



Självständigt arbete (examensarbete), 15 hp, för  
Kandidatexamen i omvårdnad  
VT 2019

## **Sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt**

En litteraturöversikt utifrån patienternas  
perspektiv

Emma Lundgren och Josefine Nilsson

**Författare**

Emma Lundgren och Josefine Nilsson

**Titel**

Sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt – En litteraturoversikt utifrån patienternas perspektiv

**Engelsk titel**

Nurse communication with patients suffering from myocardial infarction – A literature review from the patients' perspective

**Handledare**

Ellinor Edfors

**Examinator**

Eva Clausson

**Sammanfattning**

**Bakgrund:** Bemötande handlar om hur kommunikation genomförs. Den professionella sjuksköterskans bemötande har betydelse för att patienterna ska känna tillit och förtroende för vården. Det är viktigt att sjuksköterskan utgår från patientens livsvärld för att kunna göra patienten delaktig i omvårdnaden. Vid hjärtinfarkt har ett av hjärtats kranskärl blivit blockerat vilket kan resultera i att patienten upplever ångest och oro. Sjuksköterskans omvårdnadsansvar vid hjärtinfarkt är att tillgodose patientens behov. Sjuksköterskan bör känna till patienternas erfarenheter av bemötandet för att kunna förbättra bemötandet i omvårdnaden. **Syfte:** Att beskriva patienters erfarenheter av sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt, från patientens första kontakt med vården till vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering. **Metod:** Litteraturoversikt baserad på 10 vetenskapliga kvalitativa artiklar. Analys utifrån Friberg. **Resultat:** Patienternas erfarenheter av ambulans, akutmottagning och primärvård var att inte bli tagna på allvar, att inte förstå vad som sker och att vara i trygga händer. Patienternas erfarenheter av vårdavdelning och rehabilitering var att bemötandet inte var anpassat, att de befann sig i en ostrukturerad miljö och att bemötandet var respektfullt. **Diskussion:** De tre fynden som framkom var att sjuksköterskan bör ha ett likartat bemötande oavsett kön, en förutsättning för ett bra bemötande kan vara att sjuksköterskan arbetar utifrån en personcentrerad vård och att sjuksköterskans bemötande under rehabiliteringen upplevdes mer respektfullt. Fynden diskuterades bland annat utifrån Person-centred Practice Framework av McCormack och McCance.

**Sökord**

Patienternas erfarenheter, Sjuksköterskans bemötande, Hjärtinfarkt

## Innehåll

Inledning.....	5
Bakgrund .....	5
Syfte.....	8
Metod.....	8
Design.....	8
Sökvägar och Urval .....	8
Granskning och Analys .....	9
Etiska överväganden.....	11
Förförståelse .....	11
Resultat .....	12
Sjuksköterskans bemötande vid patientens första kontakt med sjukvården.....	13
Att inte bli tagen på allvar .....	13
Att inte förstå vad som sker .....	14
Att vara i trygga händer .....	15
Sjuksköterskans bemötande gentemot patienten under vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering .....	16
Att inte få ett individuellt anpassat bemötande .....	16
Att befinna sig i en ostrukturerad miljö.....	17
Att bli bemött med respekt .....	17
Diskussion .....	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion .....	20
Slutsats.....	24
Referenser.....	26

Sökschema.....	33
Artikelöversikt.....	36

## **Inledning**

Att bemöta patienter inom sjukvården, det vill säga i ambulans, på akutmottagning, inom primärvård, på vårdavdelning och under rehabilitering, är något sjuksköterskan gör i sitt dagliga arbete och som är en stor del av sjuksköterskans profession. Sjuksköterskans bemötande kan vara en avgörande faktor för hur patientens upplevelse och erfarenhet av sjukvården blir, det vill säga att sjuksköterskans bemötande gentemot patienten har betydelse när det gäller hur patienten kommer att känna tillit och förtroende till ansvarig sjuksköterska. Enligt Socialstyrelsen (2015) bör en vårdsökande patient bemötas utifrån en personcentrerad vård där fokus inte enbart ligger på aktuellt sjukdomstillstånd. Då mötet innehåller många aspekter, så som kroppsspråk och tonläge, har det betydelse för hur patientens erfarenheter av mötet med sjukvården blir. Enligt Rydberg och Holst (2016) har sjuksköterskans bemötande betydelse för relationen mellan sjuksköterska och patient, speciellt vid hjärtinfarkt där patienten kan uppleva ångest och oro.

## **Bakgrund**

Bemötandet handlar om hur en människa genomför sin kommunikation och inbegriper många olika aspekter, så som hur människor hälsar, tittar den andra personen i ögonen till hur nära varandra personerna står eller sitter (Fossum, 2013). Fossum (2013) beskriver att kommunikation mellan människor innefattar både kroppsspråk och hur hen uttrycker sig verbalt.

Den professionella sjuksköterskan bör bemöta patienter med respekt och jämlikhet utan att bli påverkad av egna värderingar och fördomar. En del i sjuksköterskans yrkesroll är att främja hälsa, detta genom att informera patienten med ett gott bemötande som skapar tillit och förtroende. En artikel som studerade olika case som rörde tilliten mellan sjuksköterska och patient vid hjärtinfarkt av Hams (1997) var det uppenbart att tillit och förtroende var grundläggande faktorer för att uppnå en framgångsrik och effektiv vårdrelation mellan sjuksköterska och patient. Arungwa (2014) upptäckte i en studie gjord inom ortopedi att faktorer så som avstånd, tid, attityd och underbemanning kunde enligt sjuksköterskorna påverka bemötandet gentemot patienterna. Sammanfattningsvis

framkom det att patientens upplevelse av sjuksköterskans bemötande har betydelse för att känna tillit och förtroende till vården. Tryggheten skapades i relationen som byggde på tillit och förtroende mellan sjuksköterska och patient, samt att det fanns många faktorer, både yttre och inre, som kunde påverka sjuksköterskans bemötande.

