



**MÄLARDALENS HÖGSKOLA  
ESKILSTUNA VÄSTERÅS**

Akademien för hälsa, vård och välfärd

# Samtal om hjärtat

Det vårdande samtalet och dess innebörd  
för patienter drabbade av hjärtinfarkt.

Examensarbete i: Vårdvetenskap  
Nivå: Avancerad  
Högskolepoäng: 15  
Program/utbildning: Vårdvetenskap med  
inriktning mot kardiologi  
Kurskod: OVA 052

Datum: 081008

Författare: Maria Liljeroos

Handledare: Miriam Ekstedt

Examinator: Ingrid Snellman

## **Sammanfattning**

Att ena dagen vara frisk och mitt i livet och nästa dag drabbas av akut och allvarlig sjukdom leder för patienten till en känsla av kaos. Under vårdtiden ska sjuksköterskan hjälpa patienten genom detta kaos och förbereda patienten för att lämna sjukhuset och fortsätta med sitt liv. Detta görs genom vårdande samtal som syftar till att informera om sjukdomen, riskfaktorer och livsstilsförändringar. Samtalen har också en stödjande funktion.

Syftet med examensarbetet är att utifrån hjärtinfarktpatienters upplevelser beskriva innebörden av det vårdande samtalet med sjuksköterskan. Det teoretiska perspektivet är det vårdande samtalet. Data utgörs av intervjuer med tio hjärtinfarktpatienter cirka två veckor efter utskrivningen. Lindseth och Norbergs (2004) fenomenologiska hermeneutiska metod användes vid analysen av berättelserna. Resultatet visar att samtalen innebär en möjlighet för patienten att få kunskap om sjukdomen men för att samtalet ska hjälpa patienten vidare kan det inte standardiseras utan det måste fördjupas. Patienten måste få känna att sjuksköterskan har tid att lyssna och vara närvarande för att delaktighet ska uppnås. Först då kan samtalet djupna och få den vårdande innebörd som är så viktig för patienten.

Nyckelord: Patient, hjärtinfarkt, vårdande relation, vårdande samtal.

## **Abstract**

That one day be healthy and in the middle of the life and the next day suffering from acute and severe illness leads for the patient to a sense of chaos. During the time at the hospital the nurse will help the patient through this chaos and prepare the patient to leave hospital and get on with his life. This is done through caring conversation, which aims to provide information on the disease, risk factors and lifestyle changes. The caring conversations also have a supporting role.

The aim of the study is to, on the basis of the heart infarction patient's perspective, describe the meaning of nurse's conversation. The frame is the caring conversation. Data consists of interviews with ten heart infarction-patients two weeks after discharge from the hospital. The methodological approach was phenomenological- hermeneutic as described by Lindseth and Norberg (2004). The result showed that the conversation means an opportunity for the patient to get knowledge about the disease, but the conversation can not be standardized if the patient should get help to get on with his life. The patient must feel that the nurse have time to listen, being present and involve the patient in the conversation. At that time, and not before that, the conversation turns to the caring conversation that means so much for the patient's recovery.

Keywords: Patient, heart infarction, caring relation, caring conversation.

# Innehållsförteckning

<b>Inledning</b>	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b>	<b>1</b>
Hjärt-kärlsjukdom	1
Hjärtinfarktpatientens behov av kunskap och delaktighet	2
Konsekvenser av utebliven kunskap och delaktighet	2
Det vårdande samtalet sett ur ett sjuksköterskeperspektiv	3
Det vårdande samtalet sett ur ett patientperspektiv	5
Teoretiskt perspektiv	7
Problemområde	7
<b>Syfte</b>	<b>8</b>
<b>Metod</b>	<b>8</b>
Urval och undersökningsgrupp	9
Genomförande	10
Analys	11
Forskningsetiska aspekter	12
<b>Resultat</b>	<b>13</b>
Naiv tolkning	13
Tematisk strukturanalys	13
Sammanfattande tolkning av resultatet som helhet	21
<b>Diskussion</b>	<b>22</b>
Metoddiskussion	22
Resultatdiskussion	24
Etikdiskussion	28
Slutsatser	28
Förslag till vidare forskning	28
<b>Referenslista</b>	<b>30</b>
<b>Bilagor</b>	
1. Informationsbrev till verksamhetschef	
2. Intervjuguide	
3. Skriftlig patientinformation samt informerat samtycke	

## **Inledning**

Under de 20 år jag arbetat med patienter med hjärtsjukdom har en enorm utveckling skett. När jag började 1988 pågick det studier för att se om det var effektivt att behandla patienter drabbade av hjärtinfarkt med trombolys, idag skickas en patient med akut hjärtinfarkt direkt till röntgenavdelningen för att göra en ballongvidgning. Vårdtiden var då 8-10 dagar mot dagens vårdtid på 4-5 dagar.

Som nyfärdig sjuksköterska var jag väldigt fokuserad på det medicinska, på det som hände här och nu och jag reflekterade inte så mycket hur patienten mådde när denne lämnade avdelningen. Efter några år i yrket vaknade intresset för omvårdnaden av hjärtpatienter och under senare år, med ett långt perspektiv på hjärtinfarktvården har jag uppmärksammat att det som inte förändrats genom åren är patientens upplevelser i efterförloppet av en hjärtinfarkt.

Sjuksköterskans uppgift, att medverka till att stödja såväl patienter som anhöriga ser jag i dag som central. För att kunna vara ett gott stöd måste sjuksköterskan ständigt utveckla sin förmåga att förstå patienten och söka föreställa sig hur de tänker och känner i den situation de befinner sig i. Kort sagt bygger detta på en välfungerande vårdande relation mellan patient och sjuksköterska, en relation byggd på ömsesidighet och delaktighet.

Under vårdtiden ska sjuksköterskan förbereda patienten för att lämna sjukhuset och fortsätta med sitt liv. Detta görs genom samtal som syftar till att informera om sjukdomen, riskfaktorer och livsstilsförändringar. Samtalen har också en stödjande funktion. Samtalen har i stort inte förändrats mycket under dessa år, möjligen hinner sjuksköterskorna prata mindre med sina patienter idag då många andra administrativa rutiner ska skötas parallellt.

Föreliggande examensarbete avser att ur ett vårdvetenskapligt perspektiv beskriva hur patienten upplever sjuksköterskornas vårdande samtal och vilken betydelse de vårdande samtalen har för patienter drabbade av hjärtinfarkt. Inom vårdvetenskapen studeras fenomen. I detta examensarbete utgörs fenomenet av sjuksköterskans vårdande samtal med patienter drabbade av hjärtinfarkt. Resultatet ska ge sjuksköterskan fördjupad kunskap om det vårdande samtalet så att det möter dessa patienters behov, ökar delaktigheten och stödjer dem i den förändrade livssituation som följer efter en hjärtinfarkt.

## **Bakgrund**

Bakgrunden inleds med en kort beskrivning av hjärt- kärlsjukdom och dess etiologi. Sedan följer en beskrivning av hjärtinfarktpatientens behov av kunskap och delaktighet och konsekvenser av utebliven kunskap och delaktighet. Efter detta följer en redovisning av tidigare forskning gällande det vårdande samtalet sett ur ett sjuksköterske- och ett patientperspektiv. Bakgrunden avslutas med en beskrivning av examensarbetets teoretiska perspektiv och med en problemformulering.

### **Hjärt- kärlsjukdom**

Hjärt- kärlsjukdom är idag ett stort folkhälsoproblem. Akut kranskärlssjukdom är den vanligaste anledningen till akut sjukvård, och hjärt- kärlsjukdomar orsakar till stor del den dödlighet och sjuklighet som idag förekommer i Sverige (Schenck- Gustafsson, 2003). I Sverige är 12 % av befolkningen drabbade. I åldrarna över 65 år är närmare hälften av alla människor drabbade och 10-14 % sjukhusvårdas varje år (Wallentin, 2005). Hjärtinfarkt är den

vanligaste enskilda dödsorsaken bland hjärt- kärlsjukdomar. Flertalet av de patienter som avlider i hjärtinfarkt dör innan ankomst till sjukhus (Johansson & Ekebergh, 2006).

Den vanligaste orsaken till en hjärtinfarkt är att ett aterosklerotiskt plack, en inlagring av fett i kärlväggen, går sönder. Då bildas en propp genom att den skadade kärlväggen snabbt aktiverar trombocyter och plasmakoagulation. Proppen i sin tur täpper sedan helt eller delvis till kärlet och syrebrist uppstår. Hjärtinfarktens storlek är beroende på hur länge hjärtvävnaden är utan syre (Wallentin, 2005). Målsättningen med behandlingen är att rädda liv, lindra symtom, minska skadan, förlänga livet, undvika komplikationer och förhindra återinsjuknande. Behandlingsresultatet är bättre ju tidigare efter insjuknandet som behandlingen startas. Förutom de samhällsekonomiska konsekvenserna som följer med sjukdomen, innebär den även ett lidande för den som drabbas (Johansson & Ekebergh, 2006).

### **Hjärtinfarktpatientens behov av kunskap och delaktighet**

En hjärtinfarkt är i många avseenden en livsstilssjukdom, vilket innebär att miljön och vårt sätt att leva påverkar sjukdomens uppkomst och utveckling. För den som drabbas finns därför en möjlighet att kunna påverka sin framtida hälsa. Därför behöver patienten få bästa möjliga information, stöd och behandling för att kunna påverka sjukdomens utveckling och förebygga återinsjuknande. Dessa uppgifter vilar till stor del på sjuksköterskan, både under vårdtiden och i rehabiliteringsprocessen efter utskrivningen (Johansson & Ekebergh, 2006). De personer som drabbas av en hjärtinfarkt blir ofta medvetna om att deras livsstil kan vara en bidragande orsak till att de drabbats och de flesta är motiverade till en förändring. Att förändra sin livsstil är däremot en svår utmaning då livsstilen utvecklats under en hel livstid och för att lyckas krävs att patienten både får kunskap och stöd i förändringsarbetet (Cordon & Mc Carthy, 2006).

Åtgärder för att förhindra hjärtsjukdom inriktas dels mot att förhindra sjukdom, primärprevention och dels mot att förebygga återfall, sekundärprevention (Socialstyrelsen, 2004b). Rehabilitering som riktar sig till patienter med hjärt- kärlsjukdom har förändrats mycket under senare år. Socialstyrelsen definierar hjärtrehabilitering som ”samtliga åtgärder (fysiska, psykologiska och sociala) som vidtas för att personen dels ska kunna minska fortskridandet av sjukdomen, dels skall kunna återgå till ett liv i balans i samhället och känna sig delaktig” (Socialstyrelsen, 2004b, s.52). För att kunna uppnå dessa mål krävs åtgärder och stöd från sjukvården. Rehabiliteringen sträcker sig betydligt längre än till enbart själva vårdtiden i samband med hjärtinfarkten. Snarare kan rehabiliteringen ses som en livslång process, där patientens medverkan och delaktighet troligen har en central betydelse. Den rehabilitering som sjukhusen erbjuder idag sköts på de flesta sjukhus av sjuksköterskebaserade mottagningar. Där får patienten information om sjukdom, råd vid livsstilsförändringar samt stöd för att genomföra dessa förändringar (Johansson & Ekebergh, 2006).

### **Konsekvenser av utebliven kunskap och delaktighet**

Flera studier har tidigare belyst sambandet mellan hjärtrehabilitering och möjligheten att lyckas med livsstilsförändringar efter hjärtinfarkt. Att patienten upplever delaktighet och har kunskap framstår som centralt för att lyckas med förändringar. Huruvida patienter upplever delaktighet i efterförloppet av en hjärtinfarkt och vad som gör att delaktighet upplevs eller inte har studerats i flera studier (Winberg & Fridlund 2002; Ivarsson, Larsson, Sjöberg, 2004). I en studie finns beskrivet att patienter som väntade på kranskärlsoperation kände sig delaktiga i vården när de fick information om sin sjukdom, den kommande operationen och när de visste var de kunde vända sig vid problem. I andra studier har oro och depression beskrivits som ett av hindren patienter uppger för att inte klara av att genomföra livsstilsförändringar. Dessa patienter

upplever sig mindre delaktiga och deltar i lägre utsträckning i rehabiliteringsprogram. En studie från England konstaterade att en av fem patienter uppvisar minst måttliga tecken på depression efter en hjärtinfarkt vid skattning med The hospital anxiety and depression scale (HADS). De drar slutsatsen att hjärtrehabilitering inte är så framgångsrik som vi tidigare trott (Carless, Douglas, Fox, Mc Kenna, 2006). I en irländsk studie tittade man på livsstilsförändringar sex veckor efter en hjärtinfarkt och där rapporterade en tredjedel av patienterna psykologiska besvär och att denna grupp lyckades sämre med sina livsstilsförändringar än de som inte upplevde psykologiska besvär (Cordon & Mc Carthy, 2006). Studierna belyser också vikten av att göra anhöriga delaktiga i rehabiliteringen. De fungerar annars ofta som broms för patienten på grund av sin oro och rädsla. Författarna konkluderar att det är svårare för oroliga och deprimerade patienter att klara av att genomföra viktiga livsstilsförändringar och uppleva delaktighet. Kvinnor är enligt vissa studier mer drabbade än män, andra studier har däremot inte kunnat se att det är någon skillnad mellan könen. Däremot är äldre patienter mer utsatta (Grace, Abbey, Zachary, Irvine, Franche, Stewart, 2002).

### **Det vårdande samtalet ur ett sjuksköterskeperspektiv**

I kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska (Socialstyrelsen, 2005) anges att sjuksköterskan ska ge stöd, information och undervisning till patienter. Hon ska också observera, värdera och vid behov åtgärda förändringar i patientens fysiska och psykiska hälsa. Sjuksköterskan skall även informera anhöriga och förvissa sig om att både patient och anhörig förstått given information (Socialstyrelsen, 2004b).

Fredriksson (2003) framhåller att kommunikation mellan sjuksköterska och patient är en av de viktigaste delarna för att patienten ska känna sig nöjd med vården. Kommunikation sker via ett förhållningssätt (Maltén, 1998) och sjuksköterskan har ett ansvar gällande val av förhållningssätt och val av handlingar (Jahren Kristoffersen, 1997). Trots detta ansvar använder sjuksköterskan endast 42 % av sin arbetstid till patientkontakt och cirka 8 % av den tiden går till strukturerade samtal. Medellängden på samtalen är 3 minuter och sjuksköterskan använder mestadels av tiden till att förklara procedurer för patienten (Whittington & McLaughlin, 2000). Andra forskningsresultat visar att vårdrelationen mellan patient och sjuksköterska inte får tillräckligt utrymme i vården (Dahlberg, 2002; Nyström m.fl., 2003). Sjuksköterskor uttrycker där besvikelse över att de har begränsat utrymme att i sitt arbete att erbjuda patienter en personlig relation (Jackson, 2004).

Den personliga relationen beskrivs av flera författare som det som lägger grunden till det vårdande samtalet. Utan en vårdande relation uteblir den vårdande aspekten av samtalet. Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) beskriver en god vård som en vård som erbjuder ett lindrat lidande, ett ökat välbefinnande samt ett fungerande livsvärldsperspektiv med öppenhet för personen som levd och subjektiv kropp. Den goda vården är beroende av att det finns någon form av fungerande mellanmänsklig relation mellan vårdare och den drabbade. Målsättningen är, att det skall uppstå en relation i vilken vårdaren gör sitt bästa för att lindra lidande och främja välbefinnande. Vårdaren har ansvar för sin professionella kompetens, men den får inte ta överhand så att vårdaren bara ser den generella sjukdomsproblematiken utan även ser den enskilda personens upplevda problem. I en vårdande relation handlar det mer om att vara än att göra.

