoren på avdelningen. Enligt informanterna var dessa två typer av samtal inte alltid renodlade, utan kunde gå över i varandra, men de skiljdes ändå åt på ett sätt som skulle kunna liknas vid hur Fredriksson (2003) i den relationella aspekten av sin teori, ser två sätt att relatera till patienten; i en kontakt eller i en förbindelse. Kontakten kan relateras till problemlösning enligt Fredriksson (2003), vilket enligt författaren kan jämföras med hur informanterna i den aktuella studien ser på de strukturerade/inplanerade samtalen, medan det i förbindelsen mer går ut på att dela upplevelser (Fredriksson, 2003), vilket kan jämföras med hur informanterna ser på de ostrukturerade/oplanerade samtalen i den aktuella studien. Båda typerna av samtal behövdes enligt informanterna, men enligt författaren fanns det ändå hos informanterna i den aktuella studien en önskan att ha det som Fredriksson (2003) kallar en förbindelse, snarare än en kontakt med patienterna. Informanterna i den aktuella studien talade om hur de strukturerade/inplanerade samtalen kunde vara att ta anamnes och status för att kunna planera omvårdnadsåtgärder, och att man på det sättet bekräftade för sig själv att man gjorde sitt jobb som sjuksköterska, men det var de spontana samtalen som informanterna såg som de mest vårdande för patienterna. Deras erfarenhet var också att dessa samtal gav mening till arbetet som sjuksköterska, och räddade dem från att bara vara utförare av olika åtgärder. Informanterna i den aktuella studien ville finnas där på riktigt för patienterna, och talade om att lyssna och vara närvarande, och om hur det inte kunde uppstå något vårdande i samtalen om man hade bråttom eller på annat sätt inte riktigt klarade av att vara närvarande. Enligt Fredriksson (2003) är närvaro en förutsättning för lyssnande, och lyssnandet kan vara ett första steg till att bilda en relation, och innebär att vara tyst och koncentrerad och ”att ge tid och plats för patienten att tänka och berätta” (citats s 59).

### 9.2.1.2 Den etiska aspekten

Ömsesidighet mellan sjuksköterska och patient uttrycktes av informanterna som någonting nödvändigt för att ett vårdande samtal skulle bli bra; att det ”klickar” och blir ett möte var viktigt för att samtalen skulle kunna utgöra en grund för att hitta fungerande omvårdnadsåtgärder enligt en informant. Tanken på ömsesidighet kan enligt författaren ses som ett uttryck för en medvetenhet om det som Fredriksson (2003) kallar för den etiska aspekten av det vårdande samtalet. Enligt Fredriksson (2003) krävs ömsesidighet för att det asymmetriska förhållandet mellan vårdare och patient inte ska bli oetiskt och för att återigen bygga upp patientens aktivitet (i stället för passivitet) och därmed gå från lidande till hälsa. Detta visas som en ömsesidig respekt också där vårdaren väntar på att få bli inbjuden av patienten att dela patientens lidande. Informanterna uttryckte att de vårdande samtalen inte kunde bli bra om man inte hade samma målsättning som patienterna med samtalen, om man till exempel gick fram för fort och ville gå på djupet med någonting som patienten inte var redo för. Informanterna uttryckte även att de ville fömedla att de tog patienterna på allvar och ville visa respekt mot dem genom att vara lyssnande medmänniskor. De ville också använda sina egna känslor i möten med patienter och ”bjöd på sig själva” för att visa att de var jämbördiga, vilket även det skulle kunna visa på en vilja till ömsesidighet enligt författaren, liksom i informanternas tveksamhet inför att i allt för hög grad ha strukturerade/inplanerade samtal med sina patienter. Kanske kunde informanterna känna att asymmetrin i relationen mellan sjuksköterska och patient cementerades i dessa samtal, då de uttryckte att de kunde kännas stela, fyrkantiga och enkommunikationsaktiga, medan de uttryckte att de ostrukturerade/spontana samtalen gynnade relationen mellan sjuksköterska och patient, och gjorde patienterna trygga så att de vågade öppna sig för sjuksköterskorna i högre grad.