Vid ett professionellt och individuellt bemötande bör sjuksköterskan sätta sig in i patientens aktuella livsvärld, vilket skiljer sig åt från patient till patient. Enligt en studie gjord på kardiologen som undersökte sjuksköterskors syn på patientdeltagande av Arnetz och Zhdanova (2014) utgick den professionella sjuksköterskan från patientens situation för att kunna visa patienten omsorg och att kunna göra patienten delaktig i vården. Enligt studien skede detta genom att sjuksköterskan fann en förståelse för patientens livsvärld och därigenom insåg hur olika patienter upplevde respektive livsvärld. Vidare beskrevs i studien för att kunna förstå hur en annan människas livsvärld upplevdes var kommunikationen mellan sjuksköterska och patient helt avgörande. En litteraturöversikt gjord på medicinpatienter angående deras syn på sjuksköterskans kommunikation av Davis, Sweeny och Thompson (2019) visade att mötet med sjuksköterskan var viktig för patienten som förlorat delar av autonomin, då ett inre lugn skapades för patienten vid ett professionellt förhållningssätt från sjuksköterskan i en stressig situation. Studien beskrev att patientens erfarenhet av sjuksköterskans bemötande var av betydande när det kom till patientens välbefinnande inom slutenvården. Slutligen framkom det att stödjande samtal med sjuksköterskan var värdefullt för patientens psykiska mående under vårdtiden på sjukhus och att patienter med högre risk för psykisk ohälsa var en patientgrupp som var underrepresenterade inom vården.

Vid hjärtinfarkt har en trombos helt täppt till ett av hjärtats kranskärl vilket medför en nedsatt syretillförsel till området i myokardiet med en begynnande nekros som följd (Rydberg, & Holst, 2017). Vidare beskriver Rydberg och Holst (2017) att symtom som ofta förekommer vid hjärtinfarkt kan uppenbara sig på olika sätt mellan kvinnor och män. Det vanligaste symtomet är bröstsmärta med strålning ut i vänster arm och upp i skulderbladen samt ont i käkarna. Det är även vanligt att patienter som drabbats av hjärtinfarkt ofta blir illamående och får kräkningar som följd. Alves, Silvia, Oliveira, Arrais och Júnior (2010) studie, om sjuksköterskors erfarenhet av omvårdnaden vid akut

hjärtinfarkt, belyste att omvårdnad vid hjärtinfarkt byggde på att tillgodose patientens grundläggande behov. Vidare beskrevs att sjuksköterskan ansvarade för revaskularisering samt avlastning av hjärtat, god smärtlindring av infarktsmärtorna så snabbt som möjligt, syrgasbehandling efter patientens behov och läkarordination, elimination och näringsbehov, psykosociala behov i form av uppmuntran, undervisning samt handledning.

Anledningen till att denna studie valt att fokusera på hjärtinfarkt var för att hjärtat är ett av kroppens centrala och viktigaste organ och om det på något sätt blir sjukt eller skadat kan det leda till allvarliga konsekvenser för den drabbade. Således är hjärtinfarkt ett sjukdomstillstånd som medför ångest och oro för patienten. Frazer, Moser, O'Brien, Gavin, Kyungh och Macko (2002) studie upptäckte att av 101 patienter med hjärtinfarkt, som fyllde i ett självskattningsformulär angående ångest, hade 30 deltagare ingen eller låg ångestnivå, 23 deltagare hade mild ångest, 25 deltagare hade måttlig ångest och 22 deltagare hade svår ångest. En annan studie av Jensen och Peterson (2003) beskrev att personer som fick en hjärtinfarkt för första gången ofta valde att vänta för att se om symtomen försvann utan behandling, då de utgick från tidigare erfarenheter där liknande symptom tidigare berott exempelvis på matsmältningsproblem, högt blodtryck eller sömnbrist. Deltagarna i studien berättade att de jämförde sina egna symptom med närstående som haft hjärtproblem, i samband med detta var det många deltagare som ville ha åsikter från närstående om vad som borde göras. Enligt en casestudie som fokuserade på evidensbaserad vård vid hjärtinfarkt av Kelly (2003) stod patienten i centrum av sjuksköterskans vårdande och omsorgen bestämdes utifrån patientens objektiva hälsotillstånd i kombination med en förståelse för patientens helhetssituation, det vill säga livsvärld.

Det kan vara svårt för sjuksköterskan att ändra på bemötandet om hen inte är medveten om vad patienterna upplever som brister, således kan patienters erfarenhet av sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt vara viktigt att studera för att kunna förbättra omvårdnaden.

## Syfte

Att beskriva patienters erfarenheter av sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt, från patientens första kontakt med vården till vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering.

## Metod

### Design

Designen var en allmän litteraturöversikt. Friberg (2012a) menar att en allmän litteraturöversikt är en översikt som görs efter ordnade former som återspeglar vad data inom ett visst område skildrade. Datainsamlingen för litteraturöversikten byggde på tio kvalitativa vetenskapliga artiklar som på olika sätt handlade om patienters erfarenheter av sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt. Enligt Dahlborg Lyckhage (2012) används kvalitativa studier för att få en subjektiv bild av hur en person upplever exempelvis ett föremål eller vilka erfarenheter personen har av föremålet.

