



HÖGSKOLAN
TROLLHÄTTAN · UDDEVALLA

STÖDSAMTAL

**En grupp psykiatrisjuksköterskors beskrivningar av
stödsamtalets innehåll**

**Författare: Ingela Benjaminsson & Anette Nicklasson
Handledare: Marita Eriksson**

**Enskilt arbete i omvårdnad 10 poäng, fördjupningsnivå 1
Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård, 40 poäng**

**Institutionen för omvårdnad
Mars 2002**

Arbetets titel: Stödsamtal. En grupp psykiatrisjuksköterskors beskrivningar av stödsamtalets innehåll

Support through conversation. A group of psychiatric nurses' descriptions of the content of support through conversation

Författare: Ingela Benjaminsson
Anette Nicklasson

Handledare: Marita Eriksson

Institution: Institutionen för omvårdnad, Högskolan i Trollhättan/Uddevalla

Arbetets art: Enskilt arbete i omvårdnad, fördjupningsnivå 1

Antal sidor: 27

Kurs: Specialistsjuksköterskeprogrammet inom psykiatrisk vård
40 poäng

Datum: Mars 2002

ABSTRACT

Support through conversation is a great deal of the work of a psychiatric nurse. The context of the conversation consists of general, specific and psychiatric nursing, and psychiatric nurses need knowledge of how to communicate with people suffering from different psychiatric disorders. The aim of this study was to describe the content of psychiatric support through conversation. A qualitative analysis of narratives from ten nurses working in psychiatric care was performed. The results showed 11 categories, namely active listening, empathy, empowerment, humour, here and now perspective, information, sensitivity, make aware of, availability, encouragement and honesty, and in certain cases there were subcategories. It appeared that support through conversation was a complex matter, where it was hard to separate the emotional, social and practical support from the content of the categories. These parts were so closely connected that they influenced each other in their mutual relations.

Keywords: psychiatric conversation, psychiatric nursing, psychiatric support

Nyckelord: *psykiatrisk omvårdnad, psykiatriskt samtal, psykiatriskt stöd*

INNEHÅLL

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Stöd	1
Psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde	2
Allmän omvårdnad	3
Specifik omvårdnad	3
Psykiatrisk omvårdnad	4
Samtal	6
Stödsamtal	8
SYFTE	8
METOD	8
Undersökningsgrupp	8
Datainsamling	9
Analys	9
Etiska överväganden	
RESULTAT	10
Aktivt lyssnande	10
Kroppsspråk	11
Empati	12
Engagemang	12
Hjälp till självhjälp	13
Humor	13
Här och nu perspektiv	13
Flexibilitet	14
Information	14
Känslor och reaktioner	15
Medicinering	15
Symptom	15
Lyhördhet	16

Medvetandegörande	16
Klargörande	16
Konfrontation	17
Konsekvens	17
Normalisering	17
Tillgänglighet	17
Uppmuntran	18
Ärlighet	18
Resultatsammanfattning	19
DISKUSSION	19
Metoddiskussion	19
Resultatdiskussion	21
REFERENSER	24
Bilaga Utskick till informanterna	27

INLEDNING

Alla sjuksköterskor som arbetar inom psykiatri har förmodligen sin egen definition av vad ett stödsamtal är. Efter sökande av litteratur upptäcktes att mycket lite fanns beskrivet om sjuksköterskans stödsamtal. Detta föranledde oss att göra en kvalitativ studie för att se vad innehållet i ett psykiatriskt stödsamtal är.

I psykiatrisk omvårdnad är samtalet en stor och viktig del i det vardagliga arbetet med patienten, och mycket kunskap finns dokumenterad om just kommunikation och samtalsmetodik. I mötet mellan människor är det viktigt att vara sig själv, att vara äkta och nära, då det skapar en trygg grund för en fortsatt relation. Det kräver ett förhållande av både tillit och accepterande samt empati (Hummelvoll, 2000). För att utveckla en relation till att bli en samarbetsallians behövs mer än bara kunskap i hur man samtalar. Eide och Eide (1997) menar att när man använder sig av kommunikation i omvårdnaden krävs både en empatisk inlevelseförmåga och respekt för patienten. Det finns många yrkeskategorier som använder sig av samtal i sitt patientarbete, men en sjuksköterska på en psykiatrisk avdelning använder sig ofta av här och nu perspektivet och lämnar analyserandet av det förgångna åt till exempel en psykolog. En god kommunikativ förmåga kan, menar Lökensgard (1997), göra att patienten både får konkret hjälp samt upplever känslan att vara värd någonting. Att i omvårdnaden ge stöd och hjälp innefattar många olika saker. Det kan vara att sjuksköterskan tar sig tid och lyssnar på patienten, att hon inger honom känslan av att vara sedd, att hon uppvisar kunskap och kompetens samt att de tillsammans försöker lösa hans problem (Åström, 1995). Man kan med andra ord använda sig av stödsamtal i många olika situationer och det kan, beroende på vilken form av stöd man försöker att ge, se väldigt olika ut.

BAKGRUND

I bakgrunden beskrivs begreppen stöd och omvårdnad, varav det senare indelas i allmän och specifik, samt vad psykiatrisk omvårdnad innebär. Detta ger en bild av det sammanhang som det psykiatriska stödsamtal finns i. Det görs också en beskrivning av samtal generellt som verktyg och dess grundläggande regler, och avslutningsvis omnämns stödsamtal helt kort.

Stöd

I Nationalencyklopedins ordbok (2000) definieras orden stöd och stödja som något som hjälper till att stödja kroppen för att hålla denna upprätt, eller att hålla ett föremål uppe genom att fungera som underlag. Man tar även upp betydande nyanser som innebär att ge moraliskt eller intellektuellt stöd samt, i mer abstrakt betydelse, hjälp.

Ehnfors och Thorell-Ekstrand (1994) anser att stöd är en viktig del inom omvårdnaden vilket kan visas på olika sätt. Bland annat beskrivs betydelsen av att ge moraliskt stöd, att stödja för att underlätta och hjälpa till att behålla hoppet, liksom dialogens och kommunikationens vikt i omvårdnadsåtgärder. Som exempel på stödjande omvårdnadsåtgärder kan nämnas stöd åt patientens copingförmåga, att finnas hos

patienten, att vara aktivt lyssnande, att vara en rådgivare och ett socialt stöd. Enligt Gordan (1996) är målet att förmedla eller vara ett verksamt stöd för personer i en akut kris eller som är varaktigt oförmögna att handskas med sina liv. Rask Eriksen (1994) menar att stöd etableras genom språkliga, kroppsliga och emotionella åtgärder mellan människor, och att relationerna växlar beroende på vilka individer och sammanhang de omfattar.

Enligt dokumentationsmodellen Psyk-VIPS kan stöd delas in i tre kategorier, nämligen emotionellt, socialt och praktiskt stöd. Det krävs jagstödande åtgärder gällande patientens förmåga att kunna uttrycka sig i ord, förmåga till struktur, upplevelse av verklighetsförankring, kunna sätta gränser och förmåga till känslomässig härbärgering, alltså åtgärder som medverkar till att patientens inre psykiska struktur hålls samman. Vidare behövs åtgärder i att bygga upp patientens sociala nätverk. En åtgärd i sammanhanget är stödsamtalen – att samtala och lyssna, när det gäller diagnos och behandling. Stödsamtalen kan handla om saker som prognos, familjerelationer och svåra beslut. Det kan även handla om närvaro, tillsyn eller uppmuntran, att förmedla uppskattning, hopp och tilltro. Vidare kan det innebära att vara patientens stöd och språkrör i olika sammanhang, och att vara den som håller kontakten med anhöriga, övrigt nätverk och myndigheter (Björkdahl, 1999).

Psykiatrisjuksköterskans ansvarsområde

Psykiatrisjuksköterskans specialområde och -funktioner styrs utifrån hälso- och sjukvårdslagen och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, och innebär att en psykiatrisjuksköterska dessutom måste kunna:

- främja den psykiska hälsan och förebygga uppkomsten av psykiska störningar genom att identifiera behovet av åtgärder för att motverka komplikationer, identifiera risker i miljö och livsföring samt att även på gruppnivå efter att ha identifierat problemet, följa upp och utveckla förebyggande åtgärder
- ansvara för omvårdnad av patienter i alla åldrar både i öppenvård och slutenvård utifrån patientens särskilda behov, och att identifiera fysiska komplikationer, utveckla långvariga stödkontakter och samarbeta med socialtjänsten och hemsjukvården
- medverka i behandlingar och undersökningar, bland annat att observera eventuella biverkningar i samband med psykofarmakabehandling, beakta patientens integritet i samband med tvångsvård och medicinering, bedöma patientens funktionshinder, planera en relevant behandlingsmetod och följa upp och utveckla samt att samarbeta med andra yrkesutövare då det gäller patientens rehabilitering och habilitering
- informera och undervisa patienter och deras anhöriga samt handleda och undervisa studenter och medarbetare
- initiera, bedriva och leda forskning och utvecklingsarbete samt att kunna förmedla resultaten av utvecklingsarbetet till medarbetare
- leda, planera och utveckla det förebyggande arbetet (Socialstyrelsen, 1995).

Lökensgard (1997) anser att psykiatrisjuksköterskans speciella ansvar i slutenvården grundar sig på hennes speciella kompetens och ansvar för vården i omvårdnadsfunktionen samt ledningsansvaret för övrig vårdpersonal.