Utifrån vårdarens perspektiv menar Kasén (2002) att det första mötet styr den fortsatta utvecklingen av den vårdande relationen. Det tar tid att lära känna patienten och upprepade vårdande samtal kan fördjupa vårdrelationen. Om vårdaren är öppen och ger av sig själv leder det till att patienten blir öppnare. Det är också viktigt att vårdaren är tillgänglig, har kunskap

och känner ansvar för patienten. Det är också betydelsefullt att patienten blir mött i sin unika situation där han befinner sig just nu och att vårdaren både visar intresse för honom men också respekterar de gränser patienten vill ha i samtalen. Patienten kan själv bidra till en vårdande relation genom att ge sin tillit och delge vårdaren sin berättelse i det vårdande samtalet.

Billeter-Koponen och Fredén (2005) belyser att sjuksköterskor ofta har ett så ansträngande arbete att de inte orkar möta patienten i en personlig relation. Samtalen blir korta och centrerade på innehållet, vilket leder till en otillfredsställelse både hos patienten och hos sjuksköterskan. Detta resultat är även visat i flera studier, sjuksköterskorna anser att deras arbetsbelastning ibland försvårar kommunikationen, att man bara hinner med det tekniska och det medicinska arbetet (Davies, Kristjanson, Blight, 2003; Kennedy Sheldon, Ellington, 2006).

Inte bara den tidsmässiga aspekten har diskuterats i forskningen. Jarret (1995) riktar i sin tur kritik mot kvaliteten i kommunikationen. Den är knapphändig och ytligt och sjuksköterskorna beskrivs som att de kontrollerar och begränsar förloppet och ämnet i samtalen. Sjuksköterskorna småpratar hellre med patienterna än att ta sig an svåra samtal. En annan förklaring till att kommunikationen mellan patienter och sjuksköterskor ibland misslyckas kan enligt Whittington och McLaughlin (2000) vara att sjuksköterskor inte har någon specifik utbildning i kommunikation och att de känner sig osäkra vid patientsamtalen. Enligt Baldacchino (2006) är sjuksköterskor även osäkra på vilken information patienten önskar. Jarret och Payne (1995) menar att sjuksköterskor upplever att patientsamtalen är svåra och stressande, och att de känner ett behov av att utveckla sina kommunikativa färdigheter. Goda kommunikativa kunskaper kan ses som en form av kvalitetssäkring av omvårdnaden och bidra till en förbättrad kontakt med patienten. Det är lika viktigt att kunna kommunicera som att utföra tekniska och medicinska moment. Samtal låser sig ofta när samtalsmetodiken är utan struktur och en del i samtalsstrukturen är just förhållningssättet (Maltén, 1998). Eide och Eide (1997) menar att detta förhållningssätt är något som kan läras in och utvecklas. Ett exempel på förhållningssätt som kan läras in är den icke-verbala relationen, exempelvis ansiktsuttryck, ögonkontakt, kroppshållning och tonfall. Kommunikation är inte ett mål i sig utan en process för att nå omvårdnadsmålen. Vid patientsamtalet är det av stor betydelse att det verbala innehållet i budskapet och den icke-verbala kommunikationen överensstämmer. I annat fall får patienten svårt att känna tillit till sjuksköterskan.

Fredriksson (2003) menar att istället för att ge plats åt patienters känslor och frågor är sjuksköterskor för kontrollerande och fokuserade på innehållet i samtalet. De värderar enligt Whittington och McLaughlin (2000) ofta det patienten säger och försöker erbjuda lösningar eller ändra på patientens beteende. Jahren och Kristoffersen (1998) menar att sättet att förhålla sig och bemöta patienter är centralt inom omvårdnaden och kunskapsutvecklingen om förhållningssättet i vårdrelationen måste utvecklas. McCabe (2004) beskriver att en del patienter erfar att studenter har mera tid att samtala än färdiga sjuksköterskor. En förklaring till detta kan vara att studenterna ännu har tid och att de inte har så stort ansvar och många arbetsuppgifter som den färdiga sjuksköterskan.

Fredriksson (2003) menar att det inom kommunikationen går att urskilja två olika traditioner, dels den dualistiska- reduktionistiska och dels den holistiska- humanistiska. Den dualistiska-reduktionistiska traditionen kan delas upp i en instrumentell och en emotionell aspekt. Den instrumentella aspekten förmedlar information om exempelvis sjukdomen och behandling i form av en sändare- mottagare modell. I den emotionella aspekten försöker vårdpersonal skapa en förtroendefull relation genom att visa patienten respekt och tilltro och på så sätt kan ett gott förhållande uppstå mellan patient och vårdare.

Den holistiska- humanistiska kommunikationen ses däremot som en ömsesidig tolknings- och problemlösningsprocess och fokuserar på ett förhållningssätt som tar hänsyn till komplexiteten

i den mellanmännsliga relationen. De två traditionerna utesluter inte varandra utan ska snarast ses som att komplettera varandra, då det vårdande samtalet innehåller både en innehålls- och en relationsaspekt (Fredriksson, 2003).

### **Det vårdande samtalet sett ur ett patientperspektiv**

Att samtala är något alla gör varje dag och ibland utan att reflektera över det. Vi samtalar med många personer i vår omgivning och inte minst med oss själva. Att samtala om lidande upplevs inte lika självklart och enkelt som det vardagliga samtalet, men är inte desto mindre nödvändigt. När människan blir patient kastas hon in i ett kaos. Att lida innebär att uppleva verkningarna av något ont, men människan kan genom att gå igenom sitt lidande tillskriva det en mening (Fredriksson, 2003).

Kasén (2002) beskriver fyra olika typer av vårdrelationer sett utifrån patientens perspektiv. Vårdrelation som kan tolkas vara en vårdande relation beskrivs som att patienten känner sig uppmärksam och värdefull. Hon/han blir i samtalen sedd och lyssnad på. Vårdaren är aktiv och vårdar med hjärtat. Vårdrelation som kan bli en vårdande relation beskrivs som att omedelbar kontakt uppstår mellan patient och vårdare. Patienter beskriver att vårdrelationen är som relationer överhuvudtaget, man trivs och samtalar bättre med vissa människor än andra. Vårdrelationen som är frånvarande innebär att patienten är ensam i sin rädsla, oro och smärta. Relationerna till vårdarna är ytliga och det upplevs att vårdarna mer ser sig som en grupp än som enskilda vårdare. Vårdarna upplevs dock som vänliga, likvärdiga och jämställda. I en icke-vårdande relation blir patienten inte sedd eller tas på allvar. Patienter blir vårdade som ett objekt och vårdarens hållning beskrivs som kylig, högdragen, ovänlig eller tvär.

Dahlberg (2002) har visat att patienter upplever sig kränkta genom dåligt bemötande och de lider av uteblivet vårdande. Vårdandet utgår från att det finns en vårdrelation där patienten är delaktig i sin vård och i sin hälsa (Dahlberg, 2002). Bristfällig kommunikation anses vara en betydande källa till att patienter är missnöjda med vården (Kruijver, Kerkstra, Francke, Bensing, van de Wiel, 2000). Whittington och McLaughlin (2000) framhåller att patienter föredrar relationscentrerade samtal, men trots detta använder sig sjuksköterskan till största del av innehållscentrerade samtal.

Många patienter och närstående ger uttryck för att de inte vill störa när de ser att sjuksköterskorna är upptagna. På en del avdelningar finns det inte heller fysisk möjlighet att sitta ner och samtala ostört (Davies, Kristjanson, Blight, 2003; Kennedy Sheldon, Ellington, 2006). Även Woogara (2005) belyser miljön som viktig i akutsjukvården. I en studie med syfte att studera respekten för patientens integritet och värdighet framkom att avskildhet är en fundamental mänsklig rättighet för varje människa. Dock iklär sig en del patienter en patientroll och accepterar att det inte finns något privat på en flerbäddssal. Andra patienter upplever sig kränkta av vårdpersonal som visar brist på respekt i både samtals- och omvårdnadssituationer. Attebring, Ekman och Herlitz (2005) intervjuade 20 patienter som tidigare var friska och resultatet visar att patienter har en känsla av att sjuksköterskorna försöker ge information, men upplever informationen som svår att förstå eftersom den sällan ges i en lugn och avskild miljö. De tycker också att orden som används är svårbegripliga. Majoriteten av patienterna var missnöjda med att de fått för lite information av sjuksköterskan och det ledde till att deras oro ökade.

Hanssen, Nordrehaug och Rokne Hanestad (2005) menar att det är viktigt att förbättra patientinformationen och att ge stöd till patienter efter en hjärtinfarkt. Patienter som haft en akut hjärtinfarkt har behov av att få kunskap om sin sjukdom. Det som upplevs som viktigast är att få samtala med någon som svarar på frågor om sjukdomen. Frågor kan gälla fysiska och



psykologiska upplevelser av sjukdomen, livsstilsförändringar som bidrar till att minska risken för återinsjuknande, funderingar om arbetsförmågan, familjelivet och medicinering. Haugland, Hansen och Areklett (2002) menar att det är en skrämmande upplevelse att genomgå en hjärtinfarkt och det leder ofta till att patienten genomgår en krisreaktion. Sjukdomen associeras med risken för att plötsligt dö och ångest och nedstämdhet är en naturlig reaktion på händelsen. I det akuta skedet handlar omvårdnaden om att fatta beslut och agera på patientens vägnar. Ofta är patienten inte mottaglig för information och vägledning i detta stadium. Trots detta är det viktigt att sjuksköterskan börjar informera under de första dagarna för att sedan upprepa informationen och kontrollera att patienten förstått.

Många gånger skiljer sig patientens upplevelse från hur vårdpersonal uppfattar och ser på sjukdom och ohälsa (Toombs, 1993). Även inom hjärtområdet tycks det finnas en skillnad mellan personalens uppfattningar som fokuserar på ett medicinskt tänkande runt sjukdomen, och patientens upplevelse av sin sjukdom och situation och den information patienten får. Wiles (1998) beskriver den komplexitet som information och livsstilsråd kan innebära för patienter med hjärtinfarkt. Standardinformation kan öka patientens osäkerhet och leda till missförstånd om sjukdomen. Ett exempel kan vara den medicinska beskrivningen av bröstsmärta som ofta beskrivs sitta centralt i bröstet men patienten kanske känner smärtan i armen eller i ryggen. Det finns då en risk att patienten inte uppfattar sin smärta som härrörande från bröstet och därför ignorerar den. Därför är det viktigt att förutsättningslöst låta patienten berätta och att dialogen är öppen och tillåtande då den information och de livsstilsråd som patienterna får under de första veckorna efter hjärtinfarkten har en central betydelse för patientens sjukdomsbild. Det stämmer överens med vad Thompson, Ersser och Webster (1995) beskriver. Män med hjärtinfarkt har en positiv bild av framtiden en månad efter insjuknandet och de upplever att de kan kontrollera sin hälsa genom att ändra levnadsvanor utifrån de livsstilsråden de fått. Men Wiles (1998) har även funnit att patienterna efter en längre tid, till skillnad från hur det var under de första veckorna, började förstå att livet inte blev precis så som de fick berättat för sig. När de kom till insikt om att olika livsstilsförändringar inte gav några garantier för fortsatt hälsa och välmående blev de osäkra och tappade till viss del förtroendet för den medicinska kunskapen. Utifrån den information patienterna fick skapade de sig olika föreställningar. Flera av patienterna trodde till exempel att det var bråttom att förändra sin livsstil och det var viktigt i en kortare övergångsperiod under återhämtningen och tillfrisknandet, vilken de fått information om tog cirka tre månader. De trodde sig sedan vara friska och inte längre behöva ändra sin livsstil. Detta visar vikten av att sjuksköterskan förvissas sig om att den information som patienten erhåller verkligen uppfattas på rätt sätt (Hanssen, Nordrehaug, Rokne Hanestad, 2004).

Timmins och Kaliszers (2003) lät patienter på en hjärtavdelning rangordna vilken information de tyckte var viktigast att få innan utskrivningen. Alla bedömde det som viktigast att lära sig känna igen symtom på hjärtinfarkt och kärlkramp. Patienterna bedömde det minst viktigt att få information om fysisk aktivitet samt psykologiska aspekter som oro och nedstämdhet.

Bakalis och Bundy (2001) beskriver att informationen inför utskrivningen är en viktig del för patienterna. Trots det tycker en del att samordningen och informationen vid utskrivningen är bristande. Det bekräftas i en studie av Hanssen, Nordrehaug och Rokne Hanestad (2004). Patienterna tycker att sjuksköterskornas information vid utskrivningen är för allmän och teknisk och de önskar istället information om situationer som kan uppstå när de kommer hem. En studie om mäns upplevelse av ångest och depression i samband med hjärtinfarkt visar att rådgivande samtal av en sjuksköterska på vårdavdelningen minskar ångesten både under och efter sjukhusvistelsen (Thompson & Meddis, 1990).

Johansson och Ekebergh (2006) har i sin studie belyst kvinnors erfarenheter efter att ha drabbats av en hjärtinfarkt. För många kvinnor stannar livet upp, den levda kroppen upplevs annorlunda och det begränsar kvinnornas liv då de inte längre upplever trygghet i sin kropp. Denna otrygghet leder till ett lidande som kvinnorna har svårt att berätta om och det leder då till ensamhet. Författarna beskriver att kvinnor erbjuds att vara delaktiga i sin vård på vårdarens villkor, utifrån deras perspektiv på sjukdom och hälsa. Kvinnorna saknar någon som bekräftar deras upplevelse och lidande. När kvinnors livsvillkor inte uppmärksammas känner de sig reducerade till en diagnos och blir då vilsna och får svårt att se hur de ska ta tag i sina liv eller var de kan få stöd. Det tycks som om kvinnorna och vårdarna i samtalen varken möts eller förstår varandra och kvinnorna lämnas ensamma med sina existentiella frågor. Likväl som informationen kan vara till hjälp för kvinnorna kan de även lägga hinder i vägen för att uppnå hälsa och delaktighet.

### **Teoretiskt perspektiv**

Studien har utförts med ett vårdvetenskapligt perspektiv med fokus på det vårdande samtalet. I föreliggande avsnitt belyses olika aspekter av det vårdande samtalet.

I teorin kring det vårdande samtalet menar Fredriksson (2003) att kommunikationens uppgift och betydelse är att upprätta en gemenskap. Samtalet är ontologiskt sett det som lindrar lidande och leder till hälsa. Alla som drabbas av en allvarlig sjukdom kommer, oavsett prognos, att drabbas av ett lidande och fundera över varför just jag drabbats och varför hände det just nu? Det är ett sökande efter orsak och mening med det inträffade. Frågorna är befogade och det är detta som patienten behöver samtala med sjuksköterskan om för att få hjälp. För att den sjuke ska kunna berätta krävs att sjuksköterskan har förmåga att lyssna och inte bara höra berättelsen. Sjuksköterskan måste även beröra patienten i ett öppet och personcentrerat samtal och inte bara i ett innehållscentrerat samtal. För att lyckas med detta krävs att sjuksköterskan är närvarande med patienten och inte bara närvarande i rummet. För att samtalet ska upplevas som ett vårdande samtal krävs att en personlig relation existerar mellan vårdaren och patienten (Fredriksson, 2003).

Fredriksson (2003) menar att information och effektiv kommunikation inte är tillräckligt för att ge en fullgod vård, patienten behöver utrymme för att berätta om sin upplevelse och sitt lidande i ett nära samtal, det han kallar – *Det vårdande samtalet*. Det vårdande samtalet består av tre delar: Den narrativa aspekten, Den relationella aspekten samt Den etiska aspekten. Den relationella aspekten gestaltas av en förbindelse präglad av medvaro, lyssnande och beröring. I den narrativa aspekten berättar patienten om sitt lidande och genom det skapar han mening såväl i som med sitt lidande. Den etiska aspekten gestaltas genom caritas som en strävan att hjälpa patienten att återupprätta eller bevara sin självaktning, autonomi och sitt ansvar och genom detta skapa möjlighet för ett gott liv.

Eriksson (1997) menar att omvårdnadspersonalen är en viktig del av patientens värld. Patienten önskar ett äkta möte i samtalet där han/hon ses som en fullvärdig människa och blir tagen på allvar. Eriksson kallar detta för communion, vilken hon anser är essensen i omvårdnaden.