### Sökvägar och Urval

Databaserna PubMed och Cinahl användes för att hitta lämpliga artiklar. Artikeln ansågs lämplig om den besvarade syftet. De bärande begreppen i syftet var patienternas erfarenheter, sjuksköterskans bemötande och hjärtinfarkt. Därefter hittades ämnesord och synonymer till de utvalda begreppen. Enligt Östlundh (2012) är det bra att ha en samling med olika synonymer, ämnesord och andra sökord inför informationssökningen. En pilotsökning genomfördes för att kunna avgöra vilka ämnesord och synonymer som gav flest relevanta artiklar. Sedan genomfördes den faktiska sökningen med de bärande begreppen och dess tillhörande synonymer, vilket i denna litteraturöversikt benämndes som ett block och det skedde en sökning per block. De booleska-operatorerna OR och AND användes i sökningarna, samt i databasen Cinahl användes även trunkering. De booleska operatorerna användes för att kunna söka på mer än ett sökord åt gången (Östlundh, 2012). Vidare beskrivs det att den booleska operatören OR används för att få en sökning som innehåller antingen det ena sökordet eller det andra, medan den booleska



operatorm AND används för att få en sökning som innehåller både sökord 1 och sökord 2. Sedan beskrivs att trunkering används för att få en sökning där flera av sökordets grammatiska böjningar finns med. Efter enskild sökning av varje block gjordes en sökning med samtliga tre block och den booleska-operatorm AND användes mellan varje block. För ytterligare information om sökningarna se Bilaga 1, ett sökschema för PubMed och ett för Cinahl. Artiklarna gick igenom utifrån deras titlar och abstract. Artiklar som hade lovande titlar sparades för att sedan kunna titta närmre på deras abstract. Abstractet avgjorde sedan om artikeln skulle läsas i helhet och om den sedan ansågs relevant till att besvara syftet valdes artikeln ut och användes i artikelöversikten. Processen med att välja ut artiklar till artikelöversikten skedde först enskilt och sedan gemensamt. Enligt Östlundh (2012) är det en lämplig metod att börja med att läsa titlarna och sedan abstractet för att göra litteratururvalet effektivt. Artiklarna valdes ut tillsammans, utifrån en gemensam diskussion bestämdes om artikeln var lämplig att ha med i litteraturöversikten. Inklusionskriterierna var att patienterna i artiklarna skulle vara över 18 år och att de befann sig i ambulans, primärvård, akutmottagning, vårdavdelning eller under rehabilitering efter en hjärtinfarkt. Samtliga artiklar var publicerade på engelska från 2005 och framåt. Det fanns inga skäl till att ha exklusionskriterier.

## **Granskning och Analys**

Analysen var induktiv och genomfördes utifrån hur Friberg beskriver analysen av kvalitativa studier utifrån fem steg. Enligt Friberg (2012b) har en analys av kvalitativa studier en enhet som utgångspunkt, som sedan sönderdelas i olika beståndsdelar för att kunna sätta ihop delarna till en ny enhet. Samtliga tio artiklar som inkluderades i litteraturöversikten lästes först individuellt, vilket är första steget i analysprocessen. Steg två genomfördes genom att tio artiklars resultat lästes igenom och relevanta stycken markerades. Steg tre genomfördes då varje artikel fick ett nummer mellan 1-10. Efter diskussion skrevs en sammanfattning av de markerade styckena ner på post-it lappar som även de markerades med samma nummer som artikeln där stycket kom ifrån. I steg fyra blev det tydligt när artiklarna lästes enskilt och sedan diskuterades att artiklarna ägde rum i två olika kontexter, första kontakten med sjukvården och vårdavdelning/rehabilitering. Varje kontext färgkodades med olika färger och alla stycken som tillhörde samma kontext

fick samma färg på post-it lapparna. Subkategorier till varje enskild kontext hittades sedan genom att flytta runt post-it lapparna tills tydliga grupperingar visades. I steg fem sammanställs de nya kategorierna och subkategorierna i löpande text, för ytterligare information om analysen se figur 1. Mellan steg ett och två fylldes Högskolan Kristianstads (HKR) granskningsmall för kvalitativa studier i, en för varje artikel. HKR:s granskningsmall för kvalitativa studier är framtagen av Beck, Blomqvist och Orrung Wallin (2016). De tio artiklarna fördelades i hög 1 och hög 2, varje hög innehöll fem artiklar, dessa granskades enskilt. Sedan skiftades högarna mellan de två personerna och kompletterades om något missats eller varit felaktigt ifyllt i granskningsmallarna. Därefter fylldes artikelöversikterna i, vilket redovisas i Bilaga 2. Samtliga steg i analysprocessen genomfördes gemensamt.