### 9.2.1.3 Den narrativa aspekten

Den narrativa aspekten i Fredrikssons (2003) teori handlar bland annat om att lyssna på patientens lidandeberättelse, att hjälpa patienten själv formulera sitt problem för att kunna förstå varför lidandet uppstått, att kunna se hur det är nu, och vad patienten önskar och behöver för framtiden. Efter detta behöver patienten ordna händelserna i sitt liv i ett tidsperspektiv för att till slut kunna se en mening med lidandet enligt Fredriksson (2003). En informant i den aktuella studien nämnde vikten av att när man som sjuksköterska tar anamnes av patienten försöka se det som patienten berättar om som livsberättelser, för att på så sätt

fånga upp det viktiga i det patienten säger. Även en annan informant talade om vikten av att lyssna på patientens livshistoria, vilket enligt författaren kan ses som en vilja till att vårda utifrån kunskap om det som patienten berättar från sitt liv, och en medvetenhet om det som Fredriksson (2003) kallar för den narrativa aspekten av det vårdande samtalet. Informanterna uttryckte att de ville få patienterna att själva reflektera över sin situation, och att de ville ”lägga tillbaka” så mycket som möjligt till patienterna eftersom de menade att de egentligen hade alla svar själva. Detta visar enligt författaren att informanterna i den aktuella studien ville hjälpa patienterna att återfå sin egen röst genom att berätta om och sätta ord på sitt lidande. Enligt Fredriksson (2003) är en egen röst det första som behövs för att kunna berätta en berättelse, och då lidandet tillfälligt kan ha tystat en människas röst är någon som kan lyssna vad en patient som lider behöver. I Fredrikssons (2003) teori ingår dock att vårdaren tillsammans med patienten också ska tolka det som kommer fram i patienternas berättelser, för att på så vis hitta en mening med lidandet, vilket inte riktigt överensstämmer med resultatet. En informant i den aktuella studien ansåg tvärtom att det inte är vårdarens uppgift att tolka det som patienten berättar, då hen såg en fara i att man kunde tolka fel och sedan börja ”spinna vidare” på den felaktiga tolkningen. Informanterna i den aktuella studien verkade överhuvudtaget inte lägga så mycket tyngdpunkt på vad man kom fram till i de vårdande samtalen. De flesta informanter verkade se som det mest centrala i de vårdande samtalen att man faktiskt lyssnade, vilket var någonting som man i sig hoppades skulle lindra patienternas lidande, även om tankar på att ge ny kunskap och på att få patienterna att ”bryta gamla mönster” och ”bena ut saker och ting” också fanns hos några informanter.

### **9.2.2 Resultat i förhållande till övrig forskning**

Informanterna i den aktuella studien talade om en vilja till att använda sina egna känslor i samtalen för att visa att man är en människa vilken som helst. Att på det här sättet få använda sig av sig själva var något som flera av informanterna också fann tillfredsställande för egen del. Hem & Heggen (2003) och Kasén (2002) menar också att det i mötet med patienter handlar om att bli berörd och använda sin egen sårbarhet. Att våga bjuda på sig själv i de vårdande samtalen ledde enligt informanterna i den aktuella studien till att patienterna vågade vara öppna tillbaka. Dock verkar det som om det ibland ändå fanns en trygghet för informanterna i att stanna kvar i sin roll som sjuksköterska. Hade man haft en diskussion eller dylikt som gjorde att man kände negativa känslor gentemot patienten kunde det kännas svårt att veta vad man skulle göra med dessa känslor. Även i en studie av Fredriksson från 1998,

uttryckte en informant hur det kändes när man som sjuksköterska själv hade ett lidande som var svårt att bära, och hur det gjorde det svårt att visa medlidande med patienten.

Hos en av informanterna i den aktuella studien fanns också en uppfattning om att de ostrukturerade samtalen kunde kännas krävande då det inte fanns någon direkt mall att följa, och då allt hängde mer på en själv som person. Enligt Wiklund Gustin (2012, s 41) behöver sjuksköterskan kunna röra sig mellan olika perspektiv i relation till patienten. Det handlar enligt henne om att kunna vara nära patienten och möta hen där hen är men också att klara av att hantera den här närheten på ett professionellt sätt. Kunskapen om patienten som sjuksköterskan får i det nära mötet måste reflekteras över i relation till vetenskaplig teori om hälsa och lidande (Wiklund Gustin, 2012, s 41).