### **Problemområde**

Tidigare forskning slår fast att patientsamtalet måste innefatta både en innehållsaspekt och en personlig relationsaspekt. Relationen är mycket viktig för att patienten ska ta till sig innehållet i samtalet. Idag är en stor del av samtalen innehållscentrerade. Sjuksköterskorna anger att skälet

till detta är arbetsbelastningen som försvårar för dem att sitta ner i lugn och ro och samtala med patienterna. Även miljön och sjuksköterskans förhållningssätt, både den verbala och den icke-verbala kommunikationen, är av stor betydelse för att uppnå största möjliga utbyte av samtalet både för patienten och för sjuksköterskan. Fredriksson (2003) skriver i sin avhandling att allt lidande inte kan lindras genom samtal men samtalet kan ge uppslag till hur vi kan hjälpa patienten.

En stor del av den vårdande relationen på HIA utgörs av patientsamtal. Tidigare forskning visar att patienter som vårdats för hjärtinfarkt under vårdtiden prioriterar medicinsk kunskap, information om läkemedel och praktiska situationer som kan uppkomma hemma frågan då ställts under vårdtiden. Dock saknas forskning om patienten upplevelse efter utskrivningen. Räckte informationen de prioriterade under vårdtiden? Saknades något? Var det nog för att skapa trygghet och för att bearbeta de existentiella frågor som är vanligt förekommande efter en hjärtinfarkt?

Idag syftar sjuksköterskans samtal till att stödja patienten, att informera om sjukdom, egenvård och livsstilsförändringar och samtalen sker upprepade gånger under vårdtiden på HIA. Initialt innehåller samtalen information om dagliga rutiner och händelser för att innan hemgång fördjupas. Tidigare forskning belyser vikten av innehållet i sjuksköterskans samtal men pekar även på brister i den vårdande relationen som samtalet utgör. På vilket sätt denna relation skapas och innebörden av samtalen mellan hjärtinfarktpatienter och sjuksköterskor i det dagliga mötet är inte tillräckligt studerat. Vilken innebörd har sjuksköterskans samtal och vad utmärker ett gott samtal för hjärtpatienten?

Vi har idag inte tillräcklig kunskap om hur patienterna upplever sjuksköterskans samtal och hur väl de motsvarar de behov patienten upplever efter utskrivningen. Detta examensarbete vill belysa vad som kännetecknar ett vårdande samtal för hjärtinfarktpatienter.

## **Syfte**

Syftet är att utifrån hjärtinfarktpatienters upplevelser beskriva innebörden av sjuksköterskornas vårdande samtal under vårdtiden.

## **Metod**

I detta avsnitt presenteras undersökningsgruppen och urvalet, informanter liksom tillvägagångssättet för att genomföra undersökningen. Här beskrivs även den valda analysmetoden samt hur analysen genomfördes. Vidare beskrivs de forskningsetiska principer som studien vilar på samt hur dessa tillämpades i studien.

Studiens design är explorativ, eftersom syftet var att belysa människors upplevelser. Som datainsamlingsmetod valdes en kvalitativ intervju. I den kvalitativa intervjun ska forskaren fånga innebörden i den intervjuades livsvärld. Patienten beskriver med egna ord sin upplevelse av sin situation. För att få tillgång till människans livsvärld och få kunskap om hur människan upplever sin värld måste vi prata med varandra och den muntliga diskursen omvandlas sedan till texter som tolkas (Kvale, 1997).

## Urval och undersökningsgrupp

Data samlades in med hjälp av dem som har bäst kunskap om ämnet, nämligen patienter som drabbats av en hjärtinfarkt.

Kriterier för urvalet var:

- Vårdad på HIA på grund av hjärtinfarkt
- I första hand tidigare hjärtfrisk
- Informanten skulle vara orienterad till tid, rum, person och situation
- Kunna uttrycka sig obehindrat på svenska

Med informant avses den som intervjuas. För att få så många tidigare upplevelser och erfarenheter som möjligt belysta så har informanterna valts ut med ett ändamålsenligt urval vilket är en vanligt förekommande metod i kvalitativa studier. Det innebär att deltagare väljs ut i en strävan att få en så rik beskrivning av frågeställningen som möjligt (Polit & Beck, 2008). För att uppnå detta var strävan att få spridning gällande ålder och kön.

Totalt 11 patienter som vårdats på Hjärtintensiven (HIA) med diagnosen hjärtinfarkt tillfrågades om deltagande. En patient tackade nej till att delta så urvalet resulterade i 10 informanter med varierande ålder och bakgrund, se tabell 1. Genom att i första hand välja informanter med förstagångs- infarkt fanns möjlighet att få speciell inblick och förståelse för den nya och osäkra situation som denne befinner sig i. Då det under den aktuella tidsperioden var svårt att finna informanter som tidigare inte haft hjärtinfarkt tillfrågades tre patienter som tidigare varit vårdade för hjärtinfarkt om deltagande. Informanter som talade svenska obehindrat valdes för att underlätta kommunikationen mellan informant och intervjuare. Därmed fanns möjlighet att ha en gemensam grund vad gällde språkets olika nyanser. Att informanten skulle vara helt orienterad sågs som en förutsättning för att kunna berätta om sina upplevelser och relatera dem till det som han/hon erfarit vid samtalet med sjuksköterskan.

Resultatet bygger på intervjuer med 10 informanter, 7 män och 3 kvinnor. Medelåldern var 65 år. Tre av informanterna hade tidigare haft hjärtinfarkt, de övriga var relativt friska. Majoriteten av informanterna var pensionärer, se tabell 1 för informantgruppens sammansättning.

Tabell 1. Informantgruppens sammansättning

Infor mant	Åld er	Kön	Civilstånd	Pensionär/ arbetar	Tidigare hjärtinfar kt
1	66	Man	Ensamstående	Pensionär	Ja
2	62	Man	Gift	Pensionär	Ja
3	52	Man	Gift	Arbetar	Nej
4	35	Man	Ensamstående	Arbetssökande	Nej
5	82	Kvinna	Gift	Pensionär	Nej
6	81	Kvinna	Gift	Pensionär	Nej
7	70	Kvinna	Gift	Pensionär	Nej
8	63	Man	Gift	Arbetar	Ja
9	52	Man	Ensamstående	Arbetar	Nej
10	86	Man	Gift	Pensionär	Nej

## Genomförande

Genom personlig kontakt och ett informationsbrev informerades Medicinklinikens verksamhetschef om studien och dess syfte och tillstånd inhämtades, se bilaga 1.

En intervjuguide med ett fåtal öppna frågor konstruerades, se bilaga 2. Sjuksköterskor på HIA var behjälpliga vid urvalet av informanter. Informanten tillfrågades om deltagande av författaren i slutet av vårdtiden. Först gavs en muntlig information om metod och syfte, att deltagande var frivilligt och att deltagandet när som helst kunde avbrytas utan att det skulle få konsekvenser för vård och behandling. Sedan gavs informanten tid att i lugn och ro läsa den skriftliga patientinformationen, bilaga 3. Efter detta avtalades tidpunkt för intervjun.

Intervjuerna genomfördes under mars och april 2008 på HIA, Mälarsjukhuset. För att underlätta erbjöds att intervjun kunde ske i samband med kardiologsköterskebesöket ungefär två veckor efter utskrivningen. Informanten kunde även välja annan plats om så önskades. Samtliga informanter valde att intervjuas i samband med kardiologsköterskebesöket och intervjun skedde på ett av mottagningsrummen i anslutning till HIA.

Innan intervjun påbörjades upprepades åter muntligt information om studien och att deltagandet var frivilligt samt att samtycket när som helst kunde dras tillbaka utan att det skulle innebära några negativa konsekvenser. Informanten skrev med sin namnteckning under informationsbrevet (bilaga 3) och gav därmed sitt informerade samtycke till att delta. Vid intervjutillfället noterades bakgrundsdata om informanten. Avsikten var att kunna beskriva informantgruppens sammansättning. Innan intervjun startade drack vi kaffe och samtalande om allmänna ting för att etablera en avslappnad relation.

Under intervjun ska forskaren hålla fokus mot det som ska studeras genom att ställa en ingångsfråga och följa upp med följdfrågor som får den intervjuade att berätta mer och fördjupa berättelsen (Dahlberg m. fl., 2003). Fokus under intervjun var informantens upplevelse av samtalet med sjuksköterskan. Intervjun inleddes med en öppen ingångsfråga; Berätta om de samtal du haft med sjuksköterskan under vårdtiden? Strävan var att låta varje intervju få karaktären av samtal runt de frågeområden som intervjuguiden omfattade, och att försöka få informanten att berätta så mycket som möjligt. Följdfrågor ställdes för att få informanten att stanna upp, reflektera och fördjupa berättelsen samt för att leda samtalet framåt. Informanten uppmuntrades exempelvis att berätta mera, och att utveckla det sagda genom att förklara hur hon/han menade, tänkte och kände i olika situationer. Ett annat exempel på fråga kunde vara – ”berätta om ett samtal du haft på sjukhus som du tyckte var bra?”. Uppföljande fråga handlade om innehållet i samtalet och följdes upp med en fråga om vilken information som hade underlättat att ha fått innan utskrivningen.

Under intervjuerna hände att informanterna ställde konkreta frågor om sin sjukdom och behandling. Vid de tillfällen det var möjligt avtalades att vi efter intervjun skulle återkomma till frågorna. Vid ett tillfälle kom samtalet dock tillbaka till frågan gång på gång och då avbröt vi intervjun under några minuter och frågan reddes ut. Intervjuernas längd varierade mellan 30-55 minuter. Vid två tillfällen kom informanten något senare än avtalat och då blev längden på intervjun cirka 30 minuter. Detta ledde till att fokuseringen kring frågorna skärptes och bedöms inte ha påverkat intervjun negativt.

Intervjuerna bandades och transkriberades av mig i nära anslutning till intervjutillfället. Under intervjun gjordes också korta anteckningar, stödord, för att bättre minnas och kunna återkomma till utsagor och ställa följdfrågor under intervjun. Målsättningen var att få informanten att beskriva samtalet med sjuksköterskan och vilken betydelse samtalet haft. Frågorna var öppna för att undvika att författarens förförståelse inverkade på frågorna och därmed även på svaren.

## Analys

Lindseth och Norbergs (2004) fenomenologiska hermeneutiska metod, som är inspirerad av Ricoeurs (1993) filosofi användes vid analysen av berättelserna. Författarens egen kunskap om det studerade fenomenet och en vilja att använda denna förförståelse ledde till valet av denna analys.

I fenomenologin strävas efter att beskriva fenomenets kärna, dess väsen eller egenskaper i syfte att nå fördjupad förståelse för dess egenart. Fenomenologin innefattar några grundläggande principer, att sätta sin förförståelse inom parentes, att vara öppen och att ha följsamhet. Att sätta sin förförståelse inom parentes innebär att så långt som möjligt fokusera på intervjupersonen och inte vad som redan är känt om fenomenet (Dahlberg, 1997). Det är genom att reflektera över vad förförståelsen innebär som den kan tyglas. Forskaren måste möta respondenten utan förväntningar och vara öppen för alla upplevelser gällande fenomenet (Dahlberg m. fl., 2003).

Enligt Gadamer hermeneutik omfattas texten av två horisonter, textens horisont och läsarens horisont vilken Gadamer benämner tolkarens förståelsehorisont. Det är när man når förståelse för någon annans upplevelsevärld som man kan förstå hur denne upplever sin situation. Den förståelsen sker genom den erfarenhet man gör i mötet med textens betydelsehorisont. Genom detta sker en horisontsammansmältning. Enligt hermeneutiken kan det aldrig utvecklas förståelse utan förförståelse. Förförståelsen ska uppfattas som något positivt och oundgängligt i allt kunskapsskapande. Det är däremot viktigt att vara medveten om den och en begränsande förförståelse kan utgöras av fördomar eller förutfattade meningar av den som ska studeras. Gadamer ser tolkningen som en ständigt pågående process som sker i mötet mellan förförståelsen och fenomenet (Dahlberg, 1997). Hermeneutiken avser inte presentera några absoluta sanningar men kan ge nya insikter och därigenom öka förståelsekunskapen kring det som studeras (Dahlberg m. fl., 2003).

Fenomenologisk hermeneutik är beskrivande och tolkande och karaktäriseras av en dialektik mellan förklaring och förståelse. Forskaren strävar efter en egen rik förförståelse och att medvetandegöra och använda den i tolkningsprocessen för att söka förståelse för innebörden i fenomenet. Avsikten är att tolka budskapet i texten, den innebörd som uttalas, och blotta den verklighet som öppnar sig framför texten. Målet är att göra det osynliga synligt för att artikulera och klargöra innebörden i fenomenet genom tolkning av levd erfarenhet. Enligt Lindseth och Norberg (2004) är tolkning av en text en process som går från helhet i den naiva tolkningen genom delarna i strukturanalysen och åter till en helhetstolkning. Metoden grundar sig på en sammanflätning av fenomenologisk och hermeneutisk filosofi och bygger på att de är varandras förutsättningar. Det gäller att tolka budskapet i en text och se den verklighet som öppnas upp framför texten. Intresset riktas mot levda erfarenheter, men det är det undersökta fenomenet som är i fokus, inte den existentiella situationen hos informanterna. Analysen innefattade tre steg; Naiv läsning, tematisk strukturanalys och tolkad helhet (Lindseth & Norberg, 2004).

Analysen började med en naiv läsning. Texten lästes ett flertal gånger för att nå en känsla av innebörden i det studerade fenomenet. Avsikten var att förstå vad texten som helhet handlade om, att i stort förstå vad informanterna sade, vad texten uttryckte för mig. Det övergripande meningsinnehållet i de enskilda texterna söktes och avsnitt som tycktes centrala identifierades och ledde fram till en naiv tolkning av vad texten som helhet handlade om. Den naiva tolkningen formulerades och skrevs ner.

Därefter påbörjades strukturanalysen som inleddes med en fördjupad genomläsning av texten. Där gällde att se vad texten uttryckte och validera det mot den naiva tolkningen. Under hela strukturanalysen hölls syftet med arbetet och den naiva tolkningen i fokus. Frågor jag ställde texten var t ex, vad innebär sjuksköterskan samtal för patienten, hur beskriver patienten samtalet, vilket stöd har samtalet varit i ett kort och något längre perspektiv, vad symboliserar

det god respektive det mindre goda samtalet? Mönster i texten, upprepade ord eller meningar som uttryckte en särskild mening och som var mer dominanta i texten eftersöktes. Målsättningen var att identifiera meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna markerades och skrevs ner, lästes och reflekterades över i relation till den naiva förståelsen. Därefter kondenserades varje meningsbärande enhet till en innebörd genom att formulera den kortfattat i ett så vardagligt språk som möjligt, utifrån vad det innebar för syftet. Alla innebörder klipptes sedan ut och grupperades i högar utifrån vad som var likt och olik. Utifrån detta bildades olika subteman och dessa nådde ytterligare en abstraktionsnivå och formade ett tema. Inom varje nivå ska den innebörd som utgår från den skrivna textens meningsbärande enheter kunna kännas igen. Två huvudteman och fyra subteman identifierades angående innebörden av sjuksköterskans samtal med hjärtinfarktpatienten. För att styrka detta användes vissa citat i resultatet.

Varje temanivå ska harmoniera med den naiva förståelsen av texten. Om strukturanalysen inte validerar den naiva tolkningen måste en ny naiv förståelse formuleras efter en ny genomläsning av hela texten. Den nya naiva tolkningen måste sedan överensstämma med en ny strukturanalys (Lindseth & Norberg, 2004). Under analysarbetets gång omformulerades den naiva förståelsen ett antal gånger i takt med att min egen förståelse växte.