<b>Kategorier</b>	<b>Subkategorier</b>	<b>Innehåll</b>
Sjuksköterskans bemötande vid patientens första kontakt med vården	Att inte bli tagen på allvar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Olika bemötande mellan kvinnor och män.</li> <li>- Tonar ner allvaret på symtom hos kvinnor.</li> <li>- Säger det är ångest, depression med mera.</li> <li>- Yngre kvinnor, inte klassiska symtom, patient själv jobbar inom vården → blir inte tagna på allvar.</li> <li>- Finns kvinnor som har blivit tagna på allvar.</li> <li>- Ställer ledande frågor → patient väljer rätt svar.</li> </ul>
	Att inte förstå vad som sker	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lite verbal kommunikation.</li> <li>- Pratar över huvudet på patienter → läsa av kroppsspråk.</li> <li>- Negativt formulerade frågor.</li> <li>- För specifika frågor → svårbesvarade.</li> <li>- Frågorna upprepas.</li> <li>- Bristande kunskap.</li> <li>- Tolksamtal → patient blir lämnad utanför.</li> <li>- Patient klagat eller anser sig orättvist behandlad → Spänningar.</li> <li>- Otydlig kommunikation → konflikter.</li> <li>- Ålder, kognitiva svårigheter, annat språk → svårigheter.</li> </ul>
	Att vara i trygga händer	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionell → kompetens.</li> <li>- Vara omhändertagande och läsa av patienten.</li> <li>- Ha en helhetssyn.</li> <li>- Bekräfta att patient gjort rätt.</li> <li>- Lugnt och professionellt bemötande → patient känner sig trygg och säker.</li> <li>- Bemötande /information viktigt i akut fas.</li> <li>- Effektiv och frekvent kommunikation → sjuksköterska fokuserad på patient.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Viktigt hur info förmedlas, ej vad som sägs.</li> <li>- SSK borde vara första person som möter patienten.</li> <li>- Patienter föredrar kommunikation med SSK.</li> </ul>
Sjuksköterskans bemötande gentemot patienten under vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering	Att inte få ett individuellt anpassat bemötande	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Överöst med information → patienter kunde inte ta till sig, dessutom inte anpassad.</li> <li>- Använder svår terminologi.</li> <li>- Patient talar annat språk → svårigheter.</li> </ul>
	Att befinna sig i en ostrukturerad miljö	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidsbrist och Stress.</li> <li>- Patienter blir inte bemöta i lugna och avskilda miljöer.</li> <li>- Motstridig information → frustrerande för patienterna.</li> </ul>
	Att bli bemött med respekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SSK positiv, glad, vänlig och hoppfull.</li> <li>- SSK empatisk, stödjande, respektfull, ger patient en känsla av kontroll.</li> <li>- Tog i beaktande patientens kön, ålder, kultur och sociala bakgrund.</li> <li>- Lyssna på patienten, förklara och ge information.</li> <li>- Föredrar kommunikation med SSK.</li> </ul>

Figur 1. Översikt av kategorier, subkategorier och innehåll.

## Etiska överväganden

De etiska överväganden i litteraturöversikten bestod av att gemensamt välja ut artiklar som besvarade syftet genom diskussion, vilket resulterade i objektivitet. Birkler (2012) menar att objektivitet handlar om att se något ur många vinklar och inte låta sig påverkas av egna eller andras värderingar och verken vara för eller emot. Artiklarna skulle vara godkända av etiska kommittéer eller ha någon annan form av etiskt övervägande. Kontinuerliga diskussioner genomfördes även gällande att inte låta förförståelsen påverka arbetets resultat. Kjellström (2017) menar att etiska övervägande måste göras kontinuerligt under hela arbetet.

## Förförståelse

Författarnas erfarenheter var att sjuksköterskans bemötande gentemot patienten är viktig utifrån vad vi lärt oss under sjuksköterskeutbildningens gång, speciellt vid vissa sjukdomstillstånd där patienten upplever ångest eller oro. Från vår verksamhetsförlagda utbildning och arbete har vi fått intrycket att sjuksköterskans bemötande gentemot patienter varierar mellan somatiska vårdavdelningar, psykiatriska avdelningar,

primärvården och särskilt boende. Vi upplevde att sjuksköterskorna inom psykiatri var sjuksköterskorna som ägnade mycket tid åt bemötande och som reflekterade mycket över sitt bemötande gentemot patienterna. Vi tror att detta kan bero på att inom psykiatri är samtal och bemötande en av huvudnycklarna till behandlingen och omvårdnaden. Vi har inga egna arbetserfarenheter eller erfarenheter från våra verksamhetsförlagda utbildningar att bemöta patienter som drabbats av hjärtinfarkt, men vi har erfarenheter från när våra närstående drabbades av hjärtinfarkt. Bemötandet tror vi är mycket viktigt gentemot patienter som drabbats av hjärtinfarkt, då patienten med största sannolikhet upplever ångest och oro. Vi tror att sjuksköterskans bemötande kan lugna och minska patientens ångest och oro, genom att de agerar lugnt och att de förklarar för patienten vad som händer och kommer att hända. I övrigt är vår erfarenhet att sjuksköterskorna alltid oavsett arbetsplats visade respekt för patienterna i sitt bemötande och mer eller mindre tog i beaktande om det fanns något hinder för kommunikationen i form av exempelvis hörselnedsättningar eller koncentrationssvårigheter.

## **Resultat**

Artiklarna som inkluderades i litteraturoversikten var tio till antalet med olika geografiska ursprung. Tre artiklar var från Sverige, två från USA, en från Storbritannien, en från England, en från Norge, en från Kanada och en från Australien. Studierna genomfördes mellan åren 2005-2018 med en varierande kontext. Resultatet presenterades i form av en tidslinje med två kategorier och dess tillhörande subkategorier, se tabell 1.

Tabell 1. Översikt av resultat.