Informanterna beskrev de ostrukturerade/spontana samtalen som de mest vårdande, som när de till exempel satt sig på sängkanten och bara lyssnade och tog emot det som patienterna hade behov av att tala om. Då fanns det enligt informanterna störst chans till fördjupning, och de gånger man stannade till och pratade lite spontant i korridoren så gynnade detta relationen mellan sjuksköterska och patient. Burnard (2003) tog också upp hur det vardagliga småpratet har betydelse för kommunikationen mellan sjuksköterskor och deras patienter i psykiatrisk vård, där sjuksköterskorna blir ihågkomna lika mycket för sin personlighet som för vilka råd de ger. Flera av informanterna i den aktuella studien hade också erfarenhet av att till exempel använda sig av pedagogiskt inriktade metoder, där syftet var att fokusera på ett visst på förhand utvalt problem som patienten sade sig lida av. Informanterna beskrev dels att det ibland kunde kännas fyrkantigt och stelt att använda dessa metoder, men samtidigt fann informanterna en mening i att lära ut olika färdigheter som patienterna kunde ha nytta av, både i stunden och längre fram i livet. Informanternas tveksamhet till att ha strukturerade/inplanerade samtal med patienterna diskuteras även ovan i relation till den etiska aspekten av Lennart Fredrikssons (2003) teori om det vårdande samtalet. Dahlberg och Segesten (2010, s 207) menar att då det gäller att vara öppen mot patienternas livsvärld, går det inte att sätta upp manualer för hur ett samtal ska se ut. Enligt Wiklund Gustin (2012, s 237-238) ligger vårdande samtal på en nivå bortom metoder, men hon menar att dessa ändå kan användas om de inte blir ändamål i sig, för att underlätta de vårdande samtalen och stödja patientens hälsoprocesser.

Informanterna i den aktuella studien uppfattade det som värdefullt att förhålla sig öppen i samtalen och anpassa dem till individens unika behov, till störst del verkade detta ske i de ostrukturerade samtalen. Informanterna talade även om att de alltid försökte se patienten som en människa i sin helhet bortom de diagnoser som patienten fått, till exempel hur hen hade det i sin vardag, vilket enligt författaren också kan ses som att informanterna hade en vilja till att se till sina patienters livsvärld i samtalen. Dahlberg & Segesten (2010, s 127-128) menar att man när man vårdar med livsvärlden som ansats har en öppenhet inför människors sätt att se på sin sjukdom och på hur den på olika sätt påverkar deras liv, och enligt Todres, Galvin & Dahlberg (2007) skulle ett vårdande som tar mer hänsyn till människors livsvärld kunna vara en väg till en mer demokratisk och human sjukvård med ett mer holistiskt sätt att se.

### 9.2.3 Konklusion och förslag till framtida forskning

Enligt författaren till denna studie överensstämmer informanternas beskrivning av det vårdande samtalet till stor del med Lennart Fredrikssons (2003) teori. Informanterna i den aktuella studien ger flera exempel på uppfattningar och erfarenheter som kan härledas till den relationella, den etiska och den narrativa aspekten av Fredrikssons (2003) teori.