Allmän omvårdnad

Enligt socialstyrelsens allmänna råd finns ett övergripande syfte med den allmänna och specifika omvårdnaden och detta kan delas in efter innehåll och ansvarsförhållanden. Det övergripande syftet är att stärka hälsa samt förebygga sjukdom och ohälsa, att återställa och bevara patientens hälsa utifrån dennes individuella möjligheter och behov, minska lidandet och medverka till förutsättningar till en värdig död. Generellt sett sysslar all sjukvårdspersonal med allmän omvårdnad oavsett yrkesutbildning. Begreppet allmän omvårdnad kan liknas vid omsorg, ett ord som kan beskrivas som en känsla av kärleksfull omtanke för människor och att bry sig (Palmlblad, 2000). Peplau (1988) menar att omvårdnad framför allt är en process där vissa steg och handlingar krävs för att det skall uppstå en interaktion mellan den individ som utför omvårdnaden och den person som tar emot den. Omvårdnadsfunktioner är både pedagogiska och terapeutiska eftersom de hjälper människor att utveckla problemlösarmetoder. Allmän omvårdnad har, säger Lökenstam (1997), gemensamma aspekter för hälsoproblem och deras vårdbehov, bland annat kunskap om människors grundläggande behov och möjligheter att med omvårdnad kompensera behoven. Bentling (refererad i Ehnfors, 1993) lyfter fram beskrivningen att omvårdnad kan innebära att främja hälsa, hjälp och stöd, samt att grunden för omvårdnad bygger på interaktion och deltagande. Den professionella omvårdnaden baseras på teoretisk kunskap och systematiskt vetenskapliga arbetsmetoder. Åström (1995) påvisar att det finns en likhet mellan sjuksköterskor vare sig de arbetar inom kirurg, medicin eller långvård, nämligen att försöka förstå situationen, etablera kontakt med patienten och att agera utifrån dennes bästa. Patienter känner sig ofta osäkra och hjälplösa både på sjukhus och senare även i hemmet, och har ett behov av undervisning, information, rådgivning och stöd, både psykosocialt och känslomässigt, vilket är delar som ingår i omvårdnaden (Ehnfors, 1993; Wilson-Barnett & Bateup, 1988).

Specifik omvårdnad

Den specifika omvårdnaden har en kärna av grundläggande värden och kunskaper som är gemensamma för alla grenar av sjuksköterskeprofessionen, men här finns också en vidareutveckling och komplettering av den allmänna omvårdnadens kunskaper, attityder och färdigheter som medför att sjuksköterskan kan identifiera och bemöta det specifika omvårdnadsbehovet. Sjuksköterskan behöver alltså inte enbart kunskap om människans normala funktioner, utan även om den aktuella sjukdomen och dess behandlingar och detta kräver speciell kompetens (Lökenstam, 1997; SOSFS 1993:17). Björkdahl (1999) använder sig i dokumentationsmodellen VIPS av begreppet speciell omvårdnad och menar att den är initierad av sjuksköterskan eller sker på ordination. Den ges ofta i samband med bruk av diverse teknisk apparatur med anledning av de konsekvenser eller former av obehag som detta kan medföra för patienten. Speciell omvårdnad kan röra sig om konsultinsatser, sårvård och omläggningar, olika säkerhetsaspekter samt speciell pre- och postoperativ vård. Det kan även handla om förberedande och genomförande av undersökning, provtagning och behandling och så vidare. Psyk-VIPS beskriver speciell omvårdnad liknande men tillägger förberedelse och genomförande av ordinerade tvångsåtgärder som bältesläggning och tvångsmedicinering. Dessa speciella omvårdnadsåtgärder skall baseras på begrepp som förtroende, trygghet, ömsesidighet och respekt, trots patientens motvilja och ibland handgripliga motstånd (a.a).

Psykiatrisk omvårdnad

För att kunna identifiera och bemöta omvårdnadsbehov hos människor med speciella former av hälso- och funktionsproblem, krävs alltså en komplettering av de attityder, färdigheter och kunskaper som finns i den allmänna omvårdnaden. Specifika åtgärder i psykiatrisk omvårdnad kan vara att motivera patienten vilket kräver kunskap om patientens mål och möjligheter, att verklighetsorientera patienter som är desorienterade och förvirrade eller som har vanföreställningar och hallucinationer, att ge praktisk hjälp och fysiska omvårdnadsåtgärder till patienter med bland annat psykomotorisk hämning och slutligen att stimulera och stötta självförtroende, identitetsupplevelser och tron på sitt egenvärde (Lökenstgard, 1997). En person med allvarlig psykisk störning verkar ha en bristande grundtrygghet, och vid prestationer där funktionsnivån överstiger patientens resurser, kan det uppstå problem. Nyström (1999) betonar att personalens bemötande vid eventuella misslyckanden är viktigt för att patienten skall kunna bibehålla sitt självförtroende.

Omvårdnadsplanering skall göras utifrån den enskildes behov och på sjuksköterskan vilar ansvaret vad det gäller planering, dokumentation och kvalitetssäkring av den specifika omvårdnaden. För de sjuksköterskor som utövar specifika omvårdnad inom ett område krävs specialistkompetens, vilket för sjuksköterskor i psykiatri innebär vidareutbildning i psykiatrisk omvårdnad (Palmlblad, 2000).

En psykiatrisjuksköterska förväntas lyssna på patienten och hjälpa honom att nå sina mål, och att dessutom kunna tolka patienten rätt för att korrekt kunna förmedla denna kunskap vidare till den medicinska personalen och den övriga psykiatriska arbetsstyrkan som har kontakt med honom (Jackson & Stevenson, 2000). Kommunikation i psykiatrisk omvårdnad är viktig, och samtalet kan indelas i tre former:

- informellt samtal där det sker en social interaktion med allmänt småprat som är viktigt då man försöker lära känna varandra och även kan användas i avledande syfte, och som kan vara en bra början och avslutning men också användbart under huvuddelen av samtalet
- målinriktade samtal där sjuksköterskan klargör syftet och ramarna, bland annat för att ge information och råd, tydliggöra problem, ge vägledning och stöd eller samla in data, och slutligen ansvarar för samtalets avslutning
- intervju som är målinriktad och strukturerad med en som frågar och en som svarar, och som också kan användas för datainsamling (Adams, 2001; Lökenstgard, 1997).

För att kunna utnyttja kommunikationen till fullo, bör man beakta vissa aspekter som är viktiga i psykiatrisk omvårdnad. Förmågan att lyssna och vara öppen för budskapet som förmedlas både verbalt och icke verbalt, att använda sig av empati vilket som professionell innebär att man förstår patientens situation utan att identifiera sig med denne, och att man förmedlar tillbaka förståelsen till patienten som på så vis får bekräftelse och stöd. Förståelse för patientens budskap betyder att man får en tillförlitlig utgångspunkt att arbeta utifrån och att patienten faktiskt blir förstådd. En förutsättning för att patienten över huvudtaget skall förmedla något är att han känner sig accepterad som den han är (Lökenstgard, 1997). Genom att tala klart och entydigt ökar chanserna att det som sägs inte missförstås. Det gäller dock att använda sig av uttrycks sätt som passar patienten och förstås av denne och hans familj, och det kan vara användbart med

liknelser och metaforer (Barker, Jackson & Stevenson, 1999; Lökenstgard, 1997). Det centrala draget i samtal är just utbytet av meningar – en talare som skickar ett meddelande till en lyssnare som tolkar talarens uppförande som ett aktuellt meningsfullt bidrag (Käsermann, Altorfer, Foppa, Jossen & Zimmermann, 2000).

Något som kan diskuteras är förhållandet mellan psykiatrisk omvårdnad och psykoterapi. Psykiatrisk omvårdnad är specifik till sin karaktär och kräver särskilda kunskaper hos personalen. Ansvarig sjuksköterska skall ha genomgått specialistutbildning i psykiatri och psykiatrisk omvårdnad. Omvårdnadsbegreppet omfattas av flera dimensioner. Det finns dels en beroendedel som utgörs av de åtgärder som omvårdnadspersonal utför på ordination av till exempel läkare eller psykolog, dels en självständig del där sjuksköterskan har ett specifikt omvårdnadsansvar. En annan indelning kan vara sak och relation. Sakaspekten kan innebära att ge en injektion med rätt innehåll och mängd på rätt sätt. En omvårdnadshandling består dock av mer än detta. Den omfattar även mötet mellan patienten och sjuksköterskan, där sjuksköterskan i interaktion med patienten skall medverka till en förtroendefull kontakt. Psykoterapi är traditionellt sett annorlunda strukturerad och kräver därmed andra specialistkunskaper. Både inom psykoanalytisk och psykodynamisk terapi är det vanligt att man använder en terapeutisk ram i form av upprättande av kontrakt mellan terapeut och patient. Denna ram är oftast strikt och syftar till struktur gällande överenskommelser om tid och rum, eventuella ersättningskrav vid hinder/återbud med mera. Likheter kan ses i syftet mellan psykoterapi och psykiatrisk omvårdnad. Båda har som mål att försöka förstå, påverka och slutligen förändra patientens psykiska erfarenhet, funktioner och beteende. Psykiatrisk omvårdnad utövas dygnet runt i slutenvård såväl som öppenvård. I samband med praktiska vardagsaktiviteter som skötsel av personlig hygien, att äta eller att uträtta ärenden, uppkommer tillfällen till olika möten uti vilka omvårdnadskonsten ligger. Konsten är att se de tillfällen som ges och att skapa de förutsättningar som krävs (Palmblad, 2000).

Det finns en svårighet att definiera psykiatrisk omvårdnad, framför allt då det gäller att dra klara gränser mellan de olika professionella kompetenser som möts inom psykiatrin. Omvårdnadsforskaren Unni Lindström (refererad i Palmblad, 2000) föreslår att olika specifika termer reserveras var och en för ett bestämt område, exempelvis terapeutisk hållning som i sådant fall kan härledas till psykoterapi. Med utgångspunkt i ett humanistiskt existencialistiskt perspektiv och tankar av filosofer som Heidegger, May och Sartre, anger hon tre teoretiska fält utöver vårdvetenskap som viktiga för psykiatrisk omvårdnad. Dessa är humaniora, filosofi och teologi. Psykiatrisk omvårdnad (Hummelvoll, 2000) är en planerad, omsorgsgivande och psykoterapeutisk verksamhet. Dess syfte är att stärka patientens egenvårdsförmåga och på detta sätt återställa eller reducera patientens känsla av sjukdom/behov. Genom ett samarbete och aktivt kontaktmannaskap försöker man att hjälpa patienten till självrespekt och till att finna egna användbara levnadsstrategier. När patienten inte är i stånd till att uttrycka sina egna behov, är sjuksköterskan dennes omsorgsgivare och talesman. Utöver ansvaret för individen bör psykiatrisjuksköterskan även medverka till att patienten får ett tillfredsställande socialt liv. På samhällsnivå är hon förpliktigad att påverka sådana förhållanden som kan skapa hälsoproblem för patienten (a.a).