Kategorier	Subkategorier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sjuksköterskans bemötande vid patientens första kontakt med sjukvården</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att inte bli tagen på allvar</li><li>• Att inte förstå vad som sker</li><li>• Att vara i trygga händer</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Sjuksköterskans bemötande gentemot patienten under vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Att inte få ett individuellt anpassat bemötande</li><li>• Att befinna sig i en ostrukturerad miljö</li><li>• Att bli bemött med respekt</li></ul>

## **Sjuksköterskans bemötande vid patientens första kontakt med sjukvården**

Första kontakten med sjukvården innefattar ambulans, primärvård och akutmottagning. Patienternas erfarenheter av sjuksköterskans bemötande resulterade i tre subkategorier: *att inte bli tagen på allvar, att inte förstå vad som sker och att vara i trygga händer.*

### **Att inte bli tagen på allvar**

Att inte bli tagen på allvar handlade om patienters erfarenheter av sjuksköterskans bemötande, och hur patienterna erfarit att bemötandet mellan sjuksköterska och patient var olika, hur sjuksköterskan inte trodde på sannolikheten att symtomen indikerade hjärtinfarkt, samt att patienterna blev ifrågasatta. Exempel tar McSweeney, Lefler och Crowder (2005) och Togher, Davy och Siriwardena (2013) upp i studier, där McSweeney et al. (2005) beskrev hur kvinnor behandlades annorlunda i primärvården i USA och menade på att symtomen berodde exempelvis på ångest, depression eller matsmältningsbesvär och inte på hjärtinfarkt. Dock visade studien även att det fanns kvinnliga patienter vars erfarenheter var att de blev tagna på allvar direkt av sjuksköterskorna. Togher et al. (2013) beskrev att patienter inte blev tagna på allvar av

ambulanspersonalen i Storbritannien genom att personalen tonade ner patientens symtom och ifrågasatte indikationen till hjärtinfarkt då EKG var normalt. Arslanian-Engoren och Scott (2016) studie visade att yngre kvinnor eller personer som inte hade klassiska symtom för hjärtinfarkt, på en akutmottagning i USA, inte blev tagna på allvar. Vidare beskrevs att om patienten själv arbetade inom vården upplevde patienten att hen fick ett annorlunda bemötande. Detta genom att personalen inte försåg patienten med all nödvändig information, då personalen tog förgivet att patienter med ett yrke inom vården redan kände till informationen. Enligt Farmer, Roter och Higginson (2006) ställde sjuksköterskor på en akutmottagning i London ledande frågor vilket gjorde att patienterna kände sig tvingade att välja ”rätt” svar annars blev de inte tagna på allvar.

#### Att inte förstå vad som sker

Att inte förstå vad som sker innebar patienternas erfarenheter av hur frågor formulerades av sjuksköterskan, okunskap hos patienten, tolksamtal och vad okunskap ledde till. Bårdsgjerde, Kvangarsnes, Landstad, Nylenna och Hole (2018) studie från Norge visade att patienterna upplevde att ambulanspersonal förmedlade minimalt med verbal information eller pratade över huvudet på patienten vilket gjorde att patienten fick gå efter ambulanspersonalens kroppsspråk för att få en uppfattning om situationen. Patienterna i Farmer, Roter och Higginson (2006), Arslanian-Engoren, och Scott (2016) och McSweeney, Lefler och Crowder (2005) studier beskrev att sjuksköterskans frågor till patienterna på akutmottagning och inom primärvården påverkade deras upplevelse av sjuksköterskans bemötande. Patienter upplevde att sjuksköterskorna ibland formulerade frågorna på ett negativt sätt eller att frågorna var överdrivet specifika vilket gjorde dem svårbesvarade. Patienterna upplevde det negativt när de fick samma frågor om och om igen. Togher, Davy och Siriwardena (2013) studie visade att patienterna saknade kunskap om vad ambulanspersonalen hade för uppgifter och vilket bemötande de kunde förvänta sig. Som följd upplevde patienterna att bemötandet blev felaktigt då patienterna utgick ifrån deras egna förväntningar om hur ambulanspersonalen borde bemött patienterna. Förutom bristande kunskap ledde tolksamtal, spänningar mellan patient och sjuksköterska samt otydlig kommunikation till att vårdpersonalens bemötande upplevdes negativt (Farmer, Roter, & Higginson, 2006). Vidare menade studien att patienter med

annat modersmål, hög ålder eller kognitiva svårigheter hade problem med att kommunicera med sjuksköterskorna.

### Att vara i trygga händer

Att vara i trygga händer innebar ett professionellt och kompetent bemötande från sjuksköterskan som gav patienterna erfarenheter av trygghet, och vikten av en helhetssyn i sjuksköterskans bemötande. Ett professionellt bemötande var kopplat till hur patienten upplevde sjuksköterskans kompetens. Togher, Davy och Siriwardena (2013) redogjorde i studien att patienter som blev bemötta av professionell ambulanspersonal ansåg att personalen var kompetenta, och att det fanns ett samband där patienterna kopplade ihop bemötandet med hur kompetent ambulanspersonalen var. Vidare berörde studien att om ambulanspersonalens bemötande gjorde att patienten kände sig omhändertagen minskades patienternas ångest över aktuell situation. Något som framkom i studien var också vikten av att ambulanspersonalen på olika sätt såg hela människan bakom aktuellt hälsotillstånd och inte bara fokuserade på patientens sjukdomstillstånd, genom att ta i beaktande närstående och husdjur. Det var även viktigt att bekräfta att patienten hade gjort rätt som tagit kontakt med sjukvården. Vikten av ett bra bemötande togs upp i Bårdsgjerde, Kvangarsnes, Landstad, Nylenna och Hole (2018) och Höglund, Winblad, Arnetz och Arnetz (2010) studier, Bårdsgjerde et al. (2018) kom fram till att patienterna uppskattade när vårdpersonalen hade ett lugnt och professionellt bemötande på akutmottagningen, då detta ingav känslan av säkerhet och trygghet. Resultatet i Höglund et al. (2010) studie från Sverige visade att patienterna ansåg att information och bemötande var viktigt på akutmottagningen.