Informanterna i den aktuella studien gjorde *dock* inte som Fredriksson (2003) någon tydlig uppdelning i vad de kallade för vårdande samtal eller vårdsamtal, men en uppdelning mellan två typer av samtal som förekom i informanternas beskrivning ändå; de strukturerade och inplanerade och de ostrukturerade och spontana samtalen. Alla informanter uttryckte också tydligt vad de uppfattade verkade vara det mest vårdande för patienterna i samtalen, och vad som kunde göra att samtalen blev mindre vårdande. Till exempel uppfattades de mallar och tekniker som användes på informanternas respektive arbetsplatser som något som ibland kunde störa sjuksköterskor från att ha vårdande samtal. I Fredrikssons (2003) teori om det vårdande samtalet finns också en klar struktur över vad som händer i ett vårdande samtal steg för steg, och där ingår det att vårdaren tolkar det som patienten berättar. Det är möjligt att det finns en liknande omedveten struktur hos var och en som vårdar genom samtal, men det var ingenting som kom fram i resultatet. Man uttryckte dock att man ogärna tolkade det som patienterna berättade, utan menade att vårdande samtal till största delen handlade om att i relationen mellan sjuksköterska och patient möta patienterna på ett öppet sätt, och att vara lyssnande och närvarande i dessa samtal. Det fanns hos informanterna också en stark vilja till att verkligen se patienterna och deras behov och av att använda sig av själva och sina egna



känslor i mötet med dem. Men det verkade också finnas en viss rädsla för att ha de spontana samtalen, och ibland en längtan till att skydda sig bakom en professionell roll.

Författaren frågar sig om man på avdelningar och mottagningar där mallar för samtal används skulle behöva mer diskussioner utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv kring varför man har dem, vad uppgiften egentligen är i samtal av olika slag och utifrån detta hur mallar och metoder kan hjälpa till i den uppgiften. Finns det kanske annars en risk frågar sig författaren, att metoderna istället förvirrar och förhindrar oss från att vara öppna för patienterna och deras livsvärld. Ibland kanske de till och med används som skydd och som förstärkare av rollen som sjuksköterskor och vårdare och därmed snarare som hinder än hjälp för vårdarna att lindra patienternas lidande? Kanske behöver de som arbetar med patienter som lider av psykisk ohälsa mer stöd i vad som är det viktigaste i samtalen, och stöd i att bara våga finnas där för dem, och att lyssna, ibland utan att ens veta vad de själva ska säga härnäst. Kanske bör detta också som Fredriksson (2012) föreslår diskuteras med hjälp av begreppet vårdande kommunikation, istället för vårdande samtal, om man ska kunna få syn på det mest centrala och viktiga när det gäller hur vi samtalar och kommunicerar med våra patienter. Det vårdande samtalet ses hos Fredriksson (2012) som en väg till att nå den vårdande kommunikationen, som här betyder återupprättande av den för patientens förlorade gemenskapen. Som tidigare nämnts kan lidandet enligt Fredriksson (2012) göra människan utan ord och på så vis avskärmad från gemenskap med andra. Författaren tänker att vare sig man på avdelningar och mottagningar använder mallar och tekniker i samtalen ej, och vilka tekniker som i så fall används, så kan man genom att vara uppmärksam på hur lidandet ter sig för den enskilda patienten, och genom att inbjuda till en vårdande kommunikation i all form av vårdande, inte enbart i de vårdande samtalen, få den lidande patienten att känna att hen inte är ensam med sitt lidande, utan blir sedd och lyssnad på. Författaren tror även att handledning ur ett vårdvetenskapligt perspektiv är viktig för att man som vårdare ska få chans att på ett konstruktivt sätt reda ut de känslor som väckts i möten med patienter, så att dessa inte ligger i vägen för att man ska orka med att vara närvarande i patienters lidande, och kunna hjälpa dem att stärka sina hälsoprocesser. Detta tror författaren särskilt är av vikt om den psykiatriska vården ska kunna göra patienterna mer medskapande i sin egen vård, och på så vis kunna vara med och utveckla en mer human sjukvård på det sätt som Todres, Galvin & Dahlberg (2007) menar.

Som tidigare nämnts handlar en del av den narrativa aspekten hos Fredriksson (2003) om fasader; patientens fasader som innebar att hen spelat en roll i livet av att ha varit ”offret” eller ”den osynliga”, och som haft som uppgift att dölja patientens lidande för såväl hen själv som för omgivningen. I den aktuella studien kom det inte fram så mycket som skulle kunna härledas till tankar om patienternas fasader, men en informant talar om hur hen själv ibland kunde gömma sig bakom ett ”skydd av professionalitet”, vilket skulle kunna ses som att hen berättar om en fasad hen byggt upp för att skydda sig själv, i arbetet som sjuksköterska. Detta, och efter att ha haft en kontakt per mejl med Lennart Fredriksson innan studien genomfördes, där LF uttryckte ett intresse av att veta mer om hur sjuksköterskor ser på begreppet fasader, väcktes en tanke hos författaren till den aktuella studien för framtida forskning; att det vore önskvärt med studier som undersöker hur sjuksköterskor i psykiatrisk vård ser på fasader, på sin roll som sjuksköterska, och vad professionalitet är för dem.