Det tredje momentet i analysen gav en ny förståelse av texten som helhet. Hela texten lästes igen och tolkades kritiskt genom jämförelse med både den naiva förståelsen och strukturanalysen. Teman reflekterades också över i relation till syftet. Genom att associera till litteraturen, kunde förståelsen av texten öka ytterligare. En ny innehållsrik helhet bildades utifrån reflektion och tolkning där förförståelsen var en närvarande faktor. Förförståelse kan betraktas som fördomar hos forskaren, och därför är kravet på öppenhet och ett kritiskt förhållningssätt gentemot förförståelsen helt nödvändigt (Lindseth & Norberg, 2004). För att kunna ha ett öppet förhållningssätt måste forskaren ständigt reflektera över sina mer eller mindre medvetna fördomar (Ricoeur, 1993).

### **Forskningsetiska aspekter**

De forskningsetiska principer som följts i detta arbete utgår från kraven på information och samtycke, konfidentialitet och nyttjande (Vetenskapsrådet, 2001).

De etiska reglerna som gäller för humanistisk och samhällsvetenskaplig forskning har beaktats i studiens genomförande genom att forskningsetiskt tillstånd inhämtades innan studiens början från Forskningsetiska kommittén vid Mälardalens högskola. Deltagandet bygger på frivillighet och en vilja hos informanterna att dela med sig av sina erfarenheter. Informanterna fick muntlig och skriftlig information om studiens syfte, konfidentialitet och att deltagandet var frivilligt. De fick även information att de när som helst kunde avbryta intervjun utan att det medförde några konsekvenser för fortsatt uppföljning. Den tillfrågade gavs tid att läsa igenom patientinformationen i lugn och ro och hade möjlighet att ställa frågor innan det skriftliga samtycket till att delta lämnades.

I vissa fall kan samtal om sjukdom, upplevelser och existentiella frågor väcka känslor och oro hos patienten. Så kunde också bli fallet vid denna studie. Frågorna var övergripande och patienten bestämde själv hur mycket information han/hon ville lämna ut. Forskning har visat att personer som befinner sig i svåra situationer ofta upplever det som en lättnad när de får berätta om sin situation (Fredriksson, 1999) och även om samtalet inte hade ett terapeutiskt syfte skulle eventuellt obehag uppvägas av nyttan att få berätta om sina tankar och sin oro. För att minimera risken för skada informerades samtliga informanter om att kuratorkontakt var möjlig. HIA har tillgång till kurator som kunde kontaktas om det bedömdes nödvändigt. I två fall föreslog jag efter intervjun att kontakt skulle tas för fortsatt uppföljning. De båda informanterna

ville fundera på det och själv ta kontakt om de kände att behovet fanns. För att försöka undvika att informanten skulle befinna sig i beroendeställning har endast de patienter som jag ej vårdat tillfrågats om deltagande. Målsättningen med arbetet är att förbättra sjuksköterskans samtal och därigenom den vårdande relationen. Då uppfylls även principen om att göra gott.

## Resultat

Resultatet beskrivs under rubrikerna naiv tolkning, strukturanalys och sammanfattande tolkning av resultatet som helhet. Begreppen vårdande relation och vårdande samtal förekommer båda i resultatet. Vårdande relation syftar på relationsaspekten i samtalet och vårdande samtal innefattar både innehållet och relationen i samtalet. Även begreppen informant och patient används omväxlande. När begreppet informant används är det direkt kopplat till en utsaga och patient används vid mer övergripande beskrivningar samt vid tolkningar.

### Naiv tolkning

Informanternas berättelse belyste deras upplevelse av sjuksköterskornas samtal under vårdtiden. Ett vårdande samtal innebär en avslappnad och tillåtande atmosfär som underlättar för patienten att ställa frågor. Då blir det även möjligt för patienten att våga visa sin sårbarhet och sina misslyckanden. En förutsättning för ett vårdande samtal är att det består av både en relation och ett innehåll. Om en relation inte etableras blir samtalet ett informationssamtal där sjuksköterskan sänder ett budskap och patienten tar emot. Patienten efterlyser möjlighet att ställa frågor och i lugn och ro reflektera kring det inträffade men vill även ha faktakunskap om sin sjukdom. Att få samtala enskilt med sjuksköterskan är ofta en förutsättning för att samtalet ska vara vårdande. Som patient är det svårare att ställa frågor av personlig karaktär om samtalet sker på ett flerbäddrum där andra hör vad som sägs. Att sjuksköterskan även bjuder in anhöriga i samtalen är viktigt. Anhöriga kan annars lätt bli en broms istället för ett stöd hemma. Skriftlig information som kan tas med hem och även läsas av närstående upplevs som en viktig del av samtalet.

### Tematisk strukturanalys

Strukturanalysen resulterade i tre huvudteman och fyra subteman, se tabell 2. Strukturanalysen belyser med hjälp av citat de innebörder som den transkriberade texten rymmer. Citaten benämns med en siffra som visar vem av intervjupersonerna som sagt vad, ... betecknar pauser och // att meningar utelämnats. Strävan har varit att endast utelämnas ord eller meningar om inte innebörden i citatet förändrats.

Tabell 2. Teman och subteman

Tema	Subtema
Att kunna leva mitt i kaoset	Hjälp att leva när livet rasat samman En tillitsfull relation
Att leva livet vidare trots sjukdomen	Att kunna se framtiden an och våga leva igen Att uppleva stöd i förändringen
När den vårdande aspekten av samtalet uteblir	



## Att kunna leva mitt i kaoset

Temat att kunna leva mitt i kaoset framträdde ur följande subteman; hjälp att leva när livet rasat samman samt en tillitsfull relation.

### Hjälp att leva när livet rasat samman

Att ena dagen vara frisk och mitt i livet och nästa dag vara drabbad av akut och allvarlig sjukdom leder till en känsla av kaos då ingen tid till förberedelse givits. Livet vänds upp och ner på ett ögonblick och inget är och kommer inte heller att bli som förut. Kroppen har svikit och den trygghet som kommer av att hälsan tidigare tagits för given är borta. Innebörden av det vårdande samtalet i en situation då den akuta sjukdomen drabbar är att sjuksköterskan upplevs vara en trygg punkt som hela tiden finns nära. Patienterna beskriver att i det initiala skedet av sjukhusvistelsen släpper ofta rädslan och ersätts med tillit till det medicinska omhändertagandet. Sjuksköterskans samtal innebär en livlina för patienten där sjuksköterskan hjälper patienten leva vidare när hela livet plötsligt rasat samman. Sjuksköterskan upplevs i det vårdande samtalet som professionell och kompetent, någon som hela tiden är närvarande och ger förklarande och lugnande information. *”Det som förvånar mej är att jag inte kände någon oro längre utan det var lugnt och sakligt, proffsigt så att säga”* (3). Detta innebär en stor trygghet för patienten i den tillvaro som i det första skedet upplevs som kaotisk.

Många informanter beskriver att efter det akuta skedet är det viktigaste målet under sjukhusvistelsen att tillägna sig kunskap om sjukdomen och dess konsekvenser för det fortsatta livet då de upplever att livet rasat samman. Det som patienter ser som kunskap är ofta av medicinsk karaktär och den kunskapen förväntar de sig ska ges av läkare. Patienter uttrycker en större besvikelse över ett uteblivet eller bristfälligt läkarsamtal än över ett bristfälligt sjuksköterskesamtal. Sjuksköterskan upplevs mer som läkarens förlängda arm. Förväntningarna på sjuksköterskan är initialt under sjukhusvistelsen ofta att denne är någon som utför läkarens ordinationer och sköter det basala omvårdnadsarbetet och några uttrycker en förvåning över att sjuksköterskans kunskaper i de vårdande samtalen visar sig vara så omfattande, något de ej förväntade sig.

Många upplever en svårighet att komma ihåg innehållet i samtalen med sjuksköterskan. *”Jag kommer väl inte ihåg någonting egentligen, inte så att jag kan berätta”* (9). Vårdtiden har varit så kaotisk och patienterna har haft många samtal med olika vårdgivare så först efter en stunds funderande kan de dra sig innehållet till minnes. Sjuksköterskans vårdande samtal beskrivs initialt mer som råd och instruktioner samt information om behandlingar och undersökningar. Samtalet upplevs även som en repetition av informationen läkaren givit. *”Läkarna är mer objektifierande och sköterskor är tillgängligare”* (4). Samtalet med sjuksköterskan innebär en möjlighet att fråga utan att känna sig dum samt att få de svåra och krångliga medicinska orden förklarade under lugna former. De medicinska förklaringarna av sitt tillstånd som de fått under ronder upplevs för vissa som skrämmande och svårförstådda, men genom det vårdande samtalet med sjuksköterskan kan de översättas till konsekvenser i dagligt liv. Initialt efterfrågas oftast korta och handgripliga instruktioner av typen: *”Gör så här”* när patienten känner att de inte törs lita på sin kropps signaler och de upplever en rädsla för att kroppen ska svika igen.

Senare under vårdtiden beskriver informanterna att de vårdande samtalen med sjuksköterskan utgår från den skriftliga informationen de fått någon dag innan samtalet äger rum. Informanterna upplever att skriften är ett stöd i samtalet, en slags checklista, både för dem själva och för sjuksköterskan. De beskriver hur sjuksköterskan styr samtalet med utgångspunkt från skriften och att det då blir tydligt att alla ämnen berörs. Skriften innebär en gemensam

plattform att bygga samtalet omkring och skriften ger dem en möjlighet att förbereda sig inför samtalet. Många fortsätter att använda sig av skriften hemma och har den som ett uppslagsverk när frågor dyker upp. Informanterna beskriver dock att samtalet är förhållandevis standardiserat med små eller inga avsteg och minnet av samtalet sammanfaller med rubrikerna i skriften.

Kunskapsbehovet varierar mellan olika individer. Några informanter beskriver en kunskapsbrist, en vilja att ta reda på så mycket som möjligt om sjukdomen själv. De upplever att kunskap leder till trygghet i den nya situationen. Många läser allt de kommer över och beskriver att aktivt söka information och att få möjlighet att ställa frågor till sjuksköterskan är ett sätt att bearbeta den kaotiska situationen både för dem själva och för deras närstående.

### **En tillitsfull relation**

Informanterna beskriver att en förutsättning för ett vårdande samtal är att patienten känner tillit till sjuksköterskan. Tilliten kommer av att sjuksköterskan är närvarande och tillgänglig, visar intresse och medvaro. Detta öppnar i sin tur upp för en varm och förtroendefull relation som lägger grunden för det vårdande samtalet. En blandning av kompetens, lugn och humor skapar en läkande atmosfär och att bli sedd och delaktig i samtalen innebär en trygghet och en glädje. Känslan av att personalen hela tiden har kontroll genom täta fysiska kontroller upplevs i början av sjukhusvistelsen och spontana besök av personalen på rummet leder till en känsla av omtanke och trygghet. Att sjuksköterskan spontant kommer in på rummet inger en känsla av denne är tillgänglig och intresserad av att samtala och ta del av patientens upplevelse i den kaotiska situation patienten befinner sig i.

*De fanns där hela tiden. När jag hade EKG på natten och tryckmanschett, jag somnade ibland men jag vaknade och tittade på klockan och var 15:e minut så kom det, och de kom in ibland och frågade hur det kändes. (10)*

Att sjuksköterskan upplevs som tillgänglig och är synlig i vården är av central betydelse för det vårdande samtalet. Informanterna beskriver att då de är bundna till patientrummet en stor del av vårdtiden upplevs sjuksköterskan lätt som osynlig. "Man såg egentligen inte till dem så mycket" (5). När patienten ser att sjuksköterskan finns ute i vården och är synlig öppnar det upp för spontana samtal vilket skapar trygghet. Patienter känner sig sedda och det underlättar att ta upp funderingar och frågor. Upplevelsen av att sjuksköterskan är stressad leder ibland till en känsla av att denne måste skyddas och inte belastas med vissa problem patienten upplever som t ex oro för hemsituationen och anhöriga som de annars vårdar. "Dom har arbetet här och man ska inte belasta ytterligare med sådana saker. Så jag sa ingenting" (7).

Att följa upp det som sagts är en för sjuksköterskan viktig uppgift vilket ibland försvåras då vårdtiderna är korta och kontakten med den enskilda patienten ibland bara sträcker sig över ett arbetspass. Inte desto mindre måste detta göras för att inte patienten ska känna sig lämnad ensam med sina funderingar. "Ja, en sa att förstår du var du har varit med om? Då ställer man sig frågan själv, vad har jag varit med om?" (7). Att starta ett samtal som inte följs upp kan annars leda till rädsla och osäkerhet. Sjuksköterskan startar här en tanke hos informanten som efterhand växer sig starkare och starkare och som föder fler frågor som patienten ensam måste försöka besvara vilket leder till oro och nedstämdhet.

Även miljön där samtalet sker är av stor betydelse och det är viktigt att sjuksköterskan känner av var samtalet ska ske och verkligen erbjuder ett enskilt samtal till de som behöver och vill ha det. Informanterna beskriver att det många gånger är svårare att ställa frågor av personlig karaktär om samtalet sker på ett flerbäddsrum där andra hör vad som sägs. Att bli erbjudanden att samtala enskilt upplevs som att sjuksköterskan är tillgänglig och har tid och intresse att

samtala och framför allt har tid att lyssna. Några informanter upplever dock att då alla är drabbade av samma sjukdom gör det inte något att andra finns på rummet under samtalen. De delar en känsla av att samhörighet och upplever att alla funderar på samma frågor. En rumslig avgränsning t ex i form av ett draperi kan för vissa skapa tillräcklig avskildhet för att kunna samtala.

## **Att leva livet vidare trots sjukdomen**

Temat att leva livet vidare trots sjukdomen framträdde ur följande subteman; att kunna se framtiden an och våga leva samt att uppleva stöd i förändringen.

### **Att kunna se framtiden an och våga leva**

Informanten upplever att de vårdande samtalen med sjuksköterskan innebär en möjlighet att få prata om framtiden, att få hjälp att hitta motivation och styrka till att våga leva vidare. Känslor av oro och otrygghet är vanligt förekommande och handlar för många om en rädsla för återinsjuknande, att ”få en smäll till”. Att ha drabbats av en hjärtinfarkt innebär en påminnelse om att livet när som helst kan ta slut och att i samtalen få vara delaktig och berätta om sin oro innebär en hjälp att bearbeta rädslan. Många upplever en trygghet i att få vetskap om att dessa känslomässiga reaktioner är helt naturliga och vanligt förekommande.

*Det är klart man var orolig. Inte så man hade panikångest eller så men jag var orolig framför allt på kvällarna och tänkte att jag hoppas det inte händer någonting att inte få en smäll till och såna grejer. Man går inte och grubblar jämt men man lever med oron hela tiden mest när man är själv. (2)*

Trots tidigare infarkter beskriver många informanter att det är svårt veta vad man får och törs göra hemma. Detta leder till osäkerhet och inaktivitet under konvalescensen och försvårar att tordas leva som vanligt. ”Jag fick för mej att jag skulle försöka kapa i lite fruktträd men så tänkte jag att där ska jag inte upp om jag får en hjärtinfarkt tänkte jag” (8). Efter hemkomsten kommer insikten om att vägen tillbaka är lång, både fysiskt och mentalt och existentiella funderingar och tankar på det framtida livet dominerar.

*Nu går man ju och funderar på hur fan det ska se ut i framtiden, vad ska jag göra, jag är ju 63 år. Ska jag fortsätta att jobba? Jag har gått runt och funderat på det väldigt, väldigt mycket. (8)*

Att i de vårdande samtalen få kunskap om var man kan vända sig med sina frågor efter utskrivningen, t ex ett telefonnummer att ringa fungerar som en livlina. ”Börjar jag tvivla eller fundera på något hemma är det bara att ringa det har jag upplevt hela tiden” (1). Informanterna upplever att sjuksköterskans samtal och hennes sätt att förutse eventuella problem vid hemkomsten ger en känsla av att sjuksköterskan bryr sig om och vill väl och det inger trygghet och framtidstro.