Patientens uppfattning av en psykoterapeutisk relation är att det finns någon som bryr sig om, någon att samarbeta med och få stöd och hjälp av, samt känslan av att vara förstådd och att själv få en ökad förståelse av sin sjukdom och sin situation (O'Brien, 2001). Palmblad (2000) skriver att Hummelvoll i motsats till Lindström använder termen

psykoterapeutisk verksamhet. Uttrycket står här snarare för bemötande och ett särskilt förhållningssätt i den dagliga omvårdnaden ur ett holistiskt-existentiellt perspektiv än för utövande av psykoterapi. Den praktiska konsekvensen resulterar i att hela patientens livssituation beaktas, att vårdplanering sker i samarbetsallians mellan sjuksköterska och patient, och att omvårdnadsplanen formuleras med patientens egna ord och uttryck. Enligt socialstyrelsen innebär begreppet psykiatrisk omvårdnad att sätta igång och vidmakthålla processer hos patienten i syfte att denne i samspel med för honom närstående och viktiga personer, praktiskt skall kunna klara sitt dagliga liv, omvårdnadsmissigt och psykosocialt. Omvårdnad är en aktiv, planerad och målinriktad process och kan ske under inspiration av psykopedagogiska, kognitiva och/eller psykoterapeutiska metoder. Målet är att patienten skall kunna leva ett oberoende liv i sitt naturliga sammanhang med för honom och närstående tillfredsställande livskvalitet. O'Brien (2001) påvisar att kommunens psykiatrisjuksköterskor stödjer patientens behov av en terapeutisk relation, vilket behövs för att denne skall kunna utveckla en stabilare identitetskänsla och på så vis öka sina kognitiva möjligheter till problemlösning, att kunna se olika alternativ och att förmås undvika impulshandlingar. De verbala och sociala interaktionerna mellan sjuksköterskor och patienter, beskriver Rask och Levander (2001), som den psykiatriska omvårdnadens hörnstenar för att kunna stödja patienten i att utveckla praktiska och sociala livsfärdigheter.

Samtal

Zimsen (1998) beskriver samtalet som ett verktyg och påtalar skillnaden att tala med en vän eller familjemedlem, och det samtal man har med patienter. Då man talar med en vän om dennes problem, brukar man som regel även delge sina egna erfarenheter och bekymmer. När man däremot professionellt skall hjälpa en människa sätter man personen i fokus och lyssnar till dennes känslor kring sitt problem, samtidigt som man håller tillbaka sina egna bekymmer. Syftet med ett professionellt samtal är att man ägnar sig helhjärtat åt patientens problem, att samtalet är målinriktat för att kunna främja de mål man tillsammans satt upp och att man stöttar och vägleder. För att fånga de känslor som ligger bakom orden använder man sig av alla sina sinnen. Ord, menar Zimsen, är något som man gömmer sig bakom, men i ett professionellt samtal är det ofta inte orden utan känslorna som är viktiga.

Arbetet inom psykiatrisk omvårdnad bygger till stor del på samtal, både spontana och planerade. Sjuksköterskans arbete på en vårdavdelning medför att hon delar patientens vardag, vilket ger många möjligheter till samvaro och som leder till spontana samtal. Ett sådant samtal kan handla om att bara sitta ner, prata om vad som helst och på så sätt minska spänning och oro. Det är viktigt att finnas till hands i det ögonblicket som patienten har behov att prata. De spontana samtalen har olika karaktär och innehåll. Det är bland annat genom dessa plötsliga möten som vi lär känna varandra. Vi talar om det som upptar oss för ögonblicket, visar därmed något av oss själva och blottar oss som personer. Detta att som sjuksköterska kunna ge lite av sig själv och diskutera andra saker med patienten än bara dennes sjukdom, kan medföra att hon eller han känner sig mer betydelsefull som individ och inte bara patient (Hummelvoll, 2000).

Av och till funderar säkert de som studerar psykiatri eller är mindre erfarna inom psykiatrisk vård över hur man pratar med en psykisk sjuk patient, hur djupt man skall gå och så vidare? Detta är ett uttryck för uppfattningen om att psykiatriska patienter behöver

bli bemötta på ett speciellt sätt och att samtalen alltid måste vara inriktade på patientens problem för att de skall ha något värde. Det handlar istället om att se patienten i sitt sammanhang och utifrån det kunna ta del av de samtalsämnen som dyker upp. Inför den uppgiften kan man ha nytta av följande råd:

- tala på samma sätt med patienten som du gör med andra som du vill lära känna
- samtala om alldagliga saker och sådant som för stunden upptar dig
- djupet i det spontana samtalet behöver du inte känna dig tveksam inför, eftersom en patient rimligen inte öppnar sig för personer han inte känner
- djupet i samtalet styrs av den kontakt och tillit som uppkommer när tiden är inne och patienten är redo
- ett djupt samtal kan inte bara ses i betydelsen av samtal kring problem, och det kan lika gärna handla om att lära känna patienten som person då man måste ge sig tillfälle att gå in på områden som privata intressen, tro, syn på relationer och politik (Hummelvoll, 2000).

Wretman och Kagan (refererade i Hummelvoll, 2000) har utarbetat samtalskonstens sex grundregler och formulerat dem enligt följande:

- inled med en öppen invitation
- lyssna på patienten så länge det finns något att lyssna till
- tänk aldrig på vad du själv skall säga under tiden patienten pratar
- lyssna och reagera på affektiva budskap
- börja att lyssna redan från början
- lär dig tåla och värdera tystnaden

Det som framgår som väsentligt i dessa grundregler är betydelsen av att kunna lyssna, en egenskap som är själva hörnstenen i den terapeutiska hållningen. Detta är en aktivitet som av utövaren kräver en öppen och tillgänglig attityd (Hummelvoll, 2000). Det kan vara svårt att samtidigt som man lyssnar tänka på vad man skall säga eller svara. Pauserna som uppkommer är värdefulla utifrån förståelsen att både sjuksköterskan och patienten får tid för eftertänksamhet, samt att tillåta sig känna inför det som uttalats. Att man är aktivt lyssnande kan uttryckas genom att man hela tiden tittar på patienten och ibland nickar. Det är dock inte alltid nog med att bara sitta lyssnande och uppmärksam. Patienter i en sådan situation kan uppleva sjuksköterskan som en statyliknande varelse, outgrundlig och genomskådande. Detta kan medföra osäkerhet. Därför bör man av och till, utan att störa patienten i dennes berättande, ställa frågor och motfrågor i det han säger. Frågor som utreder tankar och känslor. Man kan ibland känna sig osäker i samtalssituationen, kanske uppleva att patienten glider undan, eller att man på annat sätt inte behärskar situationen. Det som sägs i ett tillstånd av nervositet blir oftast till tomma ord och fraser som blir motsägelsefulla på grund av det icke verbala språket, uttryck, gester och mimik (a.a). Zimsen (1998) skriver att när man upptäcker att man på grund av nervositet inte klarar av att lyssna, har man kanske smittats av patientens nervositet, och det kan då vara bättre att avbryta eller föra in samtalet på varför just den känslan uppstår, och vad man kan göra åt det. På så vis kan man försöka att sätta namn på sina känslor.

Stödsamtal

Stödsamtalet är mycket vanligt i sjuksköterskans arbete, och Björkdahl (1999) menar att beroende på sjuksköterskans formella och reella kompetens kan dessa samtal föras på olika nivåer. Det kan röra sig om allt från mycket basala samtal till mer avancerad och fördjupad nivå. Lökensgård (1997) beskriver ett målinriktat samtal som ett tillfälle att ge stöd och vägledning, och Gordan (1996) anser att när en patient är ambivalent och har svårt att fatta beslut, kan man som stöd hjälpa patienten att granska de olika alternativen och stegvis arbeta sig fram till ett val. Stödterapi beskrivs som en psykoterapeutisk teknik att stödja de psykiska funktionerna och hjälpa personen att klara av problemsituationer utan att analysera vari problemen bottenar. Istället stödjer man de friska och adaptiva delarna (Nationalencyklopedins ordbok, 2000; Psykologilexikon, 1997).

SYFTE

Syftet med studien var att med hjälp av sjuksköterskors erfarenheter från klinisk verksamhet av psykiatrisk omvårdnad beskriva det psykiatriska stödsamtalets innehåll.

METOD

Utgångspunkt i den empiriska studien har varit att med hjälp av sjuksköterskor som är kliniskt verksamma inom psykiatrisk vård beskriva ett psykiatriskt stödsamtal. Valet av beskrivande berättelser som huvudsaklig metod relaterar till studiens syfte och därmed tanken om att ge det psykiatriska stödsamtalet ett ansikte

Undersökningsgrupp

Efter ett noga övervägande av hur många informanter som kunde behövas, kom vi fram till att femton stycken borde vara tillräckligt. Det var inte så stort antal att materialet blev ohanterligt, men inte heller så litet att det blev omöjligt att få fram den information som söktes. Då det fanns en osäkerhet om det var möjligt att få så många sjuksköterskor att delta i undersökningen, gjordes först en muntlig förfrågan på den psykiatriska kliniken där vi arbetade. Fjorton individer var verksamma inom slutenvården, varav en var biträdande avdelningschef. Den femtonde arbetade med öppenvårdsverksamhet. Könsfördelningen bland de tillfrågade var två män och tretton kvinnor.