## REFERENSFÖRTECKNING

- Arvidsson, B. & Skärsäter, I. (red) (2006). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Burnard, P. (2003). Ordinary chat and therapeutic conversation: phatic communication and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 678-682.
- Carlsson, G., Dahlberg, K., Dahlberg, H. & Ekebergh, M. (2006). Patients longing for authentic personal care: A phenomenological study of violent encounters in psychiatric settings. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 287-305.
- Dahlberg, K., Dahlberg, H., & Nyström, M. (2008). *Reflective Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K., Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur och kultur.
- Ekebergh, M. (2012). Tillämpning av vårdvetenskapliga begrepp i vårdandet. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Elo, S. & Kyngäs, H. (2007) The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62, 107-115.
- Eriksson, K. (1994) *Den lidande människan*. Stockholm: Liber utbildning.
- Eriksson, K. (1987) *Vårdandets idé*. Stockholm: Norstedts förlag.
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Doktorsavhandling. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1167-1176.
- Fredriksson, L. (1998). The Caring Conversation – Talking About Suffering. A Hermeneutic Phenomenological Study in Psychiatric Nursing. *International Journal for Human Caring*, 2, 24-32.
- Fredriksson, L. (2012). Vårdande kommunikation. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- 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.

- 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.
- Hammarlund, C-O. (2001). *Bearbetande samtal*. Stockholm: Natur och kultur.
- Hummelvoll, J. K. (2006). *Helt - ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sygepleie og psykisk sundhet*. 3 udgave. Köpenhamn: Hans Reitzels forlag.
- Hartrick, G. (1997). Relational capacity: the foundation for interpersonal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 523-528.
- Hem, M.H., & Heggen, K. (2003). Being professional and being human: one nurse's relationship with a psychiatric patient. *Journal of advanced nursing*, 43, 101-108.
- Hörberg, U. (2008). *Att vårdas eller fostras. Det rättspsykiatriska vårdandet och traditionens grepp*. Doktorsavhandling. Växjö: Växjö university press.
- Kasén, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Doktorsavhandling. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Andra upplagan. Lund: Studentlitteratur.
- Nygård, I. J., Nåden, D., & Foss, B. (2011). Hvordan kan samtale bidra til å lindre lidelse og fremme helse hos kvinner med fødseldepresjon? *Vård i Norden*, 99, 34-38.
- Nyström, M. (2003). Psykiatrisk vård i ett livsvärldsperspektiv. I K. Dahlberg, K. Segesten, M. Nyström, B-O, Suserud & I. Fagerberg (red.) *Att förstå vårdvetenskap* (s 59-67). Lund: Studentlitteratur.
- Olsson, H., & Sörensen, S. (2004). *Forskningsprocessen. Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber.
- Peplau, H.E. (1991). *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Rask, M. & Brunt, D. (2006). Verbal and social interactions in Swedish forensic psychiatric nursing care as perceived by the patients and nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 100-110.
- Shenton, A. (2004) Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for information*, 22, 63-75.
- Söderlund, M. (2012). Vårdande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a

humanasing philosophy that intergrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10, 53-63.

Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: FA Davis Company.