### **Att uppleva stöd i förändringen**

För patienten innebär ett vårdande samtal om livsstilsfrågor ett samtal där patienten upplever sig delaktig och där sjuksköterskan inte skuldbelägger patientens livsstil. Sjuksköterskan är stödjande och förstående och hjälper till att finna vägar till förändring i den utsträckning patienten vill och känner att det är möjligt. En hjärtinfarkt är i många avseenden en

livsstilsjukdom och för sjuksköterskan är det en central uppgift att ge patienten kunskap om detta samt vilka livsstilsförändringar varje patient bör göra. Detta leder ibland till intressekonflikter där patienten inte vill göra vissa förändringar men ofta känner att sjuksköterskan har svårt att acceptera ett sådant val. Att sluta med en dålig vana beskrivs av många som ett sorgearbete och det leder lätt till känslor av nedstämdhet och depression, en känsla av att allt livets goda är förbjudet. *"Ibland kan man ju tycka det är fan men jag vet ju vad det handlar om, att jag ska inte dricka och jag ska inte röka. Nu vet jag att... allting är avstängt"* (8).

Att i det vårdande samtalet få kunskap om riskfaktorer innebär inte alltid att patienten vill vidta några livsstilsförändringar trots information om riskerna med ett sådant beslut. Vissa informanter berättar att de sätter livskvaliteten före hälsan och de upplever informationen som ointressant och enahanda trots att de länge förstått att sjukdomen förr eller senare skulle infinna sig. *"Det där med rökning och motion och att äta ordentligt. Men det är ju sånt där som jag fattar ändå. Så att, det är ja, det är så man hör det för mycket"* (9). En informant uttrycker det så att han vet att sjuksköterskan måste säga vissa saker och han måste lyssna men båda vet att det inte kommer att leda till ett förändrat beteende. Innebörden blir då att patienten känner sig bedömd som ett "hopplöst fall" av vårdpersonalen. Det kan för vissa leda till skuld känslor, andra väljer istället att inte berätta sanningsenligt om t ex rökning och motionsvanor. För att undvika obehag ges istället de svar som vårdpersonalen förväntas vilja ha och på så sätt undviks obehag för båda parter.

Det vårdande samtalet med sjuksköterskan innebär en möjlighet för patienten att bearbeta dessa tankar men för att detta ska ske måste sjuksköterskan upplevas som empatisk och tillåtande. Behovet av stöd är stort och informanterna efterlyser hjälp med att upprätta en personlig handlingsplan. Att sjuksköterskan uppmuntrar även små steg i rätt riktning, t ex att tobakskonsumtionen minskas istället för att sluta helt upplevs som viktigt. Det är också viktigt att få vetskap om att skuld känslor och nedstämdhet är vanligt förekommande känslor. Dessa blir då lättare att hantera då patienten vet att många delar samma upplevelse. Informanterna beskriver svårigheten med att göra många förändringar samtidigt, det leder ofta till misslyckanden. Att erfara ett misslyckande leder till skuld känslor och en känsla av hopplöshet och det är då lätt att ge upp och sluta försöka förändra.

Även om informanterna upplever att de får information om livsstilsförändringar i de vårdande samtalen är det många gånger svårt att omsätta kunskaperna i praktiken. Genom samtalet upplever de att de får kunskap om t ex rökningens och den felaktiga kostens skadeverkningar men förhållandevis få praktiska råd om hur de ska lyckas med en förändring och bibehålla den goda vana. Informationen upplevs standardiserad och fantasilös. De som tidigare hade haft en hjärtinfarkt beskriver svårigheterna med att förändra en vana. *"Man skulle ha tänkt om redan vid första infarkten-93 och lyssnat på läkarna men det gjorde jag ju inte"* (1). En tidigare hjärtinfarkt och information av både läkare och sjuksköterska är inte alltid motivation nog till förändring. Det krävs ibland flera infarkter och upprepad information innan förändringen sker. Någon beskriver det som om insikten kommer gradvis och motivationen ökar för varje sjukdomstillfälle men trots detta tar det lång tid innan beslutet fattas och förändringen kommer till stånd. Gemensamt för de som tidigare varit drabbade är en ånger att förändringen inte vidtogs efter första infarkten. För patienten innebär ett vårdande samtal i positiv anda där sjuksköterskan i första hand betonar de hälsovinster en förändring medför som lättare att ta till sig och för många stärker det motivationen till förändring.

För andra innebär avsaknaden av riskfaktorer en känsla av att orättvist blivit drabbad av sjukdom och en känsla av maktlöshet då ingenting går att förändra. *"Vad ska jag ändra på? Det är klart att är jag rökare kan man ju sluta röka"* (3). Det vårdade samtalet innebär då en

möjlighet för patienten att finna andra sätt att påverka situationen exempelvis genom att följa den medicineringsordningen som ordinerats.

Informanterna belyser att anhöriga har en central roll som stöd i tillfrisknandet. Det innebär en trygghet att någon närstående också får delta i samtalen och ta del av information och råd om fortsatt livsföring, två minns bättre än en vad som sägs. Det minskar även risken att anhöriga av rädsla och omtanke bromsar upp rehabiliteringen och inte är det stöd som den drabbade behöver. Just känslan att vara överbeskyddad upplevs som påfrestande. Anhörigas oro och välvilja blir ett hinder. Dock fick endast en informant erbjudande att anhöriga skulle delta i samtalet. Ytterligare en anhörig som av en slump råkar befinna sig på avdelning då det är besökstid deltog i samtalet med sjuksköterskan.

*Likaså är det ju omgivningen blir ju rädd om en i en sån här situation. På det sista samtalet så var min fru med också och det var ju bra att hon fick vara med också. Det kan man nog rekommendera och även min dotter var med och hon tyckte också det var bra. Det var en slump att de råkade vara där då. Dom mer förstår att man måste ju motionera och röra på sig. Man måste ju fortsätta leva alltså. (3)*

När sjuksköterskan visar öppenhet i situationen och tar med anhöriga i samtalet trots att det inte var planerat får samtalet en dubbel betydelse för patienten. Anhörigas rädsla som annars skulle kunna bli ett hinder för patienten minskar, och patienten har en annan person i sin närhet som också fått samma information. Detta innebär en trygghet för både den drabbade och för den anhörige. Några anhöriga deltar vid läkarens utskrivningssamtal men bara för att de efterfrågar detta och inte för att de blir erbjudna att delta. Möjligheten att få ställa sina frågor är väldigt uppskattad. Däremot efterfrågar varken patient eller anhörig att närstående ska delta i samtalen med sköterskan. Det är i relationen med läkaren som patient och anhörig söker och förväntar sig få information och kunskap om medicinska frågor och om läkemedel.

## **När den vårdande aspekten av samtalet uteblir**

Informanterna ger under intervjuerna exempel på samtal och situationer när den vårdande aspekten av samtalet uteblivit samt vad det inneburit. En risk med att samtalet utgår från en skriftlig broschyr är till exempel att informanterna upplever att det förutsätts att de ska läsa skriften själva innan samtalet. Upplevelsen är att sjuksköterskan tar för givet att skriften läses från pärm till pärm under vårdtiden och ibland berörs inte alla delar vid den muntliga genomgången. Någon hade inte muntligen fått kännedom om vanliga reaktioner efter en hjärtinfarkt och läste igenom skriften först efter utskrivningen. Informanten var då inte beredd på sin kropps reaktioner. Det innebär då att patienten upplever sig ensam med sina tankar, känslor och med sin ”nya” kropp som inte längre känns igen från tidigare vilket leder till en osäkerhet och nedstämdhet men även till en besvikelse att det inte blev som vårdpersonalen sagt.

*Det finns ju en broschyr om hjärtat och där står ju att man kan bli trött och att man kan bli lite nedstämd. Och det har jag känt av. När jag vaknar på morgonen är det... Det tror jag inte att någon sagt. Utan, man fick ju den där skriften. Den har jag faktiskt läst flera gånger sen jag kom hem. (5)*

Informanterna beskriver att det är svårt att komma på frågor och att ställa frågor under samtalet. Samtalet beskrivs mer som en envägskommunikation än som ett samtal byggt på delaktighet. Detta delvis på grund av att många upplever sig vara i underläge kunskapsmässigt och har svårt att formulera sina frågor. En rädsla att framstå som okunnig framkommer i flera intervjuer.

*”Det är inte så lätt kanske att få till dom där smarta frågorna när man sitter där” (3).* För de som drabbats för första gången är förkunskapen om sjukdomen många gånger liten och genom att ställa frågor finns en rädsla att blotta sin okunnighet vilket känns obekvämt och jobbigt om relationen till sjuksköterskan är ytlig. Hur öppet och förtroligt samtalet med sjuksköterskan blir beror på hur den vårdande relationen etablerats innan samtalet tar sin början.

Till skillnad från planerade inläggningar där det i förväg är möjligt att fundera så blir det akuta insjuknandet traumatiskt och det är svårt att veta vilken kunskap som kommer att behövas efter utskrivningen. Informanterna beskriver att frågorna kommer hemma och att de ofta är av en praktisk karaktär, vem kan kontaktas vid behov, hur mycket törs jag ta i och vad är normalt eller inte att känna? *”Man fick mer frågor när man kom hem verkligen. Här hade man ju allt och sen skulle man hem och tankarna runt omkring, dom här praktiska sakerna, hur är det hemma” (7).* Ibland upplever patienten en besvikelse över de samtal de haft under vårdtiden, en känsla av att viktig kunskap ej kom dem till del. I samtalet med sjuksköterskan litar patienten helt och fullt på att sjuksköterskan vet exakt vilken kunskap varje enskild patient behöver hemma utan att specifika frågor ställs.

Relationen mellan patient och sjuksköterska skapas redan vid det första mötet och det sätt sjuksköterskan använder när hon bjuder in till samtal är av stor vikt. När det akuta skedet är över framstår som grundläggande för det vårdande samtalet att sjuksköterskan är lyhörd och lyssnar in patienten och dess unika behov. För patienten kan relationen till sjuksköterskorna skadas genom ett enda möte med en upplevd sämre kvalitet och förtroendet till samtliga sjuksköterskor kan då vara brutet. Visar inte sjuksköterskan intresse och engagemang sjunker motivationen att delta i ett samtal. Informanterna beskriver att den första kontakten är viktig för hur det vårdande samtalet utvecklar sig. När de känner att samtalet kommer att bli ett ”rutinsamtal” som inte tillför någon ny kunskap utan följer en given mall beskriver flera som tidigare haft en hjärtinfarkt ett bristande intresse att delta i samtalet. *”Du har säkert hört det här förut började han med, och det vet jag ju inte innan” (8).* Informanterna vill istället få samtala i lugn och ro om texter och om känslor och de upplever att det är något som saknas idag.

Informanterna upplever att något som försvårar samtalet är när sjuksköterskan upplevs som tidspressad och endast har en viss tid avsatt till samtalet. *”Man hör det hela tiden och jag vet ju att alla har en viss avsatt tid till allt möjligt” (8).* Det ger en begränsad möjlighet till reflektion och de vill inte besvara eller inleda några djupare samtal och inte heller be om att få samtala enskilt. Informanterna upplever att det enbart finns tid till ett kortare möte där de mest basala frågorna avhandlas och dessa frågor är ofta av en praktisk karaktär. Konsekvensen blir att de vårdande samtalen sällan berör det känslomässiga eller psykologiska planet. Istället uttrycks en önskan om en dialog i lugn och ro kring innebörden av och oron för framtiden. *”Fick man sitta så här lugnt och prata och spekulera lite så skulle det vara jätteskönt. Men så funkade det inte” (8).*

Informanterna beskriver vikten av att i det vårdande samtalet med sjuksköterskan känna tillit både till sjuksköterskans medicinska kunskaper och omvårdningskunskaper. I de fall denna tillit brister innebär det en otrygghet och en besvikelse och leder till att de upplever sig obetydliga och minimaliserade. När någon uttrycker specifika önskemål gällande sin omvårdnad är det av stor vikt att detta hörsammas av sjuksköterskan för att patienten ska känna sig trygg.

*Hon pratade om hur jag skulle göra och hon sa att jag skulle ta mitt insulin själv. Hon tyckte att det sköter du bättre än vi och det var det som jag tyckte var lite knasigt eftersom dom skulle hålla koll på det. // Men just att jag skulle ta insulinet själv det tyckte jag var lite sådär. (1)*

Patienten upplever att en brydsam situation uppstår när samtalen sker med olika sjuksköterskor som inte lämnar samma information. Bristande samordning och olika information leder till

osäkerhet och en brist på förtroende och tillit till sjuksköterskornas kompetens. För patienten innebär det att bli satt i en svår situation, att rätta någon innebär en stor svårighet då patienten befinner sig i beroendeställning till sjuksköterskan.

*Sen skilde det sig lite eftersom jag fick två informationer, då tänkte jag på att dom var olika. Det skilde ganska så radikalt och jag tänkte att vad fan ska jag göra nu, ska jag säga nåt eller? Det är ju svårt att rätta någon. Nu är det väl sällan som en får information av två. Och då kan man ju inte jämföra. (3)*

De vårdande samtalen med sjuksköterskan innebär inte alltid att patienten får färdigheter att hantera sitt dagliga liv efter utskrivningen. Många uttrycker en okunskap om hur specifika situationer ska hanteras och frågetecknen är ofta av en praktisk karaktär och berör skilda ämnen såsom vardagen, arbete och ekonomi. Frågor som inte ställdes på sjukhuset och information som inte gavs gör sig påmind hemma. *"Men det är just sådana saker som går runt i huvudet. Det var mycket praktiska saker, hur får vi vardagen att rulla som vanligt om man säger så" (7).* Många av dessa praktiska frågor skulle kunna undvikas om bara sjuksköterskan haft tillräcklig kännedom om t ex patientens hemmasituation. Genom vårdande samtalen där patientens behov stått i centrum och patienten varit delaktig hade vissa av dessa frågor med säkerhet berörts. Genom att atmosfären är öppen och tillåtande kan även de frågor patienten upplever som känsliga bli möjliga att ställa. *"Hur mycket alkohol får man dricka? Vad är måttlighet?" (9).*

Många informanter beskriver både en kroppslig och mental förändring vilket leder till känslor av hopplöshet och rädsla. *"Jag kan åka i ena änden på Essingeleden och må superbra och när jag åker av i andra änden kan jag sitta i ett svart hål och fundera att vad fan är det som har hänt?" (8).* Att inte längre känna igen sig själv och sina reaktioner är skrämmande om ingen förklarat att det kan vara naturliga reaktioner på det inträffade. Hos vissa beror oron på en brist på upplevt stöd både under sjukhusvistelsen och hemma samt på bristande kunskap om hur man ska leva för att inte drabbas igen.

Informanterna upplever att de ibland i samtalen med sjuksköterskan inte upplever stöd, utan blir skuldbelagda för sin livsstil och sina val i livet. Tidigare misslyckanden med att förändra sin livsstil ger upphov till dåligt samvete samt en känsla av skam som det är svårt att prata med vårdpersonalen om. De som tidigare drabbats av en hjärtinfarkt berättar att det är lätt att fastna i självanklagelser och nedstämdhet och det försvårar möjligheten att lyckas med en förändring. Hos vissa blir skamkänslorna så framträdande att de kan bli ett hinder att söka vård. Patienten förväntar sig inte att få hjälp då sjukdomen upplevs självförvållad. *"Jag kände att man hade inte rätt att klaga när man påverkat det på ett så negativt sätt att man rökte när man vet att det är så skadligt. Jag skämdes, jag skämdes som tusan för att jag rökte" (7).*

Om samtalet sker med andra närvarande på rummet innebär det att samtalet begränsas och möjligheten att bli personlig, ställa frågor och kunna visa sina tankar och känslor eventuellt uteblir. *"Det är lite svårt att prata när det ligger folk bredvid" (2).* Flertalet har sina samtal inne på patientrummet med andra patienter närvarande. Det blir då svårare att våga berätta om sina innersta tankar och den oro som upplevs. Det vårdande samtalet beskrivs då mer som en envägskommunikation där sjuksköterskan är sändaren och patienten upplever sig som mottagare och delaktigheten uteblir.