Urvalet gjordes inte efter några på förhand fastställda kriterier, förutom att de var sjuksköterskor och sysslade med patientinriktat arbete inom psykiatrin. Ett skäl att gå till de egna arbetsplatserna med förfrågan om deltagande i undersökningen var rent praktiskt, då antagandet gjordes att fler sjuksköterskor skulle ställa upp på grund av personlig kännedom och deras vilja att hjälpa till. Vid en första förfrågan kontaktades var och en personligen och delgavs en beskrivning av undersökningens syfte utifrån vilket de ombads medverka. Genom arbetet som kliniskt verksamma sjuksköterskor inom psykiatrin fanns förförståelse om stödsamtalets betydelse för den psykiatriska omvårdnaden. Den undersökande behöver en viss förförståelse av det som senare skall

studeras, dels för att kunna konstruera frågor, dels för att kunna analysera (Thelander, 2000). Patel (1987) menar att förförståelse utgörs av ens livserfarenheter och kunskaper utan vilka en tolkning av materialet överhuvudtaget inte är möjlig.

Datainsamling

Datainsamlingen skedde genom att sjuksköterskorna ombads lämna en skriftlig beskrivning av ett stödsamtal som de haft. Heide (2000) anser att ett grundläggande krav för att människor skall berätta är att frågorna stimulerar berättandet. Frågorna bör vara

öppna så att de tillåter informanterna att konstruera egna svar. Nästa steg var att skicka ut frågan som formulerats enligt följande: ”Kan du med egna ord skriva ned och berätta om ett stödsamtal som du har haft med en patient?” (se bilaga). Frågan som ställdes var standardiserad och ostrukturerad (Patel, 1987). Alla informanter som deltog i undersökningen fick alltså exakt samma fråga med maximalt utrymme som de kunde svara fritt inom. I texten stod också att de kunde skicka berättelsen anonymt till våra respektive avdelningar eller, om så önskades, lämna den personligen. Även uppgifter om telefonnummer till arbete och hem lämnades om det uppstod några frågor. Där fanns också angivet en tidsgräns på cirka fem veckor då berättelserna önskades inlämnade. Alla deltagarna valde bort anonymiteten, somliga lämnade berättelsen personligen och andra hade undertecknat den. Detta gjorde det möjligt att se vilka som inte lämnat in sina redogörelser inom tidsramen, och de påmindes följaktligen. Det blev dock ett bortfall på fem personer som av olika skäl inte kunde/ville fullfölja.

Analys

Analysen började med genomläsning av berättelserna upprepade gånger, så öppet som möjligt, för att få ett grepp om texten och en känsla för innehållet, det vill säga ett naivt läsande. Arvidsson (2000) menar att hanteringen av materialet bör präglas av öppenhet, osäkerhet och oändliga omprövningar. Genom att läsa berättelserna om och om igen blev materialet till slut så välbekant att en tillräcklig förståelse hade uppnåtts, vilket är ett vedertaget sätt att arbeta på enligt Karlsson (1995) och Marshall och Rossman (1995). Därefter plockades meningsbärande enheter ut. Dessa, menar Karlsson (1995), följer inte de språkvetenskapligt grammatiska reglerna. Istället delas texten där undersökaren skönjer en skiftning av textens mening. Intrycken av berättelserna studerades i försök att identifiera mönster för att kunna beskriva kategorier. Efter att båda läst alla berättelserna och att var och en för sig markerat meningsbärande enheter, jämfördes dessa med varandra. Det visade sig att det fanns en stor överensstämmelse bland de meningsbärande enheterna som separat plockats ut. Det var en ständig växling mellan delarna och helheten i berättelserna för att erhålla förståelse för vad ett stödsamtal är, och därmed följde en reflektion över berättelsernas helhet. Marshall och Rossman (1995) beskriver hur det i alterneringen mellan delarna och helheten, krävs en mer fokuserad uppmärksamhet i analysprocessen av datan som genererar kategorier och mönster, och en öppenhet för de subtila underströmmarna. I detta läget anser de också att beslut måste tas om datan är användbar för att komma fram till svaret på den ställda frågan. Med ledning utifrån detta förfarande fortskred analysarbetet av berättelserna. Berättelser, menar Silén (2000), beskriver bland annat handlingar, uttalanden och uppfattningar i förhållande till ett sammanhang, vilket ger dem dess innebörd. Detta medförde att det

gång på gång var nödvändigt att gå tillbaka till materialet för att kontrollera från vilket sammanhang en aspekt kom. Karlsson (1995) påtalar vikten av att få fram både den underförstådda och den uttryckliga betydelsen som beskrivits i berättelserna. Resultatet presenterades genom en sammanställning av de kategorier som framkommit, vilka ibland kunde försees med underkategorier som påvisade de olika aspekterna som återfanns i berättelserna.

Etiska överväganden

I och med att inga patienter var direkt involverade och då tanken var att personalens arbetstid inte skulle tas i anspråk, ansåg vi att det inte behövde begäras några tillstånd för att genomföra undersökningen. Informanterna upplystes om att deras berättelser inte skulle bifogas till arbetet utan att de skulle analyseras för att få fram kategorier som beskriver innehållet i ett stödsamtal. Däremot skulle citat användas, men de skulle, om så behövdes, ändras vad beträffande kön, ålder, bostadsort och så vidare.

Syftet med undersökningen gagnade informanterna då det var ett försök att sätta ord på ett område av sjuksköterskans vardagsarbete som inte belysts och tydliggjorts tillräckligt, trots att det är ett av psykiatrisjuksköterskans viktigaste redskap i den dagliga psykiatriska omvårdnaden.

Fagerberg, Bischofberger, Jacobsson och Lindmark (1988) påtalar vikten av en samarbetsrelation mellan den som undersöker och informanterna, och att ett krav är att deltagarnas integritet skyddas genom att den insamlade datan är sekretessbelagd på ett tillfredsställande sätt. Det vetenskapligt korrekta i att använda sig av arbetskamrater och andra personer man känner i undersökningen diskuterades, men eftersom fördelarna övervägde valdes ändå det tillvägagångssättet.

RESULTAT

I resultatet används citat från de insamlade berättelserna för att bättre kunna belysa de olika kategorierna. Berättelserna numrerades från ett till tio. Siffrorna efter citaten visar från vilken berättelse de är hämtade. Bokstäverna P och S i vissa citat står för patient och sjuksköterska. Sjuksköterskorna benämns i texten av tolkningen genomgående i pluralis, medan patienten omnämns i singularis maskulin form. Kategorierna presenteras i bokstavsordning då ingen kategori anses vara viktigare än någon annan. Ingenstans nämns heller hur många av sjuksköterskorna som använde sig av respektive kategori. Detta är ett medvetet val då intresset låg i att få veta vad innehållet i ett stödsamtal var, inte vilka kategorier som var vanligast.

Aktivt lyssnande

Sjuksköterskorna beskrev det aktiva lyssnandet inte bara som att lyssna utan också att styra samtalet, för att det skulle gagna patienten genom att han satte ord på sina känslor och fick reflektera över sin situation. Ibland var det bara för sjuksköterskorna att finnas

där för att ta emot och dela patientens upplevelse av kaos och förtvivlan. Denna närvaro möjliggjorde det aktiva lyssnandet och skapade trygghet hos patienten. Andra gånger använde de sig av öppna frågor för att få patienten att fortsätta berätta och utveckla sin tankegång. De kunde också be patienten att precisera sitt problem när de märkte att patienten använde sig av generaliseringar. Man anpassade strukturen efter samtalets karaktär och mål. Detta var något som sjuksköterskorna styrde alltefter som samtalet med patienten fortskred, och när man märkte vad han hade behov av att få prata om just då.

”Hon visste inte hur hon skulle göra med sitt liv, vägde olika alternativ emellan sig. Jag fanns där som ett bollplank och försökte få henne att komma fram till ’målet’ själv.” (6)

”Jag ställde till en början korta frågor, blandat med ett och annat påstående där jag själv gissade hur jag tänkte och kände. Dessa påstående var ibland medvetet felaktiga, vilket fick patienten att vilja klargöra hur det egentligen låg till. I och med det var han tvungen att börja öppna sig lite mer.” (2)

”Jag måste kunna lyssna på patienten och ändå vara aktiv om det behövs vid samtalet. Försök att få patienten att ge exempel på vad som konkret ger problem i stället för att generalisera.” (3)

”Närvaron skapar trygghet, patienten får hjälp att sätta ord på sin oro och rädsla.” (10)

Kroppsspråk

En aspekt av aktivt lyssnande var att observera patientens kroppsspråk och att samtidigt använda sig av sitt eget. Sjuksköterskorna beskrev hur man använde sig av ögonkontakt och kroppsberöring, liksom att man genom sin kroppshållning, sin röst och sina kropps rörelser försökte förmedla trygghet och lugn till patienten. Det framgick hur medvetna sjuksköterskorna var om det icke verbala språkets betydelse, och att man i vissa situationer fann det bättre att använda sitt kroppsspråk istället för det uttalade ordet. Detta gällde speciellt när de trodde att patienten kunde ha svårt att ta till sig vad man sade i ett samtal eller att allt för mycket prat kunde ha en oroande inverkan. Sjuksköterskorna var observanta genom att noga iakttaga patienten och läsa av dennes kroppsspråk samtidigt som man förlitade sig på den egna intuitionen och lyssnade till sina sinnen. De var inte rädda för tystnaden, utan kunde bara sitta där med patienten och låta honom få den tid han kanske behövde för att samla ihop sig tillräckligt mycket för att kunna uttrycka vad han kände. Bara genom att finnas där för patienten, vare sig han ville prata eller ej, så förmedlades någon form av budskap som patienten kunde uppfatta som betryggande.

”Försöker ’läsa av’ patientens kroppsspråk och framför allt inte prata för mycket. Det är lätt att dra egna för tidiga slutsatser om han inte får tala färdigt.” (8)

”I början av samtalet var patienten motoriskt orolig, trampade fram och tillbaka i ett hörn av rummet och ville inte ha ögonkontakt och inte prata med mig.” (2)

”Han vandrar runt i rummet, svårt att koppla av, jag är hela tiden med honom, försöker med min kropp och min röst utstråla trygghet och lugn.” (10)

”Här använder jag mig av kroppsspråket och stryker henne över ryggen och stoppar om henne filten.” (4)

Empati

I omvårdnadsarbetet med patienten använde sig sjuksköterskorna av sin empati för att lättare kunna sätta sig in i patientens situation och förstå varför han handlade och kände som han gjorde. Ett empatiskt förhållningssätt bestod av både aktivt lyssnande och lyhördhet i syfte att kunna känna in och hitta det problem som av patienten upplevdes som mest aktuellt här och nu. Empatin var alltså både på ett känslomässigt och intellektuellt plan, och det var en viktig del i själva samtalet. Det var med andra ord viktigt för sjuksköterskan att veta hur patienten mådde rent känslomässigt, för att utifrån det kunna strukturera samtalet så att man på bästa sätt kunde fokusera på det patienten just för tillfället behövde stötta i. Sjuksköterskorna beskrev hur de bejakade patientens känslor för dennes situation och bemötte honom med värme och respekt. Detta ledde till ett ökat förtroende för sjuksköterskorna och att han fick lättare att uttrycka sin oro och ångslan inför dem.