Wiklund, L. (2008). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

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

## BILAGA 1, Brev till verksamhetschef

Hej! Mitt namn är Klara Blomberg och jag arbetar som sjuksköterska. Just nu går jag min specialistutbildning i psykiatrisk vård på Ersta Sköndal högskola. Under hösten har jag påbörjat min magisteruppsats som avser undersöka innerbördan av vårdande samtal. Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor upplever vårdande samtal, samt vilken betydelse och mening de ger åt dessa. För detta syfte håller jag på med att intervjua sjuksköterskor som arbetar inom psykiatrisk slutenvård- och öppenvård, och är av denna anledning i behov av att komma i kontakt med fler sjuksköterskor som skulle vilja delta i studien. Därför ber jag nu om Ditt medgivande att få kontakta chefssjuksköterskor på avdelningar och mottagningar i xxxxx xxxxxxxxxxxx psykiatri, för att de i sin tur ska kunna vidarebefordra denna förfrågan till sjuksköterskor på de olika avdelningarna / mottagningarna.

Varje intervju tar ca en timme och spelas in och sparas på ett dataminne (USB), vilken förstörs då intervjuerna är genomförda. Det antecknas inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som har blivit intervjuad. Intervjuerna skrivs ut på papper för att underlätta hanteringen av materialet, och utgör sedan det resultat som presenteras i uppsatsen. Om man väljer att delta kan man när som helst avbryta utan närmare förklaring. Resultatet kommer att redovisas i ett examensarbete som kommer att finnas tillgänglig som en rapport såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek. Studien fyller inget kommersiellt syfte.

Om Du har frågor eller vill ha mer information så ring gärna Klara Blomberg på telefonnummer 073-3798031, eller skicka ett mail till [klara.blomberg@student.esh.se](mailto:klara.blomberg@student.esh.se).

Mats Ewertzon  
Lektor, fil. dr.  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel. 08-555 05053  
E-post: mats.ewertzon@esh.se

Klara Blomberg  
Leg. sjuksköterska, fil. kand.  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel. 073-379 80 31  
Epost: klara.blomberg@student.esh.se

## **BILAGA 2, Informationsbrev till informanter**

### **Förfrågan om deltagande i undersökning. Till dig som är sjuksköterska inom psykiatrisk öppen- eller slutenvård.**

Denna undersökning vänder sig till sjuksköterskor som arbetar i psykiatrisk vård och avser att undersöka innebörden av vårdande samtal. Med vårdande samtal avses här samtal som sjuksköterskor har med patienter, samtal som även kan kallas för andra saker, till exempel stödjande samtal. Syftet med studien är att beskriva hur sjuksköterskor upplever vårdande samtal, samt vilken betydelse och mening som ges dessa samtal. En ökad förståelse för det vårdande samtalet kan bidra till kunskapsutveckling vid vård av psykisk ohälsa.

#### **Med denna information tillfrågas Du att delta i undersökningen.**

Om Du vill medverka kommer Du få vara med om en individuell intervju. Intervjun är som ett vanligt samtal under ca en timme, och kommer med Ditt medgivande att spelas in. Intervjuerna kommer sedan skrivas ut, för att underlätta bearbetningen. Det skrivs inga namn eller andra personuppgifter som visar vem som har blivit intervjuad. Det är Klara Blomberg som kommer att intervjuas. Intervjuupptagningen kommer att sparas på ett dataminne (USB) och förstörs då analyserna är genomförda. Insamlat material kommer att förvaras inlåst. Resultatet kommer att redovisas i examensarbete som kommer att finnas tillgänglig som en rapport såväl i pappersformat som elektroniskt via Ersta Sköndal högskolas bibliotek. Studien fyller inget kommersiellt syfte.

Ditt deltagande i denna undersökning är frivilligt och Du kan när som helst avbryta Din medverkan utan förklaring.

Är Du intresserad av att delta, om Du har frågor eller vill ha mer information så ring gärna Klara Blomberg på telefonnummer 073-3798031, eller skicka ett mail till [klara.blomberg@student.esh.se](mailto:klara.blomberg@student.esh.se). Svar om deltagande senast 2013-02-04.

Mats Ewertzon  
Lektor, fil. dr.  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel. 08-555 05053  
E-post: [mats.ewertzon@esh.se](mailto:mats.ewertzon@esh.se)

Klara Blomberg  
Leg. sjuksköterska, fil. kand.  
Ersta Sköndal Högskola  
Institutionen för vårdvetenskap  
Tel. 073-379 80 31  
Epost: [klara.blomberg@student.esh.se](mailto:klara.blomberg@student.esh.se)