Togher et al. (2013) förklarade hur viktig kommunikationen var samt vikten i hur den genomfördes av ambulanspersonalen. Personalens kommunikation ska enligt patienternas erfarenheter vara effektiv och frekvent, då uppnåddes känslan av att ambulanspersonalen var fokuserad på patienten. För att patienterna skulle känna sig säkra och bekväma var det viktigt hur ambulanspersonalen valde att formulera informationen, detta var viktigare än vad som sades. En patient betonade vikten av kommunikation:

They also treat you as a person, not as a condition and the way they speak to you; it's their bedside manner... they're spot on... they know how to put your mind at rest even if you're panicking, they know how to talk to you, they know how to treat you they're brilliant (Togher, Davy & Siriwardena, 2013, s. 2).

Arslanian-Engoren och Scott (2016) och McSweeney, Lefler och Crowder (2005) redogjorde för att patienterna på olika sätt föredrog att kommunicera med sjuksköterskan på akutmottagning och inom primärvård jämfört med annan yrkeskategori. Arslanian-Engoren och Scott (2016) beskrev dessutom att patienter ansåg att sjuksköterskan skulle vara den första personen som träffade patienterna när de kom till akutmottagningen, detta på grund av deras medicinska kunskap och erfarenhet, vilket gav ett bättre bemötande än om patienten först blev bemött av en receptionist.

## **Sjuksköterskans bemötande gentemot patienten under vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering**

Patienternas erfarenheter av sjuksköterskans bemötande under vårdtiden på vårdavdelning och under rehabilitering resulterade i tre subkategorier: *att inte få ett individuellt anpassat bemötande, att befinna sig i en ostrukturerad miljö och att bli bemött med respekt.*

### **Att inte få ett individuellt anpassat bemötande**

Att inte få ett individuellt anpassat bemötande innebar att ett för stort informationsflöde gavs till patienten, användning av medicinska termer av sjuksköterskan, olika modersmål och kunskapsnivåer. Bårdsgjerde, Kvangarsnes, Landstad, Nylenna och Hole (2018), Kristofferzon, Lödmark och Carlsson (2007) och Attebring, Herlitz och Ekman (2005) beskrev att patienternas erfarenheter på vårdavdelning och under rehabilitering var att sjuksköterskan i bemötandet gav mycket information, både muntlig och skriftlig, trots att patienterna inte tog till sig den, samt att informationen inte var anpassad för patienterna. Höglund, Winblad, Arnetz och Arnetz (2010) och Attebring et al. (2005) framkom i studier från Sverige gjorda på vårdavdelning och under rehabilitering att terminologin



påverkade hur patienterna upplevde bemötandet från vårdpersonal. Patienterna ansåg att vårdpersonalen inte anpassade bemötandet när de använde svår terminologi. Galdas och Kang (2010) visade i en studie gjord under rehabilitering från Kanada att om vårdpersonal inte tog i beaktande att patienten hade ett främmande modersmål påverkade detta patienternas åsikt angående vårdpersonalens bemötande. Kristofferzon et al. (2007), Attebring et al. (2005) och Höglund et al. (2010) tog upp i studier gjorda på vårdavdelning och under rehabilitering på olika sätt att om patienterna hade bristande kunskap kring sitt sjukdomstillstånd gjorde detta att patienterna upplevde att sjuksköterskans bemötande var negativt. Detta då sjuksköterskan och patientens kunskapsnivå kring sjukdomstillståndet skiljde sig åt. Patienterna föredrog därför att själva försöka ta reda på svaren på frågor angående deras sjukdomstillstånd, ofta via internet, innan de gick till sjuksköterskan.

#### Att befinna sig i en ostrukturerad miljö

Att befinna sig i en ostrukturerad miljö innebar enligt patienternas erfarenheter att sjuksköterskans bemötande påverkades av stress, tidsbrist och den fysiska miljön. Höglund, Winblad, Arnetz och Arnetz (2010) och Attebring, Herlitz och Ekman (2005) beskrev att stress och tidsbrist på vårdavdelning påverkade hur patienterna såg på sjuksköterskans bemötande genom att de upplevde att sjuksköterskan hade mycket att göra vilket lämnade lite tid till patienterna. Vidare beskrevs att det var sjuksköterskan som hade största ansvaret i att kontrollera miljön och såg till att bemötandet blev bra. Attebring et al. (2005) berörde att patienterna upplevde att sjuksköterskan sällan bemötte dem i lugna och enskilda miljöer på vårdavdelning. Vidare visade studien att bristande kommunikation mellan personalen, så som sjuksköterskorna, var på grund av en ostrukturerad miljö som ledde till att sjuksköterskans bemötande ansågs frustrerande. Särskilt om sjuksköterskans information/bemötande inte stämde överens med vad annan vårdpersonal informerat om eller haft för bemötande tidigare.

#### Att bli bemött med respekt

Att bli bemött med respekt innebar att sjuksköterskan enligt patienternas erfarenheter bemötte patienten utifrån en personcentrerad vård under rehabiliteringen. Både Frohmader och Chaboyer (2015) och Kristofferzon, Löfmark och Carlsson (2007)

redogjorde i studier från Australien och Sverige vikten av att sjuksköterskan var positiv i bemötandet under rehabiliteringen, så som att hen var glad, vänlig och hoppfull, det vill säga visade empati för patienten. Frohmader och Chaboyer (2015) belyste att det var mer än bara empati som var viktigt, att det fanns många faktorer som gjorde att patienterna ansåg sjuksköterskans bemötande som positivt. Faktorer så som att bemötandet var stödjande, respektfullt, att sjuksköterskan hade en helhetssyn och inte bara fokuserade på sjukdomen samt tog i beaktande patientens ålder, kön, kultur och sociala bakgrund. När sjuksköterskan lyssnade på patienten, förklarade och gav information, samt hade en regelbunden kontakt, ingav detta patienterna med trygghet. Kristofferzson et al. (2007) visade att patienterna upplevde att de föredrog sjuksköterskans bemötande framför annan yrkeskategori.