### **Sammanfattande tolkning av resultatet som helhet**

I den sista fasen av analysen ses hela resultatet som en helhet. Den naiva förståelsen, strukturanalysen och författarens egen förförståelse sammanförs till en innehållsrik, mångsidig helhet.

När någon drabbas av en akut, allvarlig sjukdom såsom en hjärtinfarkt påverkas hela personens livsvärld då allt är ett kaos. De vårdande samtalen med sjuksköterskan innebär i detta kaos en livlina. Sjuksköterskan är den person som dygnet runt befinner sig närmast patienten och genom sin närvaro och sina samtal bistår hon patienten med trygghet. Med utgångspunkt från examensarbetets teoretiska perspektiv förstås det som att det är då grunden till den relationella aspekten av det vårdade samtalet läggs. Närvaron upplevs genom samtal, täta fysiska kontroller men också till stor del genom att sjuksköterskan bara finns närvarande. I de vårdande samtalen känner patienten att sjuksköterskan gör sitt bästa för att lindrande det lidande som upplevs inom alla dimensioner. Initialt handlar samtalen mest om patientens välbefinnande i den akuta situationen men innehåller även småprat om vardagliga ting vilket för patienten innebär en känsla av normalitet i en kaotisk situation. Senare innehåller samtalen mycket information om sjukdom och livsstil. För att vara ett vårdande samtal krävs dock att samtalen inte bara består av en innehållsaspekt där sjuksköterskan informerar, utan också innehåller det som Fredriksson (2003) beskriver som den narrativa delen där patienten med egna ord får berätta om sina tankar och funderingar.

Sjuksköterskan upplevs bli mer och mer osynlig under vårdtidens gång. Av vissa uppfattas det som en form av svek, och en känsla av att inte vilja besvara framträder i intervjuerna. För att behålla den nära relationen krävs att sjuksköterskan är synlig i vården. Att känna att det endast finns en viss tid avsatt till samtal gör det omöjligt för patienten att känna den tillit som är nödvändig för att kunna öppna sig och bli personlig. För patienten innebär ett bra samtal inte att det måste pågå länge. Det viktiga är att sjuksköterskan förmedlar en känsla av att lyssna och förstå snarare är att komma med lösningar. Att bli sedd och lyssnad på i ett äkta möte är viktigt för att inte bara kroppen utan också själen ska må bra för att patienten ska kunna se framtiden an och leva vidare trots sin sjukdom. Då uppfylls även den etiska aspekten i samtalet (Fredriksson, 2003) där patienten upplever att sjuksköterskan hjälper till att bringa ordning i det kaos som upplevs i situationen.

Patienten belyser även vikten av att samtala enskilt och att någon gång under vårdtiden även bjuda med anhöriga i samtalet. De ska sedan vara det stöd patienten behöver under rehabiliteringen och saknar de kunskap är risken stor att effekten annars blir den motsatta. Att följa upp samtalet och efterhöra om nya tankar och frågor tillkommit är viktigt. Då patienten ofta upplever det svårt att förutse hur livet kommer att gestalta sig efter utskrivningen och att ställa direkta frågor sätter de stor tilltro till att sjuksköterskan ger all information om de situationer som kan uppstå. För detta krävs att sjuksköterskan har kunskap och intresse att lära känna den enskilde patienten samt att låta patienten vara delaktig i samtalet. När en nära relation är etablerad och patienten känner förtroende för både sjuksköterskan som person och för dennes kompetens öppnar det upp för delaktighet. Då kommer ofta följdfrågor och patienten törs visa sin sårbarhet och sin okunnighet. Vissa områden som t ex alkohol och sexualitet kräver en närmare relation för att våga samtala om.

Ett vårdande samtal innebär att sjuksköterskan respekterar den enskildes önskemål och beslut rörande livsstil och inte skuldbelägger patienten och dennes val. Utifrån tolkningsramen betonas just vikten av att alltid visa respekt för patienten och dennes beslut (Kasén, 2002). Att få kunskap om riskfaktorer kan göras på flera sätt men upplevs det som tjat och övertalning är utsikterna till förändring små. Samtalen måste vara motiverande och hälsovinster betonas. Även små framsteg ska uppmärksammas och råden måste utgå från den enskilde patientens vilja och förutsättningar.



## Diskussion

I detta avsnitt diskuteras först den valda metoden, dess relevans för studien samt undersökningens genomförande. Efter detta följer en diskussion kring de resultat som framkom ställt i relation till tidigare forskning. Slutligen redovisas de slutsatser författaren dra av resultatet samt förslag på vidare forskning.

Intentionen i detta examensarbete har varit att utifrån patientens perspektiv beskriva innebörden av sjuksköterskans samtal med patienten under vårdtiden. Det teoretiska perspektivet har varit samtalet som en del av den vårdande relationen.

## Metoddiskussion

I metodavsnittet har ambitionen varit att ingående beskriva forskningsprocessen och de val jag gjort under resans gång för att läsaren ska kunna följa resonemanget och på så vis kunna bedöma resultatets trovärdighet och tillförlitlighet.

Datainsamlingen med en narrativ intervju har bidragit till ett förhållandevis rikt analysmaterial. Om en enkät hade använts för datainsamling skulle möjligheten att be informanten på ett naturligt sätt fördjupa berättelse uteblivit. Att skapa en uttömmande enkät är svårt och tidsaspekten omöjliggjorde detta. Å andra sidan hade fördelarna med en enkät varit att informanten möjligen upplevt det lättare att framföra negativa åsikter om det vårdande samtalet då enkäten fyllts i hemma. En sökning för att se om ämnet blivit belyst i självbiografier gjordes även det men med negativt resultat.

Att till denna studie välja intervjuer som metod föll sig naturligt då avsikten var att fånga den intervjuades livsvärld och upplevelse av fenomenet, det vill säga innebörden av sjuksköterskans samtal. Intervjun ger möjlighet att följa upp med följdfrågor och be informanten förtydliga oklarheter. En nackdel med en intervjustudie är den så kallade intervjuareffekten som kan påverka studiens reliabilitet. Detta tolkar jag som om att informanten upplever en beroendeställning till mig som en representant för sjukvården. För att så långt som möjligt motverka detta tillfrågades endast patienter som jag ej vårdat på avdelningen. Jag informerade flera gånger om att deltagandet var helt frivilligt och att intervjun när som helst kunde avbrytas.

Det var svårt för några informanter att fritt berätta då de initialt under intervjun upplevde viss svårighet att minnas sina samtal med sjuksköterskan. Först efter en stunds funderande kunde de dra sig samtalen till minnes. Jag försökte att inte påminna eller hjälpa informanterna att minnas utan upprepade ingångsfrågan och gav tid för eftertanke. Informanterna kom initialt ihåg mer av sina samtal med läkaren då det var där de i första hand förväntade sig få information och råd inför framtiden. Sjuksköterskans samtal har skett naturligt under vårdtiden och i många olika vårdssituationer. Jag bedömer inte att detta påverkade tillförlitligheten, då informanten förstod frågan kom deras berättelse helt naturligt och de hade inga problem att berätta om innebörden av samtalen.

Vid några intervjuer upplevde jag det svårt att få informanten att fördjupa berättelsen och att reflektera över samtalet med sjuksköterskan. Min egen ovana att genomföra intervjuer kan ha påverkat informanternas förmåga att berätta. Kvale (1997) menar att genomföra en bra intervju är ett hantverk och resultatet är beroende av intervjuarens kunnande, känslighet och empati. Under gång ökade säkerheten och jag upplevde det lättare och lättare att genomföra intervjuerna. Under hela intervjun försökte jag uppmuntra informanten och betona att det inte fanns några rätta eller felaktiga svar. Jag upplevde att jag fick ta del av uppriktiga berättelser och med följdfrågor var det i de flesta fall möjligt att uppmuntra till reflektion över det som berättades. Min förförståelse försökte jag hålla i schack under intervjun för att vara så öppen

som möjligt till det som berättades. Jag frågade hellre om än tog för givet. Jag lyckades inte alltid undvika ledande frågor, vilket kan ha påverkat innehållet i berättelsen men möjligen kan dock en ledande fråga gett möjlighet för informanten att utveckla sin berättelse (Dahlberg m. fl, 2003). Jag hade väntat mig att själva bandinspelningen av intervjun skulle ha kunnat störa, men några sådana tecken fann jag inte. Bandspelaren sattes på redan innan intervjun startade, när vi drack en kopp kaffe tillsammans och samtalande om allmänna ting. Under denna stund kom troligen upplevelsen av bandinspelningen i skymundan då informanten slappnade av.

Vid valet av informanter var den initiala tanken att endast tillfråga dem som haft sin första hjärtinfarkt. Då det under aktuellt tidsfönster inte lades in tillräckligt antal patienter på HIA tillfrågades tre patienter som tidigare varit drabbade av hjärtinfarkt. Deras berättelse bestod till stor del av det minnen från det sista vårdtillfället men de som mindes sina tidigare vårdtillfällen ombads även berätta om dessa. Oavsett vårdtillfälle så var det sjuksköterskans samtal som avsågs studeras och berättelsen bestod till störst del av minnen från det sista vårdtillfället då det var det tillfället som var lättast att minnas. Någon berättade lite om vårdtiden vid den första hjärtinfarkten för 15 år sedan. Dessa data togs inte med i analysen av flera skäl. Dels för att minnet var fragmentariskt och mest bestod av hågkomster av de råd läkaren givit, dels för att vården då skilde sig mycket från dagens vård.

Informanterna fick själva välja plats för intervjun och samtliga valde att den skulle ske på sjukhuset i samband med återbesöket till hjärtsjuksköterskan. Alla intervjuer genomfördes ostört och avslutades när samtalsämnet upplevdes uttömt. Flera informanter uttalade sig positivt efter intervjun, att i lugn och ro få samtala med någon som lyssnade på deras berättelser kändes som en lättnad och en förmån, något som de ibland saknat i vårdkedjan.

Min egen kunskap om det studerade fenomenet och en vilja att använda denna förförståelse ledde till valet av en fenomenologisk hermeneutisk analys. Utifrån arbetets syfte och problem ansåg jag att denna analysmetod passade då min egen förförståelse i ämnet är stor. I all forskning, kvalitativ såväl som kvantitativ, måste forskaren ha ett öppet sinne genom hela undersökningen och vara medveten om sin förförståelse och sina fördomar vilka riskerar att hämma fullständig öppenhet. Det är viktigt att reflektera över hur förförståelsen påverkar hela forskningsprocessen, allt ifrån val av problem till valet av metod (Dahlberg m. fl, 2003). Att kritiskt reflektera över detta kan ses som ett kriterium för tillförlitlighet och trovärdighet.

I den första indelningen av meningsbärande enheter har jag försökt hålla mig så textnära som möjligt, medan i formuleringen av subteman och tema är abstraktionsnivån högre.

Analysarbetet kännetecknas av en rörelse fram och tillbaka mellan innebörder, teman och den naiva förståelsen av helheten. Den naiva tolkningen omarbetades och kompletterades ett flertal gånger. Att se en ny bild växa fram mellan texten och mig själv var ett spännande och många gånger krävande arbete. Detta berodde säkerligen på min ovana vid metoden och under arbetets gång omformulerades innebörder, tema och subteman åtskilliga gånger innan jag slutligen upplevde resultatet som trovärdigt och överensstämmande med den naiva tolkningen. Med samma metod kunde analysen ha givit ett något annat resultat om någon med en annan förförståelse än min tolkat texten. Jag har vinnlagt mig om att inte låta min förförståelse tillföra tolkningar som det inte finns grund för i texten, vilket kan vara en risk. För att motverka att min förförståelse skulle påverka resultatet har jag under hela analysprocessen gått tillbaka till intervjutexten och växlat mellan helheten och delarna i texten för att söka belägg för tolkningarna. Min tolkning utsattes också under arbetets gång för prövning av min handledare. Med hjälp av dessa diskussioner utvecklades tolkningen och tillförlitligheten ökade. Det slutgiltiga resultatet förefaller trovärdigt och tillförlitligt då det till stora delar överensstämmer med annan forskning inom ämnet. Tillförlitligheten i resultaten styrks även av citat ur intervjuerna.

## Resultatdiskussion

Resultatet diskuteras i huvudsak mot delar av bakgrunden med dess teoretiska perspektiv, de tre huvudteman som framkom i strukturanalysen samt mot den sammanfattande tolkningen av resultatet som helhet. I resultatdiskussionen vävs det tredje teman, när den vårdande aspekten av samtalet utblir, ihop med de två första temana och diskuteras tillsammans.

### Att kunna leva mitt i kaoset

Det första vårddygnet präglas av en känsla av kaos och rädsla och behovet av trygghet är stort. De som i första hand bistår patienterna med trygghet är sjuksköterskorna. Genom de vårdande samtalen och det patientnära arbetet i det akuta skedet inger de patienterna lugn och trygghet. I början av vårdtiden upplever patienten ofta att samtalen med sjuksköterskan innebär en vårdande relation såsom Kasén (2002) beskriver den där patienten känner sig uppmärksammad genom att sjuksköterskan är aktiv, uppmärksam och vårdar med hjärtat. Patienten överlämnar sig tryggt i sjuksköterskans händer. Fredriksson (2003) beskriver det som den etiska aspekten av det vårdande samtalet. Ett vårdande samtal förutsätter en relation, och kanske är det närvaron vid samtalen mer än det som sägs som skapar trygghet i början. Korta instruktioner och råd av sjuksköterskan kan i den situationen upplevas som tillräckligt i det vårdande samtalet. För mig var det förvånande att det i högre utsträckning var sjuksköterskan och inte läkaren som bistod patienten med denna trygghet. Anledningen till detta är troligen att samtalet till stor del pågår medan sjuksköterskan befinner sig i patientrummet och utför fysiska kontroller samt observerar smärta eller illabefinnande. Sjuksköterskan är den som hela tiden befinner sig närmast patienten.

Då det första, mest akuta skedet av sjukdomen är över efterfrågar patienten kunskap om sin sjukdom och instruktioner inför sitt fortsatta liv. Patienten förväntar sig att det är läkaren som ska ge information och besvikelsen över en sämre relation med läkaren upplevs som betydligt mer negativ än en sämre relation med sjuksköterskorna. Förväntningen på sjuksköterskornas roll i vårdandet är i senare delen av vårdförloppet förhållandevis liten, vilket var ett överraskande fynd. Kanske är sjuksköterskans kunskap och yrkesroll relativt okänd för många? Inom många områden, t ex i media, benämns läkare som läkare och undersköterskor och sjuksköterskor som vårdpersonal eller som övrig personal och inte som yrkesgrupper med egna ansvarsområden.

Många har till exempel svårt att berätta om sina samtal med sjuksköterskan, de minns först inte innehållet i samtalen. Kan detta bero på att samtalen ofta är informella och inte avtalas i förväg? De sker ofta i vårdsituationen där sjuksköterskan utför andra patientnära arbetsuppgifter under samtalets gång, t ex mäter blodtryck eller tar prover. En annan förklaring kan vara att sjuksköterskorna inte själva är klara över sin roll och upplever osäkerhet om vilken information patienten vill ha och behöver och att de även upplever samtalen som svåra och stressande (Jarret & Payne, 1995; Whittington & McLaughlin, 2000). Att då samtala eller småprata under tiden andra uppgifter utförs upplevs kanske säkrare än att planera in samtalen tillsammans med patienten och tillsammans sätta sig ner enskilt för att prata? Detta bekräftas av tidigare fynd (Jarret, 1995). Att samtala samtidigt som andra arbetsmoment utförs förenklar för sjuksköterskan att styra och kontrollera samtalet. Kanske upplever sjuksköterskan det även enklare att hålla samtalet på en ytligare nivå genom att inte ge patienten sin fulla uppmärksamhet i dessa lägen? Sjuksköterskans behov av att kunna erbjuda svar och lösningar låter sig inte så lätt göras vid djupare samtal som berör existentiella funderingarna och det är enklare att då hålla samtalet mer standardiserat. Förhållningssättet under samtalet är av stor betydelse och där ingår även den icke-verbala kommunikationen (Eide & Eide, 1997). Även om sjuksköterskan säger sig vara intresserad av patientens berättelse blir patientens upplevelse den motsatta då sjuksköterskan är upptagen med annat under samtalet och kanske inte ens har

möjlighet till ögonkontakt. Under dessa omständigheter uteblir den narrativa delen av det vårdande samtalet (Fredriksson, 2003).