”Sen låta patienten prata av sig först, att jag inte säger så mycket utan bara lyssnar vad patienten har att säga och vad han vill ha hjälp med – försöka att sätta mig in i situationen.” (5)

”Vi diskuterar den sorg hon har i sig då hon vill vara frisk och en normal mamma. Jag påpekar att ibland måste man släppa sina krav och tillåta sig vara liten och ta emot hjälp.” (4)

Engagemang

Sjuksköterskorna vannlade sig om att på ett målmedvetet och aktivt engagerat sätt skapa kontakt som ledde till en allians med patienten. Det framkom att det var viktigt att grunda en relation på tillit, att visa att man brydde sig om patienten, för att på bästa sätt kunna vara till hjälp. Sjuksköterskorna lyssnade på patienten och tog hans bekymmer på allvar. Engagemanget behövdes för att driva arbetet med patienten framåt, och för att patienten under samtalet skulle förnimma känslan av att sjuksköterskorna stöttade honom när det behövdes, och att de var intresserade både av hans person och situation. Det uppstod relationer där man delade med sig av vardagliga händelser vilket patienten upplevde som betydelsefullt. Just att allt inte handlade om sjukdomar och symptom, utan att också all dagliga händelser fick utrymme skapade en social interaktion som var en viktig del för livskvaliteten.

”Mitt kroppsspråk, vilja, engagemang och förmåga att lyssna aktivt utan att avbryta och ge råd, gör att patienten blir stärkt och själv kan ta beslut och komma till rätta med sin situation.” (7)

”som jag ser det så försöker jag att skapa kontakt och allians med patienten.” (8)

”P. ’Vill du se vad jag har handlat?’

S. Ler. ’Det vill jag gärna göra. Först skall vi sammanfatta. Är du nöjd med samtalet? Är det något annat du vill fråga angående det vi talat om idag? Vill du att jag skall börja agera? Jag finns till för dig när det är dags.’ (7)

Hjälp till självhjälp

En stödaspekt som dök upp var hjälp till självhjälp. Här påvisade sjuksköterskorna hur de genom att se till patientens möjligheter och resurser, kunde stötta hans förmåga att själv ta kontrollen över sin tillvaro. Detta styrkte patienten att fortsätta även när det uppstod problem. Samarbetet med patienten, med syfte att skapa en arbetsallians där patienten var delaktig i besluten för att så småningom själv kunna ta över, upplevdes som väsentligt. Det var lika vanligt med känslomässigt stöd, där patienten behövde hjälp att sortera och uttrycka sina känslor och intryck, som rationellt stöd i vardagen där det kunde gälla allt från kontakter med myndigheter till hur medicindelning skulle administreras. På olika sätt och i olika grad försökte sjuksköterskorna hjälpa patienten att själv ta ansvaret för det som rörde hans person och situation. De lade upp strategier tillsammans, och sjuksköterskorna fanns där som stöd för patienten om det visade sig att det planerade inte fungerade. Då samtalade man om vad som hänt och hur man skulle göra nästa gång en likartad situation uppstod och därmed förhindra en återupprepning.

”Förstärka hans självförtroende och hjälpa med samtal. Förstärka hans tro på att han med hjälp och stöd kan lösa sina problem.” (8)

”Det är bra om man kan få patienten att tänka till själv vad som kan göras.” (1)

”Försökte stödja och lyssna på hennes alternativ och få henne att tänka mera objektivt och konstruktivt.” (6)

Humor

Trots det allvar och de svåra problem som fanns runt omkring patienten, upplevde sjuksköterskorna det betydelsefullt att, då det var lämpligt, kunna använda sig av humor. Att skratta tillsammans kunde lätta på stämningen och var ibland ett bra sätt att avsluta ett samtal. Det var ett uttryck där gränserna mellan vårdare och patient inte var så skarpa, utan man var två individer som möttes och delade något.

”Mot slutet gick det också att skämta lite och samtalet avslutades med att vi gav varandra en kram.” (2)

”Därefter rundar jag av samtalet, försöker om det känns rätt, att skoja lite med patienten – få patienten att le, humor är viktigt!” (5)

Här och nu perspektiv

I patientsamtalen fokuserades på aktuella förhållanden där sjuksköterskan ansåg sig kunna vara behjälplig, och att man hade en realistisk insikt om sina egna begränsningar.

Det var viktigt att kunna lämna över vissa saker till andra bättre lämpade yrkeskategorier, men också att man kunde hjälpa patienten med att ta de kontakter som nuläget krävde genom att kunna hänvisa honom vart eller till vem han kunde vända sig. Sjuksköterskorna var inriktade på att arbeta med det som hänt just nu, och att hjälpa patienten genom att diskutera vilka strategier som han kunde använda sig av och vilket stöd han kunde behöva. De försökte hjälpa patienten att förstå att det var en process som tog tid och som man inte kunde forcera, utan man var tvungen att försöka ta en dag i taget.

”Jag har stöttat i det som låg närmast. Där han befann sig här och nu.” (7)

”Jag skall ge stöd här och nu i samtalet, jag måste kunna inse vad jag själv kan och inte kan, och våga säga att jag inte är expert eller någon terapeut när det gäller saker som ligger långt tillbaka i tiden.” (3)

”P. ’Vet du att mamma skall sälja huset och flytta till ett vårdhem?’

S. Ser och lyssnar lugnt på patienten. Nickar.

P. ’Var skall jag bo då? Jag har levt här i hela mitt liv. Jag vill inte flytta. Här har jag alla mina skivor och skivspelare.’

S. Nickar och lyssnar deltagande.

P. ’Som du vet är mamma gammal och sjuk. Hon orkar ej med att sköta huset längre. Hon orkar inte med mig heller.’

S. Ser lugnt på patienten. ’Har din mamma och du pratat om detta?’ ” (7)

Flexibilitet

Här beskrev sjuksköterskorna ett socialt utbyte med patienten kring allmänmännsliga tankar och åsikter i syfte att få relationen avslappnad och naturlig. Man tillät sig att i de spontana samtalen visa något av sin egen person, och hade inte förutbestämt att samtalet nödvändigtvis skulle leda till något annat än ett mellanmännsligt möte. Patienten kunde uppleva en lättnad i att få prata om sina intressen eller familj, och kanske få glömma sin sjukdom en liten stund. Det innebar också en smidighet i hur man kunde söka alternativa lösningar för att stötta patienten, och hjälpa honom att få bekräftelse att hans strategier trots ett tillfälligt misslyckande var bra. Det var i dessa lägen sjuksköterskan fick vara den tillfälliga tryggheten patienten behövde just då.

”När man går på en promenad så här blir samtalet på ett mer naturligt sätt. Vi har inte bestämt från början att det skall leda till något. Efter samtal om bilar, båtar, fiske och väder kommer vi in på NN:s problem.” (1)

Information

Stödsamtalen inkluderade en hel del information eftersom patienten kunde vara oroad och bekymrad över sina sjukdomar, symptom och reaktioner som han inte förstod. Sjuksköterskorna delgav sitt professionella kunnande då det var av stor vikt att patienten hade förståelse för det som hände. Patienten kunde ibland med stöd ges tillfälle att reflektera, och komma fram till vad som gjort att händelseförloppet hade utvecklats som det gjorde. Informationen har därför delats upp i tre aspekter.

Känslor och reaktioner

Dessa förklarades för patienten för att han skulle ha möjlighet att förstå vad som hände utan att bli rädd, och inse att känslorna och reaktionerna just i den aktuella situationen var adekvata. Känslor som ångest lyftes fram som något som faktiskt kunde vara positivt för patienten, eftersom han insåg att den var direkt relaterad till hans handlande. Sjuksköterskorna förklarade hur man kunde koppla ihop känslor och reaktioner, att det ena kunde vara en följd av det andra.

”Jag påpekade att hon nu får tillåta sig att vara sjuk och ta vara på sig själv. Hennes tillfrisknande kommer att ta ett tag och det är viktigt för henne att ge det tid.” (4)

”Vi pratade lite mera om detta, och vi avslutar samtalet med att jag berättar om panikångest och vad som händer.” (6)

”Jag påtalar att ångesten han nu har kan vara positiv. Den ger honom en tankeställare om att det inte går att slappna av, utan som han säger ’hålla sig hårt’ för att inte trilla dit i missbruket igen.” (9)

Medicinering

Då patienten inte alltid tagit till sig information om medicineringens orsak och verkan kunde detta behöva förtydligas ytterligare av sjuksköterskorna. Det kunde också handla om att upplysa patienten om hur och vem som skall tillgodose dennes behov av läkemedelsadministration i samband med att vårdtiden avslutas.

”Har patienten blivit insatt på medicin som han inte känner till, brukar jag även informera om detta (patienten tar inte alltid till sig detta på rondan eller vågar inte fråga).” (5)

”Väl uppe på avdelningen hjälper jag NN att själv ringa till vårdcentralen. Han får prata med en sjuksköterska. Får tider till en kurator, samt information om vem som skall dela Antabus till honom.” (1)

Symptom

Sjuksköterskorna förklarade för patienten dennes symptom relaterat till hans grundläggande problem samt påvisade sambandet mellan reaktion och situation. Det var viktigt att patienten förstod vad som hänt, och att informationen och sättet att informera anpassades till hans förmåga att ta emot just då. Om patienten kunde förstå vad symptomen berodde på upplevdes de som mindre skrämmande.