## **Diskussion**

### **Metoddiskussion**

Tillförlitlighet, verifierbarhet, pålitlighet och överförbarhet diskuterades utifrån hur Shenton (2004) beskriver dessa begrepp.

Tillförlitlighet enligt Shenton (2004) handlar om hur studien undersökt syftet och inte något annat. Enligt Karlsson (2017) innehåller databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Cinahl) artiklar inom omvårdnad, fysioterapi och arbetsterapi, medan databasen PubMed innehåller artiklar inom medicin, omvårdnad och tandvård med mera. Detta gör att databaserna var lämpliga att söka artiklar i för litteraturöversikten. Styrkor i tillförlitligheten var att mycket tid spenderades på att hitta passande ämnesord och synonymer, samt på att kombinera blocken. Enligt Östlundh (2012) är en del i sökandet efter artiklar att prova sig fram och lära sig av sina misstag för att till slut kunna genomföra en artikelsökning som innehåller artiklar som kan besvara syftet. Artiklarna lästes igenom flera gånger för att kunna fylla i granskningsmallen och artikelöversikten innan analys, vilket resulterade i en bra förståelse för artiklarna. Enligt Friberg (2012a) är en förutsättning för litteraturöversikten att de utvalda artiklarna lästes igenom för att få en förståelse av deras innehåll. Arbetet har vid ett flertal tillfällen

granskats av andra i form av seminarium, grupphandledning och vid enskilda handledningstillfällen. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) är det positivt om utomstående har tittat igenom arbetet då detta kan resultera i att arbetet blir tydligare formulerat. De etiska övervägandena har följts i form av att förförståelsen inte har påverkat valet av artiklar som används i artikelöversikterna. Enligt Kjellström (2017) är det viktigt hur urvalet i ett arbete ser ut ur ett etiskt perspektiv. Alla artiklar har haft någon form av etiskt godkännande. Två av artiklarna som användes i artikelöversikterna hade endast informerat samtycke från deltagarna och det kan diskuteras om det var lämpligt att ha med dessa artiklar, men då de innehöll användbar information och då de faktiskt hade någon form av etiskt övervägande i form av informerat samtycke bestämdes det att artiklarna togs med. Enligt Kjellström (2017) är informerat samtycke en viktig process där tre steg ska uppfyllas. Personen måste ha fått information om studien, förstått informationen och sedan ska personen frivilligt tacka ja till att delta i studien. Det informerade samtycket gör att en person själv kan bestämma om personen vill delta i studien. Brister i tillförlitligheten var att det inte finns något engelskt ord för bemötande och detta har därför försvårat sökandet efter ett engelskt ord som hade samma innebörd som bemötande. Enligt Östlundh (2012) är det viktigt att sökord och synonymer speglar vad som skall undersökas. Resultatet berörde inte enbart sjuksköterskor då stycken från vissa artiklar som användes har rört vårdpersonal mer allmänt, men då de tolkades som att det gällde sjuksköterskor togs de med i litteraturöversikten, samt att artiklarna där ambulanspersonal berörts inte nödvändigtvis haft sjuksköterskeutbildning som ambulanssjuksköterskorna i Sverige har.

Verifierbarhet enligt Shenton (2004) innebär hur genomförandet är väl beskrivet så att det går att göra om studien med liknande resultat. Både sökningarna och analysen är tydligt beskrivna, samt att det finns en tabell som visade vad analysen kom fram till.

Pålitlighet handlar enligt Shenton (2004) om hur ett objektiva synsätt har använts genom arbetet. Det redovisades en förförståelse. Enligt Priebe och Landström (2017) är det bra att redovisa en förförståelse, då dessa värderingar och förkunskaper som bisitts inom det studerade området skulle kunna påverka arbetets resultat. Vissa fynd i resultatet var oväntade genom att de inte togs upp i förförståelse, exempelvis att skillnaden i

bemötandet varierade mellan första kontakten med sjukvården och på vårdavdelning, samt under rehabiliteringen. Vid första analystillfället deltog två personer. Resultatet har kritiskt granskats då lämpliga kategorier med tillhörande subkategorier har kontrollerats gentemot textens innehåll vid ett flertal tillfällen. För att se om de passade ihop med tillhörande text. Enligt Mårtensson och Fridlund (2017) är det positivt för arbetets objektivitet om andra personer tittar igenom exempelvis analysen och kontrollerar att personen som genomfört den varit objektiv. Svagheter var exempelvis att vissa artiklar tog större plats i resultatet än andra, dock berodde detta på att vissa artiklars resultat svarade mer på syftet jämfört med andra artiklar. Två av artiklarna som användes i litteraturöversikten har inte enbart berört hjärtinfarkt, utan en artikel berörde hjärtinfarkt och stroke och den andra rörde akut koronart syndrom där hjärtinfarkt ingår, det gick inte att urskilja sjukdomarna i dessa studier.

Överförbarhet handlar enligt Shenton (2004) i vilken utsträckning det går att överföra resultatet till andra kontexter. Majoriteten av artiklarna kom från norra Europa och USA, samt att åldern på deltagarna i studien har haft ungefär samma åldersspann, där den yngsta deltagaren var 27 år och äldsta deltagaren var 90 år. Abstraktionsgraden ligger på en bra nivå där det inte bara kan överföras till patienter med hjärtinfarkt utan även till patienter med stroke eller patienter som genomgått ett trauma. Då dessa patientgrupper genomgår ett likartat vårdförlopp med ambulans, akutmottagning, vårdavdelning och rehabilitering.