Jag tror att en annan anledning till att patienterna har svårt att minnas samtalen direkt kan vara att det vårdande samtalet går ut på att hjälpa patienten att finna sina egna svar. Det är inte alltid svar på frågor som sjuksköterskan förmedlar utan hon/han är ett stöd som hjälper patienten att komma ur en kaotisk situation, finna sin livsvilja, sätt att hantera den nya situationen och finna motivation att förändra sitt liv. Sjuksköterskans roll i samtalen, att hjälpa patienten att finna sin egen styrka och att fungera som en livlina i kaoset under den första tiden gör samtalen svåra att minnas. Patienterna uppfattar det kanske som om att de själva kommit fram till sina slutsatser vilket de också kanske gjort genom sjuksköterskans förmåga att i relationen vara lyhörd och i det dagliga arbetet bistå patienten med råd, tröst och stöd.

Då samtalen mellan patient och sjuksköterska ofta får en positiv start vid det akuta insjuknandet är det viktigt att sjuksköterskan förvaltar relationen i vårdförloppet för att bygga upp den tillit patienten behöver för att kunna öppna sig och berätta om sina tankar och känslor. Att ha en dialog med patienten är en förutsättning för detta anser jag. Om dialogen saknas, hur ska då sjuksköterskan lära känna den enskilde patienten och få veta vilka behov och erfarenheter den enskilde patienten har? För att bygga upp ett vårdande samtal krävs mer än att bara gå igenom en skrift tillsammans, vilket är mera av en sändar- mottagarmodell (Fredriksson, 2003). Resultatet tyder på att en god och vårdande relation verkar vara en absolut förutsättning för ett vårdande samtal. Där upplevs sjuksköterskan tillgänglig, intresserad och ha tid. Informanternas berättelse sammanfaller med Erikssons (1997) uppfattning, patienten önskar ett äkta möte och en nära relation till en sjuksköterska kan vara avgörande om vården ska uppfattas som bra eller dålig.

Informanterna beskriver inte samma relation och tillit till sjuksköterskorna vid slutet av vårdtiden som de gör vid det akuta skedet. Sjuksköterskorna upplevs som osynliga och tidspressade men ändå snälla och vänliga vilket även framkommit i tidigare forskning (Davies, Kristjanson, Blight, 2003; Woogara, 2005; Kennedy Sheldon, Ellington, 2006). Tidigare forskning har även visat att sjuksköterskor avsätter mindre än hälften av sin arbetstid till patientkontakt (Whittington & McLaughlin, 2000), vilket jag tycker är en smula anmärkningsvärt. Har vi så många andra arbetsuppgifter att tiden inte räcker till att möta patienterna? Sjuksköterskorna upplever att samtalen är mycket tidskrävande vilket inte resultatet i detta examensarbete stödjer. Informanterna beskriver här att korta samtal präglade av närvaro är viktigare än de lite längre, mer standardiserade samtalen som många får idag. Det viktiga är upplevelsen av att det finns tid för dialog, att få berätta och reflektera i sitt sökande efter orsak och mening med sjukdomen. Att få hjälp av sjuksköterskan att hitta svaren är det som behövs för att komma vidare. För att samtalet ska upplevas som vårdande måste fokus ligga på de personliga upplevelserna och inte bara vara ett innehållscentrerat samtal. Det patienterna här uttrycker tror jag gäller för flertalet patienter som drabbas av sjukdom, inte bara de som drabbas av hjärtinfarkt. Det vårdade samtalet hjälper till att bearbeta den nya situationen som patienten kommit i.

Patienternas beskrivning av sin kontakt med sjuksköterskan kan i slutet av vårdtiden liknas vid en relation som kan bli en vårdande relation alternativt en vårdande relation som är frånvarande (Kasén, 2002) eller som det Fredriksson (2003) benämner som en sändare – mottagare modell. Patienten tar där emot den information som sjuksköterskan sänder ut men delaktigheten saknas. För att behålla den vårdade relation som existerade från början är det viktigt att sjuksköterskan är synlig ute i vården. Spontana möten och en tillåtande atmosfär öppnar upp för en nära vårdrelation eftersom sjuksköterskans närvaro inte alltid behöver leda till ett samtal där något sägs utan det är själva närvaron och tillgängligheten som upplevs som en trygghet.

I resultatet betonar patienten även miljöns betydelse för det vårdande samtalet vilket stöds av tidigare forskning (Davies, Kristjanson, Blight, 2003; Kennedy Sheldon, Ellington, 2006). Att bli erbjuden att samtala enskilt visar att sjuksköterskan har intresse och tid för samtal. Förvånande nog hade endast någon enstaka informant blivit erbjuden detta trots att enskilda samtal ingår i hjärtintensivens rutiner. Detta tyder på att sjuksköterskorna upplever det enklare att samtala under mer informella former inne på patientrummet i samband med annat vårdarbete. Min erfarenhet säger att sjuksköterskor inom slutenvården sällan erbjuder patienten enskilda samtal, vilket är tråkigt. Med mer kunskap om patientens förväntningar på samtalet skulle det kanske ske i större utsträckning. Jag tror att det finns fler skäl till att det är så. Hos vissa sjuksköterskor kan det finnas en rädsla att inte kunna svara på patientens frågor och existentiella funderingar. Andra är rädda att samtalen drar ut på tiden, det är svårare att avsluta ett samtal då det inte sker inne på patientrummet. Efter intervjuens avslutande sade flera informanter spontant att det var samtal som liknade intervjun de saknat under vårdtiden då de fick sitta ner i lugn och ro och berätta om sina tankar och upplevelser. Under intervjun upplevdes delaktighet och intresse för den enskilde och samtalet kändes helande trots att det inte gav några konkreta råd eller förslag på lösningar på problem. Att få berätta för någon som lyssnar är det som lindrar lidandet (Fredriksson, 2003). Detta uppfattar jag som om sjuksköterskans rädsla för att samtalen ska vara svåra och krävande till stor del är ogrundad. Det patienten önskar är sjuksköterskans närvaro och medvaro, någon som lyssnar och tar sig tid i en kaosartad situation och denne behöver inte alls komma med lösningar och erbjuda svar på alla frågor.

### **Att leva livet vidare trots sjukdomen**

Tidigare forskning visar att många gånger skiljer sig patientens upplevelse från vårdpersonalens uppfattning om sjukdom och ohälsa och den information patienten efterfrågar (Toombs, 1993; Timmins & Kaliszers, 2003). Som tidigare nämnts prioriterar hjärtpatienter medicinska kunskaper och information om läkemedel under vårdtiden framför samtal om de känslomässiga aspekterna som följer efter en hjärtinfarkt (Bakalis & Bundy, 2001; Timmins & Kaliszers, 2003). Om dessa prioriteringar kvarstår efter hemkomsten är inte lika studerat. Resultatet i detta examensarbete visar att patienterna i stor utsträckning fick den medicinska kunskaper som de efterfrågade. Däremot, när patienterna tillfrågas efter hemkomsten upplever de att de saknar kunskap om de känslomässiga reaktioner som ofta följer efter en hjärtinfarkt. De saknar någon att prata med, många känner sig oroliga och de funderar mycket på framtiden. De är oförberedda på dessa reaktioner, att dessa känslor är vanligt förekommande upplever de sig inte fått kännedom om. Många vet inte heller var de ska vända sig med sina tankar trots att de flesta fått information om att det finns en kurator och hjärtsköterskor knutna till avdelningen dit det är möjligt att vända sig efter utskrivningen. Detta styrker min uppfattning om att samtalet måste byggas på delaktighet, förmedlas med ord som patienten förstår och bygger på ett äkta möte där varje enskild patients upplevda problem synliggörs. Då är det möjligt för patienten att vara beredda på det liv som kommer efter utskrivningen (Dahlberg, Segersten, Nyström, Suserud och Fagerberg, 2003).

Patienternas prioriteringar förändras över tid och de känslomässiga reaktionerna är inte möjliga för patienten att förutse och därför efterfrågar de inte heller denna kunskap. Min uppfattning är att det är sjuksköterskorna som måste betona dessa aspekter i samtalen då det är de som vet att de existentiella funderingarna ofta växer sig starkare efter utskrivningen. Vikten av att prioritera dessa frågor betonas även av Socialstyrelsen (2004). Möjligen är inte patienten mottaglig för denna information under vårdtiden. Det visar i så fall på vikten av fungerande vårdkedjor efter utskrivningen. Att ha ett telefonnummer att ringa visade sig i detta resultat

fungera som en livlina. Att även anhöriga inbjuds att delta i samtalen är också viktigt för att de efter utskrivningen ska kunna vara ett stöd. Idag erbjuds inte anhöriga delta i någon högre utsträckning vilket enligt min uppfattning är en brist då det borde vara en självklarhet att erbjuda detta. Att förneka patient och anhörig deltagande är ett exempel på en icke-vårdande relation där varken patientens eller den anhöriges behov blir sedda eller uppmärksammade (Kasén, 2002).

I en nyligen publicerad studie (Arnetz, Winblad, Arnetz, Höglund, 2008) tillfrågas läkare och sjuksköterskor om hur de ser på hjärtinfarktpatientens delaktighet under vårdtiden. Resultatet visar att båda yrkesgrupper ser delaktighet som något mycket viktigt men de ser även sin egen arbetsbelastning som ett hinder för att uppnå detta då det tar för mycket tid i anspråk. Resultatet pekar även i denna studie på att sjuksköterskor anser att patientsamtalen är svåra och krävande och att den mer standardiserade informationen är lättare att ge. Patienterna å sin sida efterfrågar inte långa samtal utan att kvalitén på samtalen är hög, något som även framkom i detta resultat. Delaktighet är en nödvändig förutsättning för att patienten ska lyckas med viktiga livsstilsförändringar (Carless, Douglas, Fox, Mc Kenna, 2006). Innebörden av ett samtal om riskfaktorer där delaktighet saknas och där patienten upplever brist på stöd och förståelse hos sjuksköterskan leder sällan till ett förändrat beteende. Resultatet i detta arbete visar att sjuksköterskans förhållningssätt är av största vikt när dessa frågor diskuteras. Patienter beskriver ofta sjuksköterskor som förebilder gällande livsstil, personer som är helt utan laster (Carless, Douglas, Fox, Mc Kenna, 2006). Troligen upplevs det då svårt att berätta om egna tillkortakommanden för dessa ”perfekta” sjuksköterskor om inte en vårdande relation är etablerad innan där patienten upplever sjuksköterskan som ett stöd. Sjuksköterskan måste även respektera patientens beslut att ej vidta några förändringar och förhållningssättet är här extra viktigt. I mina ögon är det ett genomgående symtom i hela sjukvården, vi vill hjälpa och erbjuda lösningar (Whittington & McLaughlin, 2000) och blir frustrerade då vi upplever att patienten inte gör som vi säger eftersom vi tror oss veta bäst. I samtalen måste patienten känna att det är möjligt att vara ärlig och att deras beslut respekteras vare sig det är ett i våra ögon bra eller dåligt beslut. Om inte finns risk att patienten bara säger det vi vill höra och det omöjliggör ett öppet och jämbördigt samtal. Med detta menar jag inte att sjuksköterskan inte ska informera och diskutera risker och fördelar med ett visst beteende, men det är patienten som fattar besluten om sitt liv och dessa beslut måste vi acceptera. För patienten innebär ett vårdande samtal om riskfaktorer ofta att det hålls i positiv anda och vinster mer än risker betonas.

Resultatet visar att vad som gör att vissa lyckas med att genomföra livsstilsförändringar inte enkelt låter sig beskrivas och inte heller helt kopplas samman med enstaka aspekter som exempelvis information. Det verkar istället vara en process som patienten genomgår och för vissa tar den lång tid och kräver upprepad information och tid till egen reflektion. I ett vårdande samtal lyssnar sjuksköterskan utan värderingar för att förstå vad patienten förstår och tänker och utgår sedan från detta. Genom att utgå från patientens perspektiv kanske det kan vara möjligt att hjälpa denne att hitta motivationen inom sig själv. Gemensamt för de patienter som drabbats flera gånger är en ånger att förändringarna inte gjordes tidigare. Det visar vilket stort ansvar som vilar på vårdpersonalen vid val av handlingar och sätt att informera och motivera patienten i dessa viktiga frågor.

Jag är övertygad om att resultatet i föreliggande examensarbete i stora delar är överförbart även till andra patientgrupper inom slutenvården. Framför allt till dem som drabbas av akut och allvarlig sjukdom, t ex stroke- och diabetespatienter för att nämna några. Dessa patientgrupper upplever troligen samma kaotiska situation vid det akuta insjuknandet och sjukdomen innebär även för dem att det blir aktuellt med ett antal livsstilsförändringar. Att då känna stöd och tröst i samtalen med sjuksköterskan är en viktig del i vården. Att samtalen sker enskilt och att anhöriga får möjlighet att delta torde även det vara viktigt för dessa patientgrupper.

## **Etikdiskussion**

Under detta examensarbete har det hela tiden varit min avsikt att följa Vetenskapsrådets (2001) riktlinjer. Genom detta anser jag att arbetet fullgjorts utan några etiska konflikter. Samtliga informanter upplevde det positivt att samtala och flera sa spontant att det var den typ av samtal som intervjun som de saknat under vårdtiden. Att sitta ner i lugn och ro och få berätta för någon som lyssnade innebar en lättnad och kan liknas vid det som Fredriksson (2003) beskriver som den etiska aspekten av det vårdande samtalet.

## **Slutsatser**

Det vårdande samtalet innebär en livlina för patienten i det kaos som upplevs när någon drabbas av akut sjukdom. Sjuksköterskans omtanke i det akuta skedet bygger upp relationen och lägger grunden för det vårdande samtalet. Sjuksköterskan är den som hjälper patienten leva vidare när hela livet plötsligt rasat samman.

Genom att under det vårdande samtalet få berätta ges patienten möjlighet att skapa mening med det inträffade. Sjuksköterskan lyssnar och är med patienten och genom caritas får patienten möjlighet att skapa ett gott liv i den nya situationen.

En viktig förutsättning för ett vårdande samtal är att sjuksköterskan är tillgänglig och upplevs ha tid. Då menas inte tid mätt i timmar och minuter utan att sjuksköterskan är synlig och närvarande i vardagen. Närvaron skapar en varm och tillitsfull relation och gör det möjligt för patienten att bli personlig och delaktig i det vårdande samtalet.

Innebörden av samtalet om patienten upplever sjuksköterskan som osynlig och tidspressad blir ofta negativ i någon bemärkelse. Vissa vill då inte alls samtala utan är tysta och lyssnar när sjuksköterskan ger sin information. I och med detta uteblir den vårdande aspekten av samtalet.

Ett vårdande samtal om riskfaktorer innebär att sjuksköterskan respekterar patienten oavsett vilket beslut han/hon tar. Sjuksköterskan lyssnar utan värderingar för att förstå vad patienten förstår och tänker och utgår sedan från detta i samtalet. Sjuksköterskan bör ge information om riskfaktorer men i stor utsträckning betona hälsovinster och inte bara risker med ett visst beteende.

Även miljön där samtalen sker är av stor vikt. Att erbjuda patienten att samtala enskilt innebär att sjuksköterskan uppfattas som intresserad och har tid och att även någon gång bjuda in anhöriga i ett samtal är av stor vikt då det är de som ska stödja patienten efter utskrivningen.