”Efter att patienten har pratat av sig, brukar jag informera patienten olika saker, exempelvis om hur man reagerar, vilka symptom man får vid utbrändhet, kris och ångest, så att patienten förstår vad han upplever....” (5)

”Jag förklarar för honom att han varit förvirrad beroende på att han sovit lite under en lång tid innan han kom till avdelningen.” (10)

”När barnen gått kände hon att symptomen kom tillbaka som anspänning i axlar och huvud. Fick även flimmer framför ögonen som varade en stund. Vi diskuterade vad detta kan bero på och kommer överens om att hennes gräns för påfrestningar är låg just nu.” (4)

Lyhördhet

Sjuksköterskorna visade här konsten att läsa mellan raderna och att försöka känna av patientens sinnesstämning i syfte att hitta kärnpunkten i problemet. De försökte också skapa ett tillåtande och accepterande klimat för att förmedla trygghet till patienten, och låta denne uppleva att det var i sin ordning att känna oro, ångest och sorg. Sjuksköterskorna kände ibland att det fanns ett behov för samtal även då patienten inte sade det rent ut. Man tog sig då tid, satt ibland bara hos patienten och avvaktade, eller började samtalet i en mer allmän inriktning för att se hur samtalet utvecklade sig. Det kunde ibland vara nog att patienten kände sjuksköterskornas närhet.

”Ett stödsamtal kan vara på många sätt, i detta fallet var det mest att finnas till runt patienten och lyssna till vad han hade att säga.” (1)

”Patienten mår mycket dåligt, ångestfull och vet inte vart han skall ta vägen. Han får behovsmedicinering och jag tar med honom till hans rum...Han känner sig instängd i rummet. Vi tar med en kudde och går till soffan i dagrummet. Han lägger sig på soffan och jag sätter mig bredvid.” (10)

”Jag är noga med vad jag säger och att inte prata för mycket. Han är skör och stresskänslig och kan lätt missförstå.” (10)

Medvetandegörande

Sjuksköterskorna försökte att på olika sätt medvetandegöra patienten om dennes sätt att tänka, känna och handla. Det var betydelsefullt för det fortsatta arbetet att patienten blev medveten om sitt sätt att reagera och handla, och vad det var som gjorde att han reagerade just så. Det kunde underlätta för patienten att han fick hjälp att se saker och ting ur någon annans perspektiv, och att man tillsammans reflekterade runt det. De aspekter som framkom var klargörande, konfrontation, konsekvens och normalisering.

Klargörande

Det handlade om att hjälpa patienten att sätta ord på tankar och känslor och att se klarare på sin situation. Sjuksköterskorna försökte också hjälpa patienten att se saker och händelser i sina rätta sammanhang, och att ge dem de rätta proportionerna. Sammanfattning av samtalen gjordes avslutningsvis i syfte att förvissa sig om att ingen missuppfattning skett av det man diskuterat. Om så var fallet fanns här tillfälle för att korrigera det som blivit felaktigt tolkat. Det hjälpte också patienten att få en återblick på vad man samtalat om och om det var något mera han ville ta upp.

”Vi pratar även om den rädsla som han med hela sin kropp uttrycker. Han får hjälp att sätta ord på den, säger att det känns som om huvudet skall spricka.” (10)

”Jag brukar alltid sammanfatta patientens historia för patienten så att jag har förstått rätt.” (6)

Konfrontation

Sjuksköterskorna ställde lugnt och sakligt klara och direkta frågor angående patientens agerande. Det var av värde för sjuksköterskorna att få konkreta svar på varför en viss handling gjorts eller vilka känslor som den föregicks av. Det var också betydelsefullt för patienten då han fick en möjlighet att tillsammans med någon utomstående reflektera över det som skett och sätta ord på känslor och tankar.

”Jag satte mig ner och sade inte så mycket till att börja med. Efter en stund frågade jag rakt på sak vad patientens avsikt med handlingen hade varit. Han svarade kort att han ville dö. Jag frågade honom hur han hade gått tillväga, sakliga frågor som inte berörde hans känslor och tankar.” (2)

Konsekvens

Sjuksköterskorna strävade efter att vara konsekventa och tydliga i sitt handlande för att patienten inte skulle få olika signaler och att man på så vis skapade en osäkerhet. Det gällde att ge raka och precisa svar på de frågor som man fick.

”Har jag sagt nej till en sak en gång, får jag säga nej även den tjugonde gången samma fråga kommer.” (3)

Normalisering

Det upplevdes som viktigt för sjuksköterskorna att inte förstora upp känslor och beteenden utan att man istället försökte hålla det hela på en så vardaglig nivå som möjligt, och förklara för patienten att hans reaktioner kunde förstås utifrån hans situation. Man uppmuntrade patienten att så snabbt som möjligt återgå till vardagslivet i syfte att stärka patientens känsla av välbefinnande. Känslan av att inte vara ensam om att ha upplevt en reaktion eller känsla på ett snarligt sätt i en likartad situation, utan att det var vanligt förekommande, kunde upplevas som en stor lättnad för patienten. Insikten att andra faktiskt gått igenom det samma och klarat av det, kunde ge en känsla av tillförsikt till patienten.

”Han får även bekräftelse på att det i hans situation med långvarig sömnstörning inte är konstigt om man blir förvirrad.” (10)

”När det gällde den inträffade händelsen försökte jag vara så neutral som möjligt, dels för att inte förstora upp den och dels för att inte skuldbelägga patienten.” (2)

Tillgänglighet

Sjuksköterskorna ansåg att det var av stor vikt att visa tillgänglighet för patienten, vilket gjordes genom att de fanns hos patienten då denne mådde dåligt eller att de gjorde sig tillgängliga då behovet av stöd önskades. De var flexibla i att visa patienten att de fanns

där runt omkring honom, och avsatte tid när de kände att han mådde dåligt och behövde samtala, trots att han kanske inte uttryckligen sagt så. Sjuksköterskorna gav ibland patienten själv ansvaret för att ta kontakt när han kände behov av stöd, vilket krävde en god och fungerande relation.

”Jag ger NN möjlighet att höra av sig igen. Vi bestämmer efter hans önskemål att vi skall ha telefonkontakt under helgen. Lämnar praktiska uppgifter så som när jag kan nås, detta gör även han.” (9)

”Hon var rädd/arg och ledsen. Jag försökte visa att jag fanns där för henne och försöka skapa ordning i hennes tankar som hoppade hit och dit.” (6)

”Jag tycker att när man skall ha ett stödsamtal med någon, speciellt första gången, är det viktigt att ha tid. Ta sig tid eller bestämma en tid samt att hitta en plats där man kan sitta och prata enskilt. I det här fallet hade mannen eget rum och jag fick ta mig tid då jag såg på patienten att det var nu han behövde prata.” (5)

Uppmuntran

Sjuksköterskorna såg och lyfte fram patientens positiva egenskaper och resurser samt uppmuntrade honom till att våga tro på sin egen förmåga. Uppmuntran stimulerade patienten att se att han kunde klara av att hantera situationer som han tidigare inte trott var möjligt. Stödet kunde vara att stärka hans känsla för sin egen person och sin egen förmåga, men också att berömma hans försök och diskutera vad som gick fel när strategierna inte utföll väl. Sjuksköterskorna försökte genom uppmuntran att få patienten att själv planera för sin framtid, vad han själv ville med sitt liv, och att de fanns där som en buffert i bakgrunden. Att skapa ett framtidshopp och att se framåt genomsyrade sjuksköterskornas arbete.

”Jag försökte också vara uppmuntrande och stöttande genom uttalanden om patientens person – han hade rätt att leva, han var en trevlig person och så vidare.” (2)

”Lyfter fram hans positiva egenskaper/resurser, ger honom feedback på att han ser problemet och är ärlig, visar på att han har en vilja och är motiverad att göra något åt situationen och att han fortsättningsvis skall känna sig stolt.” (9)

Ärlighet

Ärlighet och uppriktighet var enligt sjuksköterskorna det som skapade ett varaktigt förtroende i alliansen. Genom att sjuksköterskorna talade öppet om de tankar och känslor som uppstod kring den aktuella situationen och att de bemötte patientens upplevelse med respekt, skapades ett tillåtande klimat där patienten vågade berätta hur och vad han kände. Patienten kunde känna oro för att det man pratat om skulle vidarebefordras till hans anhöriga, men sjuksköterskorna förklarade att ingenting som patienten sade under samtalet fördes vidare utan hans medgivande. Detta visade patienten att han var med och bestämde, vilket stärkte relationen. De visade att man ville patienten väl och att man stod

på dennes sida. På så sätt befäste man ett gott samarbete grundat på ärlighet och tillit vilket var viktigt för en god och hållbar arbetsallians.