## **Förslag till vidare forskning**

Genom detta resultat har intresset väckts för ytterligare fördjupning i frågor rörande den vårdande relationen mellan patient och sjuksköterska. Hur gör vi för att utveckla dagens samtal så att patienten blir tryggare och hur kan sjuksköterskorna få hjälp och stöd i detta arbete?

Det skulle vara intressant att på den egna arbetsplatsen använda sig av detta resultat genom att erbjuda alla patienter enskilda samtal, ta med anhöriga i högre utsträckning och att arbeta för att sjuksköterskan ska vara mer synlig ute på avdelningen och se om det skulle resultera i tryggare patienter. Att även förändra själva samtalsmetodiken gällande livsstilsförändringar och använda sig av individuella samtal istället för de mer standardiserande informationssamtalen som idag används skulle även det vara intressant. Då avdelningen deltar i flera nationella kvalitetsregister skulle det vara möjligt att i ett längre perspektiv följa patienten och se om fler lyckades förändra sin livsstil och bibehålla förändringen.

Det är också viktigt att fråga sjuksköterskorna hur de ser på patientsamtalen och relationerna till patienten. Vilka möjligheter och hinder finns och vad, förutom tid, saknar vi idag för att kunna erbjuda de flesta patienter vårdande samtal?



## Referenser

- Arnetz, J., Winblad, U., Arnetz, B., Höglund, A. (2008). Physicians and nurses perceptions of patient involvement in myocardial infarction care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7, 113-120.
- Attebring, M., Ekman, I., Herlitz, J. (2005). Intrusion and confusion- the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 153-159.
- Bakalis, N.A., Bundy, C.(2001). Correlates of patients' satisfaction with care following myocardial infarction. *Coronary Health Care*, 5(2), 67-72.
- Baldacchino, D.R. (2006). Nursing competencies for spiritual care. *Coordinator of Nursing Research Institute of Health Care*, 15, 885-896.
- Billeter-Koponen, S., Fredén, L. (2005). Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(1), 20-27.
- Carless, D., Douglas, K., Fox, K., Mc Kenna, J. (2006). An alternative view of psychological well-being in cardiac rehabilitation: Considering temperament and character. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 237-243.
- Cordon, C., Mc Carthy, G. (2006). Lifestyle changes following acute myocardial infarction: Patients perspectives. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 37-44.
- Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Dahlberg, K. (2002). Vårdlidandet - det onödiga lidandet. *Vård i Norden*, 22(1), 4-8.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Davies, S., Kristjanson, L., Blight, J. (2003). Communicating with families of patients in an acute hospital with advanced cancer. *Cancer Nursing*, 26(5), 337-45.
- Eide, H., Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.
- Eriksson, K. (1997). Understanding the world of the patient, the suffering human being: the new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3(1), 8-13.
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.
- Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademis förlag, Finland.

- Grace, S., Abbey, S., Zachary, S., Irvine, J., Franche, R.L., Stewart, D. (2002). Cardiac rehabilitation I: review of psychosocial factors. *General hospital psychiatry*, 24, 121-126.
- Hansen, T., Nordrehaug, J.E., Rokne Hanestad, B. (2004). A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4, 37-44.
- Haugland, T., Hansen, I., Areklett, E. (2002). *Omvårdnad vid hjärtsjukdomar. Klinisk Omvårdnad 1*. Stockholm: Liber AB.
- Ivarsson, B., Larsson, S., Sjöberg, T. (2004). Patient's experiences of support while waiting for cardiac surgery. A critical incident technique analysis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 183-191.
- Jackson C. (2004). Healing ourselves, healing others. *Holistic Nursing Practice*, 18(2), 67-81.
- Jahren Kristoffersen, N. (1997). *Allmän omvårdnad 2. Patient och sjuksköterska*, N.,– Samspel, upplevelse och identitet. Stockholm: Liber AB.
- Jarrett, N., Payne, S. (1995). A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing*, 22 (1), 72-78.
- Johansson, A., Ekebergh, M. (2006). The meaning of well-being and participation in the process of health and care- women's experiences following a myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 1(2), 100-108.
- Kasen, A. (2002). *Den vårdande relationen*. Åbo: Åbo Akademis förlag, Finland.
- Kennedy Sheldon, L., Barret, R., Ellington, L. (2006). Difficult communicating in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141-47.
- Kruijver, IP., Kerkstra, A., Francke, AL., Bensing, JM., van de Wiel, HB. (2000). Evaluation of communication training programs in nursing care: a review of the literature. *Patient Education Counselling*, 39(1), 129-45.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lindseth, A., Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 145-153.
- Løgstrup KE. (1994). *Det etiska kravet*. Göteborg: Daidalos.
- Maltén, A. (1998). *Kommunikation och konflikthantering*. Lund: Studentlitteratur.
- McCabe, C. (2004). Nurse-patient communication: an exploration of patient's experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), 41-59.

- Nyström, M., Dahlberg, K., Carlsson, G. (2003) Non-caring encounters at an emergency care unit - a life-world hermeneutic analysis of an efficiency-driven organization. *International Journal of Nursing Studies*, 40(7), 761-69.
- Polit, D.F., Beck, T.C. (2008) *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ricoeur, P. (1993). *Från text till handling. En antologi om hermeneutik* (4:e uppl.) Stockholm/Steag: Brutus Östling bokförlag Symposium AB.
- Schenck-Gustafsson, K. (2003). *Kvinnohjärtan- hjärt- och kärlsjukdom hos kvinnor*. Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen. *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. (2005). Artikelnr 2005-105-1.
- Socialstyrelsen. (2004b). Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvården 2004, det medicinska faktadokumentet. (elektroniskt) <http://www.sos.se/FULLTEXT/102/2004-102-1/sammanfattning.htm> 2004-12-17.
- Thompson, D., Meddis, R. (1990). A prospective evaluation of in-hospital counselling for myocardial infarction men. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 237-248.
- Thompson, D., Ersser, S., Webster, R. (1995). The experiences of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advanced Nursing*, 22(4), 707-714.
- Thurén, T. (1999). *Vetenskapsteori för nybörjare*. Malmö: Team Offset & Media.
- Timmins, F., Kaliszer, M. (2003). Information needs of myocardial patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2, 57-65.
- Toombs, K. (1993). *The meaning of illness – a phenomenological account of different perspectives of physician and patient*. Dordrecht / Boston / London: Kluwer Academic Publishers.
- Vetenskapsrådet. (2001). *Forskningsetiska principer inom humaniora och samhällsvetenskap*. Stockholm: Vetenskapsrådet.
- Wallentin, L. (2005). *Akut kranskärlssjukdom*. Örebro: Ljungföretagen Tryckeri AB.
- Whittington, D., McLaughlin, C. (2000). Finding time for patients: an exploration of nurses' time allocation in an acute psychiatric setting. *British Journal of Nursing*, 4(21), 1248-1252.
- Winberg, B., Fridlund, B. (2002). Self-reported behavioural and medical changes in women after their first myocardial infarction: a 4-year comparison between participation and nonparticipation in a cardiac rehabilitation programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1, 101-107.

Wiles, R. (1998). Patient's perceptions of their heart attack and recovery: the influence of epidemiological "evidence" and personal experience. *Social Science and Medicine*, 46 (11), 1477-1486.

Woogara, J. (2005). Patient's privacy of the person and human rights. *Nursing Ethics*, 12(3), 273-287.

## Intyg från verksamhetschef

Sjuksköterskornas samtal och dess innebörd för hjärtinfarktpatienter.

Mitt namn är Maria Liljeroos. Jag studerar på Mälardalens högskola, Akademin för hälsa, vård och välfärd och ska nu skriva mitt examensarbete. Syftet med examensarbetet är att utifrån hjärtinfarktpatienters upplevelser beskriva innebörden av sjuksköterskornas samtal under vårdtiden.

Då behandlingen vid hjärtinfarkt har genom åren blivit både snabbare och effektivare med kortare vårdtider som följd är det svårt som patient att hinna ta till sig nödvändig information innan utskrivningen. Forskning har visat att många upplever oro och har obesvarade frågor efter sin hjärtinfarkt. På HIA, Mälarsjukhuset har vi genom SEPHIA-registret sett att våra patienter skattar sin oro högre än i övriga riket både två månader och ett år efter utskrivningen. Idag saknas forskning om patientens upplevelse av sjuksköterskans samtal, de mer konkreta anledningarna till oro samt vad vårdpersonalen kan bidra med för att lindra det lidande oron åsamkar. Det saknas kunskaper om hur vi i vårt dagliga arbete kan förbättra patientsamtalen så att oron minskar och rehabiliteringen blir mer effektiv. En förhoppning är att studiens resultat ska bidra en förbättrad information utifrån patientens perspektiv.

Jag önskar få genomföra bandade intervjuer med några patienter, som vårdats på HIA. Jag behöver även hjälp av sjuksköterskor på avdelningen att finna möjliga informanter. Intervjun sker i samband med återbesöket hos hjärtsköterskan cirka 2-3 veckor efter utskrivningen eller vid annan plats och tidpunkt om så önskas. Intervjun kommer att skrivas ut ordagrant av mig för att sedan analyseras. Bandet och det utskrivna materialet kommer att förvaras oåtkomligt för obehöriga. Berörd personal på skolan kan vid behov ta del av materialet.

De forskningsetiska principer, som jag kommer att följa i mitt arbete utgår från kraven på information och samtycke, konfidentialitet och nyttjande. Partnerna bestämmer således själva om de vill medverka i undersökningen, de behöver inte svara på andra frågor än de själva vill, och de kan när som helst avbryta intervjun utan vidare förklaring. De inspelade banden kommer att Efter att examinationen är färdig, i juni 2008, kommer jag att förstöra allt intervjumaterial.

Ytterligare upplysning lämnas av nedanstående ansvariga:

Student: Maria Liljeroos  
Hjärtinfarktavdelningen, HIA  
Mälarsjukhuset  
631 88 Eskilstuna  
Telefon: 016-10 48 73

Handledare: Miriam Ekstedt, Lektor  
Akademin för hälsa, vård och välfärd  
Mälardalens högskola  
Box 325, 631 05 Eskilstuna  
Telefon: 15 37 28

Tillstånd att genomföra en intervjuundersökning med patienter som vårdats på HIA, MSE under diagnosen akut hjärtinfarkt:

Beviljas  Beviljas inte

Eskilstuna den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Eva Basilier  
Verksamhetschef  
Medicinkliniken MSE Tel 016-10 30 00

## Intervjuguide

### Samtal om hjärtat.

#### Sjuksköterskornas samtal och dess innebörd för hjärtinfarktpatienter.

Studiens design är explorativ, eftersom syftet är att belysa människors upplevelser och erfarenheter. Som datainsamlingsmetod valdes en kvalitativ intervju. I den kvalitativa intervjun ska forskaren fånga innebörder i den intervjuades livsvärld. Patienten beskriver med egna ord sin upplevelse av sin situation. För att få tillgång till människans livsvärld och få kunskap om hur människan upplever sin värld måste vi prata med varandra (Kvale, 1997). Analysen i studien kommer att göras med en fenomenologiska hermeneutiska metod. Den muntliga diskursen omvandlas till texter som ska tolkas. Inom både hermeneutiken och fenomenologin är livsvärldsperspektivet en gemensam utgångspunkt.

Vid intervjutillfällets början noteras bakgrundsdata om informanten. Under intervjun håller forskaren fokus och inleder med en ingångsfråga och följer upp med följdfrågor som får informanten att berätta mer och fördjupa berättelsen. Fältanteckningar förs under intervjun.

Samtalet inleds med att informanten ombeds berätta om de samtal de haft med sjuksköterskan under vårdtiden. Följdfrågor ställs för att få informanten att fördjupa berättelsen, t ex ”kan du utveckla”, ”kan du ge exempel”, ”hur upplevde du”, ”vad tänkte/kände du” samt ”Kan du berätta om ett samtal du haft på sjukhus som du tyckte var bra?”

Uppföljande fråga handlar om innehållet i samtalet och följs upp med en fråga om vilken information som hade underlättat att ha fått innan utskrivningen.

Målsättningen är att få informanten att beskriva samtalet samt vilken betydelse samtalet haft. Frågorna kommer att vara öppna för att undvika att författarens förförståelse inverkar på frågorna och därmed även på svaren.

## Sjuksköterskornas samtal och dess innebörd för hjärtinfarktpatienter.

### **Informerat samtycke**

Jag har muntligen och skriftligen informerats om studien:  
*Sjuksköterskornas samtal och dess innebörd för hjärtinfarktpatienter.*

och har i lugn och ro hunnit läsa igenom informationen och ställa frågor. Jag har också fått ett exemplar på den skriftliga informationen och givit mitt samtycke.

Genom min underskrift samtycker jag till:

- Att delta i studien.
- Att mina personuppgifter behandlas som beskrivits.

Jag är medveten om att deltagandet är frivilligt och att jag när som helst och utan att ange orsak kan avbryta studien.

.....  
Deltagarens underskrift

.....  
Datum

.....  
Namnförtydligande

Jag har förklarat studiens syfte och upplägg för ovannämnda person

.....  
Ansvarig sköterskas underskrift

.....  
Namnförtydligande

# Sjuksköterskornas samtal och dess innebörd för hjärtinfarktpatienter.

## Patientinformation

Du tillfrågas härmed om deltagande i en studie som innebär att Du cirka två veckor efter utskrivningen intervjuas om Dina upplevelser av sjuksköterskans samtal under vårdtiden. Intervjun tar ungefär en timmes tid och sker på HIAs mottagning.

Syftet med examensarbetet är att utifrån hjärtinfarktpatienters upplevelser beskriva innebörden av sjuksköterskornas samtal under vårdtiden.

Akut hjärtsjukdom är en vanlig orsak till sjukhusvård i vårt land.

Behandlingen vid hjärtinfarkt har genom åren blivit både snabbare och effektivare med kortare vårdtider som följd. Som patient blir det svårt att hinna ta till sig nödvändig information och hinna få svar på alla de frågor man har innan utskrivningen. Under sjukhusvistelsen har Du fått information av både läkare och sjuksköterska om Din sjukdom, behandling, Dina riskfaktorer och fortsatt uppföljning.

På avdelningen deltar vi i ett nationellt kvalitetsregister som omfattar både den medicinska vården och eftervården efter en hjärtinfarkt. Genom vårt deltagande i detta register har vi sett att många upplever oro och har obesvarade frågor efter sin hjärtinfarkt.

Intervjun kommer att bandas och sedan skrivas ut ordagrant. Den personliga integriteten skyddas genom bestämmelser i sekretesslagen, patientjournalagen och personuppgiftslagen. Syftet är att skydda människor mot att deras personliga integritet kränks genom en korrekt behandling av personuppgifter.

Intervjun kommer att avidentifieras och kodas och behandlas så att obehöriga inte kan ta del av den. Ingenting i resultatet kommer att kunna härledas till någon enskild person. Uppgifterna bevaras under hela studien och efter studiens slut kommer allt material att arkiveras. De som har tillgång till uppgifter är ansvarig sköterska, handledaren, opponenter samt examinator på Mälardalens högskola.

Riskerna med att delta bedöms som små. Alla samtal kan det väcka existentiella frågor och funderingar. Så kan också ske vid dessa samtal. HIA har då en kurator att vi kopplar in och hon har möjlighet att träffa Dig efter överenskommelse. Kurators namn är Sofi Grunditz och du når henne via sjukhusets växel på telefonnummer 016-10 30 00.

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan när som helst, utan särskild förklaring, avsluta deltagandet utan att det på något vis inverkar på Din vård och behandling.

Undersökningsresultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete vid Mälardalens Högskola.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående ansvariga:

Ansvarig sjuksköterska:  
Maria Liljeroos  
Telefon 016-104873  
E-post [maria.liljeroos@dll.se](mailto:maria.liljeroos@dll.se)  
HIA Mälarsjukhuset  
6311 88 Eskilstuna

Ansvarig handledare:  
Miriam Ekstedt  
telefon 016-153728  
Mälardalens högskola  
Drottningg. 16A  
Box 325  
631 05 Eskilstuna