”Var alltid ärlig. Lova ingenting som du inte kan hålla. Säg hellre att du inte vet, då patienten frågar något som du inte kan svara på, men att du skall ta reda på och ge svar nästa gång.” (3)

”Patienten har erfarenhet av att jag är ärlig och vill honom väl.” (7)

P. ’Du får inte berätta om vad vi sagt idag till mamma.’

S. ’Självklart inte. Det är du som bestämmer.’” (7)

Resultatsammanfattning

I berättelserna fanns ett brett spektrum av kategorier med olika aspekter som spände över ett antal områden. Aktivt lyssnande och kunskap om kroppsspråkets betydelse liksom en empatisk attityd belystes av sjuksköterskorna som väsentliga delar i ett samtal. Vikten av en god arbetsallians poängterades, liksom att den bör grunda sig på ett gemensamt förtroende skapat av ärlighet och tillit, och att detta är en process som byggs upp och tar tid vilket är nödvändigt för att göra alliansen hållbar. Sjuksköterskorna var fokuserade på att hjälpa patienten i en här och nu situation, där målet var att man med samtal och stöd försökte hjälpa patienten att själv ta itu med sin situation.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Det etiskt riktiga i att välja individer man känner som deltagare i undersökningen diskuterades. Fördelarna var, som tidigare nämnts, att någon presentation av oss inte behövdes då vi var välkända för dem som tillfrågades. Det fanns med andra ord en tidsvinst i att slippa gå ut och söka okända deltagare och att informera vilka vi var och vad vårt syfte var. Att det geografiska området var begränsat då alla informanter arbetade inom samma psykiatriska klinik, underlättade naturligtvis också arbetet. Nackdelarna var att de tillfrågade kunde känna sig pressade att ställa upp för att vara oss behjälpliga i vår undersökning. Möjligheten finns också att det kanske kändes svårt att skriva berättelserna, och att informanterna till och med kände sig hämmade, då vi i somliga fall hade full kännedom och ibland till och med var delaktiga i vården av vissa av de patienter som berättelserna tog upp. Marshall och Rossman (1995) pekar på hur beroende undersökaren är av att deltagarna svarar sanningsenligt och med noggrannhet. I och med att vi gick ut med en förfrågan om deltagande i studien, märkte vi att det väcktes en diskussion bland sjuksköterskorna om stödsamtlets innehåll samt vikten av att sätta ord på sitt arbete. Dessutom fanns ett genuint intresse för att få veta svaret på frågan vad ett stödsamtal är, då detta utgör en så stor del av psykiatrisjuksköterskans arbete. Detta kanske ledde till att motivationen att dela med sig av sin praktiska erfarenhet ökade, särskilt då vi berättat att det inte fanns mycket beskrivet i litteraturen. För att få in ett rikligt material är det viktigt att skapa motivation hos uppgiftslämnaren (Lepp, 1998).

En annan fråga som kan diskuteras var om vi enbart skulle vänt oss till avdelningar med samma psykiatriska inriktning. Nu blev utgångspunkten att vi vände oss till kliniskt verksamma sjuksköterskor inom psykiatrin, och det innebar att inriktningen på avdelningarna var blandad. Det skulle varit intressant att se om utfallet av kategorierna skulle sett annorlunda ut om vi vänt oss till avdelningar med likartad inriktning. Det samma gäller vår förförståelse och hur mycket den färgat tolkningarna. Det är dock svårt, förmodligen omöjligt, att komma ifrån ens egen påverkan av tolkningarna då man inte helt kan, eller ens skall, frigöra sig från sin förförståelse. Vi var ytterst medvetna om att en subjektiv påverkan kunde finnas. Silén (2000) skriver att det är undersökaren med sin förförståelse som analyserar, tolkar och till slut väljer ut vad som skall vara med i arbetet. Sett utifrån det perspektivet måste undersökningen bli färgad på ett eller annat sätt. Kritisk granskning av varandras tolkningar gjordes genomgående under analysarbetet. För att förvissa oss om trovärdigheten av tolkningarna så gott det gick, läste båda alla berättelserna och jämförde därefter intryck och tolkningar med varandra. Karlsson (1995) nämner att fakta kan ha olika betydelser i olika sammanhang för olika människor. Genom vårt tillvägagångssätt försökte vi minimera risken att vi hade fullständigt disparata tolkningar av samma fenomen. Studien gör inte anspråk på att vara generaliserbar då underlaget är allt för litet för att man skall kunna dra några bestämda slutsatser, men resultatet beskriver ändå vad ett stödsamtal kan vara. En fundering om hur mycket antalet informanter påverkade resultatet fanns. Möjligt är att fler deltagare hade kunnat ge en fylligare och mer nyanserad bild. Det är en aspekt som togs upp, men antagandet gjordes att antalet faktiskt var tillräckligt stort för att kunna ge en bild av innehållet i ett stödsamtal, vilket var vårt syfte.

I berättelserna fanns ibland någon form av anamnes med. Denna kunde vara svår att separera från själva stödsamtalet, vilket också riskerade att påverka våra värderingar av texten i och med att vi erhöll alltför mycket information om patientens bakgrund och diagnos. Det finns en möjlighet att detta medförde att berättelserna tolkades annorlunda än vad som skulle gjorts utan några bakgrundsdata. Heide (2000) anser att det svåra med att analysera berättelser är att de sker dels i särskilda interaktioner mellan människor, dels i sammanhang som är sociala, kulturella och institutionella. Han beskriver också att man väljer ut det som man anser vara viktigt och att tolkningarna görs utifrån var och ens föreställningar, normer och värderingar. Något annat som upplevdes svårt var att finna balansen om hur mycket information som skulle ges till informanterna. En återkommande fråga från sjuksköterskorna var "Hur skall vi skriva?". Problemet är i vilken utsträckning anvisningar skall ges till berättaren. Martin, Dahlgren och Svensson (refererade i Lepp, 1998) anser att ju fler instruktioner och anvisningar de berättande får, desto svårare blir det för dem att förhålla sig öppet till uppgiften. Det bestämdes att kortfattade direktiv var lämpligast, dels för att skrivaren då får större möjlighet att sätta sin personliga prägel på innehållet, dels för att undvika en omedveten påverkan.

I Psyk-VIPS beskrivs stöd uppdelat i en emotionell, social och praktisk del (Björkdahl, 1999), och vi hade en tanke att försöka dela in kategorierna efter den modellen. Det befanns dock svårt att i berättelserna särskilja dessa delar ifrån varandra, då de var så intimt sammankopplade att stöttning på det ena området påverkade utfallet av de andra. Detta medförde att det emotionella, sociala och praktiska stödet istället beskrevs i de kategorier där de återfanns. Även kategorierna berörde gemensamma områden och vissa situationer var ibland svåra att placera då de kunde höra hemma i flera områden. Denna komplexitet påvisades också i undersökningen då sjuksköterskorna ofta arbetade med flera av områdena parallellt.

Resultatdiskussion

Stödsamtalet är en del av den psykiatriska omvårdnaden. Där finns den specifika omvårdnadsdelen som innefattar de psykiatriska problemen och deras påverkan av vardagslivet, samt hur man kan hantera känslor och situationer. Till hjälp här finns bland annat aktivt lyssnande, hjälp till självhjälp och medvetandegörande. Men i den psykiatriska omvårdnaden finns också ett stort mått av allmän omvårdnad där man ser mer till personen än till de psykiatriska problemen, och där man använder sig av till exempel empati, lyhördhet och tillgänglighet. Resultatet visar hur dessa delar är sammanvävda och hur sjuksköterskorna hela tiden försöker se till individen och agera utifrån det. Det framkom av berättelserna att sjuksköterskorna baserade sitt tänkande och omvårdnadshandlande på tidigare praktisk erfarenhet, men man nämner inte sin teoretiska kunskap i sammanhanget. Kanske är detta ett tecken på den traditionella synen att sjuksköterskeutbildningen fortfarande ses som en ren yrkesutbildning istället för en akademisk utbildning. I berättelserna märktes dock tydligt att informanterna hade de teoretiska kunskaperna, man var medvetna om dem och man använde sig utav dem i sitt arbete. Detta leder på sikt till högre kvalitet i omvårdnaden, och det är alltså viktigt att sjuksköterskorna ser sin teoretiska kompetens som grunden till praktiken. Enligt Hummelvoll (2000) säkras hög kvalitet genom utveckling av bra metoder och relevanta kunskaper. I kommunikationen, menar Eide och Eide (1997), kan sjuksköterskan använda sig av hela sin kompetens, till vilken de räknar yrkeskunskaper, empati och etik, för att främja patientens hälsa. En annan viktig del är naturligtvis kunskapen om hur man samtalar. Enligt Zimsen (1998) skall alla professionella samtal ha ett syfte, nämligen att på något sätt hjälpa patienten genom att vara till exempel problemlösande eller informativa. Alla samtal i undersökningen var inte från början inriktade på att vara problemlösande, utan startade som ett vardagligt samtal om allmogliga saker. Vi menar att även om detta inte anses som ett professionellt samtal, kan det ändå vara till hjälp för patienten att få skingra tankarna ett slag. Dessutom är det ofta ett led till ett närmare samarbete, och kan utvecklas till ett professionellt samtal. Då patienten känner att det är rätt tidpunkt att berätta om sina problem, gör han det oavsett hur samtalet inlemts. Sjuksköterskorna använde under samtalen sin observationsförmåga och sina kunskaper om kommunikation. De lyssnade till vad patienten sade och hur det sades, samt iakttog hans kroppsspråk för att se om det uttryckte kongruens eller inkongruens, vilket kunde användas för att diskutera vad patienten egentligen kände. Känslor och reaktioner var ett vanligt samtalsämne, och i och med det även information och klargörande om det som händer och vad det beror på. Nyström (1999) anser att det är kontaktpersonen, både inom psykiatrisk omvårdnad och social omsorg, som är patientens trygghet utifrån vilken han kan relatera till omvärlden.

Patientens delaktighet vid planering av sin fortsatta vård och vilken form av stöd han kommer att behöva i fortsättningen, är oerhört väsentligt för att motivera honom till att själv ta ansvar för sitt liv. Att sjuksköterskan är lyhörd och öppen för patientens förslag visar sig också vara av stor vikt för alliansen. Då patienten är den som slutligen själv skall ansvara för sitt liv, är uppmuntran och engagemang stora bitar för sjuksköterskan att använda sig av i sitt arbete. Samarbetet mellan sjuksköterska och patient behövs enligt Lökensgård (1997) därför att var och en besitter en kompetens som den andre saknar. Hon menar att patienten är den som kan förmedla sina egna känslor och upplevelser och uttrycka en uppfattning om sin situation. Patienten måste få känna delaktighet i det som beslutas om hans situation, annars kan han lätt passiveras. Man måste som sjuksköterska ta vara på de tillfällen som ges i arbetet med patienten, och

själv vara aktiv för att få möten mellan sjuksköterska och patient till stånd. Då man informerade patienten om olika saker, var det viktigt att anpassa nivån rätt så att man tydligt och klart fick fram det man önskade förmedla. Det är svårt att vara riktigt säker på att informationen mottagits helt korrekt. Sjuksköterskorna sammanfattade därför ofta avslutningsvis samtalen för att ge patienten möjlighet att korrigera eventuella fel eller missuppfattningar. Detta är något som kanske skulle göras fortlöpande under samtalet, inte bara då man avslutar, eftersom många patienter har svårt att koncentrera sig på vad som sägs, om samtalen tenderar att bli alltför långa. Det man tog upp och diskuterade var av mycket varierande karaktär, och kunde röra sig om ren information, klargörande angående vissa händelser och känslor, hjälpa till att visa på olika alternativ eller bara vara där och lyssna. Detta belyser Peplau (1988) i interaktionen mellan sjuksköterskan och patienten, där hon beskriver de olika rollerna som sjuksköterskan använder sig av i sitt arbete, bland annat rollen som resursperson, rådgivare, surrogatperson eller teknisk expert. Berättelserna fokuserar huvudsakligen på patientrelationen, medan informationsdelen inte är lika framträdande. Möjligen kan det bero på att sjuksköterskorna ser stödsamtalen som relationsinriktat och att det därmed kan få en emotionell prägel.

När man har ett stödsamtal är det viktigt att man har tid. Om det är ett samtal som man tidigare har bestämt med patienten att ha, är det oftast fastställt när och hur länge man skall samtala. Men då det uppstår ett akut behov av stöd måste man ta sig tid. Det är dessa situationer, där man egentligen kanske inte har tid, som kan framkalla funderingar över hur man skall göra och vad som skall prioriteras. Eide och Eide (1997) beskriver det som ett etiskt dilemma, där den tid sjuksköterskan ägnar åt en patient blir på bekostnad av de andra patienternas behov. Det är en situation som är vanlig och som kan skapa stress hos sjuksköterskan då hon känner en otillräcklighet.

Även humor togs upp som betydelsefullt och möjligheten att få skratta, trots att det var kaotiskt runt omkring. Det kan vara svårt att veta när och om det överhuvudtaget lämpar sig att skämta med en patient, men humor upplevs av sjuksköterskorna som viktigt. Det väsentliga är att man skrattar tillsammans med patienten, att man delar ett ljus ögonblick, inte bara de tunga och svåra stunderna. Eide och Eide (1997) beskriver att det inte finns några bestämda regler för när man kan använda sig av humor. Alla individer är olika och reagerar också olika. Därför bör man göra en bedömning av personen och situationen innan man använder sig utav humor. Faktum är att det kan uppstå en kontakt, som kan göra att det upplevs lättare för patienten att berätta om sina mörka känslor och tankar, efter att ha känt gemenskap och delaktighet med sjuksköterskan genom att ha skrattat tillsammans.

Vi har kommit fram till att stödsamtalen är ett omfattande och komplext område som är av stor betydelse för att hjälpa patienten, både då det är fråga om en kort vårdtid eller en mer långsiktig planering. Förslag till fortsatta undersökningar kan vara en fråga som vi ställt oss ett flertal gånger under studiens gång, nämligen vilka kunskaper som en sjuksköterska behöver ha för att på bästa sätt kunna använda sig av ett stödsamtal. Barker, Jackson och Stevenson (1999) tycker att man bör fokusera på att utveckla de traditionella funktionerna i omvårdnaden, det som de kallar den mänskliga omsorgen, istället för att skapa nya. De menar att den mänskliga faktorn i omvårdnaden får allt mindre plats, då andra saker, som till exempel teknologi, tar upp allt mer av sjuksköterskans arbetstid. Vår tanke är ju naturligtvis att man lyfter fram den teoretiska kunskapen som behövs i ett stödsamtal och utnyttjar den i kombination med den

praktiska erfarenheten som finns, att man på något sätt väver samman teori och erfarenhet på ett naturligt sätt. En annan intressant frågeställning är vad vi har för syfte med ett stödsamtal. Nyström (1999) ser en distinkt skillnad i hur man arbetar inom den sociala omsorgen och den psykiatriska omvårdnaden. Hon menar att inom psykiatrin försöker man behandla och förändra, medan man inom den sociala omsorgen försöker bevara och stödja.

Det finns med andra ord en mängd funderingar som inställt sig under arbetets gång och som känns angelägna och intressanta. Framför allt har det genererat frågor inom oss vilket förmodligen är det viktigaste i en undersökning, nämligen att inte vilja slå sig till ro och vara nöjda utan ha en önskan att ta reda på mer.

REFERENSER

Adams, T. (2001). The conversational and discursive construction of community psychiatric nursing for chronically confused people and their families. *Nursing Inquiry*, 8, (2), 98-107.

Arvidsson, P. (2000). "Måste vi läsa metod?". G. Jarlbro (Red.), *Vilken metod är bäst – ingen eller alla? Metodtillämpning i medie- och kommunikationsvetenskap* (s. 12-29). Lund: Studentlitteratur.

Barker, P., Jackson, S., & Stevenson, C. (1999). What are psychiatric nurses needed for? Developing a theory of essential nursing practise. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 273-282.

Björkdahl, A. (1999). *Psyk-VIPS – att dokumentera psykiatrisk omvårdnad enligt VIPS-modellen*. Lund: Studentlitteratur.

Egidius, H. (1997). *Psykologilexikon*. Stockholm: Natur och Kultur.

Ehnfors, M. (1993). *Quality of care from a nursing perspective. Methodological considerations and development of a model for nursing documentation*. Avhandling för doktorsexamen. Medicinska fakulteten. Uppsala: Uppsala universitet.

Ehnfors, M., & Thorell-Ekstrand, I. (1994). *Omvårdnad i patientjournalen. En modell för dokumentation av omvårdnad med hjälp av sökord* (FoU-rapport nr 38). Stockholm: Vårdförbundet SHSTF.

Eide, H, & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Fagerberg, H., Bischofberger, E., Jacobsson, L., & Lindmark, G. (1988). *Medicinsk etik och människosyn*. Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Gordan, K. (1996). *Professionella möten. Om utredande, stödjande och terapeutiska samtal*. Stockholm: Natur och Kultur.

Heide, M. (1995). Vad kan berättelser tillföra forskningen? G. Jarlbro (Red.), *Vilken metod är bäst – ingen eller alla? Metodtillämpning i medie- och kommunikationsvetenskap* (s. 54- 71). Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Hummelvoll, J. K. (2000). *Helt – ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal.

Jackson, S., & Stevenson, C. (2000). What do people need psychiatric and mental health nurses for? *Journal of Advanced Nursing*, 31, (2), 378-388.

Karlsson, G. (1995). *Psychological, qualitative research from a phenomenological perspective*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International.

- Käsermann, M. L., Altorfer, A., Foppa, K., Josse, S., & Zimmermann, H. (2000). The study of emotional processes in communication: I. Measuring emotionalization in everyday face-to-face communicative interaction. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 32, (1), 33-46.
- Lepp, M. (1998). *Pedagogiskt drama med fokus på personlig utveckling och yrkesmässig växt*. Avhandling för doktorsexamen. Institutionen för pedagogik och psykologi. Lund: Lunds universitet.
- Lökensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (1995). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Nationalencyklopedins ordbok. (2000). Höganäs: Bra Böcker.
- Nyström, M. (1999). *Allvarligt psykiskt störda människors vardagliga tillvaro*. Avhandling för doktorsexamen. Institutionen för vårdpedagogik. Göteborg: Göteborgs universitet.
- O'Brien, L. (2001). The relationship between community psychiatric nurses and clients with severe and persistent mental illness: The client experience. *Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 176-186.
- Palmblad, B. (2000). *Sjuksköterska – självständig yrkesroll i psykiatrin. Psykodynamisk teori eller symbolisk interaktionism? Att ge legitimitet till den psykiatriska omvårdnades praktik* (FoU-rapport nr 57). Stockholm:Vårdförbundet.
- Patel, R. (1987). Intervju och enkät. R. Patel & U.Tebelius (Red.), *Grundbok i forskningsmetodik* (s. 102-115). Lund: Studentlitteratur.
- Peplau, H. (1988). *Interpersonal relations in nursing – a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. London: The Macmillan Press Ltd.
- Rask, M., & Levander, S. (2001). Interventions in the nurse – patient relationship in forensic psychiatric nursing care: a Swedish survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 323-333.
- Rask Eriksen, T. (1994). Cancerpatienterna och omsorgsforskningen. M. Kirkevold, F. Nortvedt & H. Alvsvåg (Red.), *Klokhet, omdöme och skicklighet* (s. 194-206). Lund: Studentlitteratur.
- Silén, C. (2000). *Mellan kaos och kosmos: om eget ansvar och självständighet i lärande*. Avhandling för doktorsexamen. Institutionen för beteendevetenskap. Linköping: Linköpings universitet.
- Socialstyrelsen 1995:5. (1995). *Kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor*. Stockholm: Fritze.

SOSFS 1993:17. *Socialstyrelsens allmänna råd om omvårdnad inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Thelander, Å. (2000). Säger en bild mer än tusen ord? G. Jarlbro (Red.), *Vilken metod är bäst – ingen eller alla? Metodtillämpning i medie- och kommunikationsvetenskap* (s. 140-158). Stockholm: Almqvist & Wiksell Förlag.

Wilson-Barnett, J., & Batehup, L. (1988). *Patient problems. A research base for nursing care*. Harrow: Scutari Press.

Zimsen, K. (1998). *Samtal som verktyg*. Stockholm: Bokförlaget Prisma.

Åström, G. (1995). *The meaning of caring as narrated, lived, moral experience*. Avhandling för doktorexamen. Institutionen för omvårdnadsforskning. Umeå: Umeå universitet.

Bilaga Utskick till informanterna

2001-11-05

Kan du med egna ord skriva ned och berätta om ett stödsamtal som du haft med en patient?

Det vore tacksamt om vi kunde få oss tillsänt din berättelse senast fredag den 14/12. Skicka eller återlämna anonymt med internpost till någon av oss.

Anette Nicklasson, avdelning XX, sjukhus XZ, telefonnummer till avdelning och hem.
Ingela Benjaminsson, avdelning XY, sjukhus XZ, telefonnummer till avdelning och hem.

Om du undrar över något, så ring gärna!

Tack på förhand!

Högskolan i Trollhättan / Uddevalla
Institutionen för omvårdnad
Box 1236
462 28 Vänersborg
Tel 0521-26 42 01 Fax 0521-26 42 99
www.htu.se