## **Resultatdiskussion**

Syftet med litteraturöversikten var att beskriva patienters erfarenheter av sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt, från patientens första kontakt med vården till vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering. Följande tre fynd diskuteras, sjuksköterskans bör ha ett likartat bemötande oavsett kön, en förutsättning för ett bra bemötande kan vara att sjuksköterskan arbetar utifrån en personcentrerad vård och sjuksköterskans bemötande under rehabiliteringen upplevdes mer respektfullt. Fynden diskuteras utifrån Person-centred Practice Framework av McCormack och McCance (2017).

Sjuksköterskan bör ha ett likartat bemötande oavsett kön. Resultatet i litteraturöversikten visade att kvinnor inte blev behandlade på samma sätt som män, kvinnorna upplevde att

de blev ifrågasatta och inte blev tagna på allvar. Sjuksköterskorna menade att symtomen hos kvinnorna istället berodde exempelvis på ångest, depression eller matsmältningsbesvär. En studie gjord i Australien av Kuhn, Page, Rolley och Worrall-Carter (2014) undersökte om det fanns någon tidsskillnad mellan hur lång tid det tog för män respektive kvinnor innan behandling av hjärtinfarkt påbörjades. Resultatet visade att i fyra av fem prioritetsgrupper, prioritet 1-4, hade männen kortare väntetid och i prioritetsgruppen 5 hade kvinnorna kortare väntetid. Sammanfattningsvis fann studien att på varje enskild prioritetsskategorier fanns det en statistisk signifikant skillnad mellan män och kvinnor, men att totalt sett om alla prioritetsskategorier slogs samman fanns det ingen statistisk signifikant skillnad mellan män och kvinnor. En annan studie gjord i Sverige av Andersson och Hansebo (2009) upptäckte att uppfattningen var olika mellan män och kvinnor när det kommer till sjuksköterskans omvårdnad gällande vård av patienter som drabbats av stroke. Studien visade att det inte, i det flesta fall, var sjuksköterskans bemötande som varierade mellan patienter utan att det var patientens enskilda uppfattning, oftast en skillnad mellan könen, som tenderar till att sjuksköterskans bemötande vid omvårdnaden upplevdes olika. Enligt McCormack och McCance (2017) teori är två av målen med personcentrerad vård att patientens upplevelser av vården skall vara positiv och att patienten får en känsla av välbefinnande. Utifrån resultatet framkom det att framför allt kvinnliga patienter inte upplevde en positiv erfarenhet av akutsjukvården. Två av målen med personcentrerad vård enligt McCormack och McCance (2017) är att patienterna ska få en positiv upplevelse och en känsla av välbefinnande, då uppkom frågan om varför majoriteten av kvinnorna inte kände att dessa två målen uppfylldes. En förklaring kan vara precis som Andersson och Hansebo (2009) beskrev att patienterna fick samma bemötande men att det upplevdes olika mellan könen eller att män helt enkelt fick ett bättre bemötande på grund av att de var män. Historiskt sätt har samhället behandlat män och kvinnor olika i flera sammanhang. Även ur ett samhällsperspektiv behandlas män och kvinnor olika, några klassiska exempel är att tjejer ofta kläs i rosa och killar i blått eller att de finns mansdominerade och kvinnodominerande yrken så som exempelvis läkare och sjuksköterska. Samhället blir hela tiden mer jämställt mellan könen, men inom vissa områden finns det fortfarande förbättringsmöjligheter. Samhället har lagar som skall förhindra detta, ett exempel är *Diskrimineringslagen* (SFS

2008:567) som menar att personer som behandlas olika på grund av kön diskrimineras. Ur ett etiskt perspektiv kan det diskuteras om det är rätt eller fel att bemöta män och kvinnor olika, då lagstiftningen säger att vården inte ska bemöta individer olika. Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL, SFS 2017:30) har alla människor rätt att få vård på lika premisser och rätt till en bra kontakt mellan vårdpersonalen och patienten.

En förutsättning för ett bra bemötande kan vara att sjuksköterskan arbetar utifrån en personcentrerad vård. Resultatet i litteraturöversikten visade att patienterna inte fick en personcentrerad vård, genom att de fick för mycket information som innehöll svår terminologi och som var på en för hög kunskapsnivå. Andra exempel på när patienterna inte fick en personcentrerad vård var när patienten hade ett främmande modersmål, när sjuksköterskans fokus låg på hjärtinfarkten och inte på personen bakom sjukdomen samt när sjuksköterskan helst ville sortera patienterna i förbestämda fack där förmycket olikheter inte var välkommet. En studie gjord i Australien av Braaf, Ameratunga, Nunn, Christie, Teague, Judson och Gabbe (2018) beskrev att användandet av medicinsk terminologi och ord som överskred patientens kunskapskompetensnivå i verbal och skriftlig information, hindrade patienter från att utveckla en förståelse för sitt tillstånd och behandling. En studie som gjordes i USA av Haverfield, Giannitrapani, Timko och Lorenz (2018) menade att vikten av att personalen inte var fördomsfull, att personalen lyssnade på vad patienten sade och erbjöd olika alternativ, så att patienten deltog i att välja behandlingsalternativ. Vidare beskrevs att patienten var öppen och förmedlade sina problem till personalen var viktiga faktorer för att få en bra kommunikation som sedan ledde till en personcentrerad vård vid smärtbehandling. En annan studie gjord i Sverige av Arnetz, Winblad, Arnetz och Höglund (2008) beskrev att ett bra bemötande innehöll vänlighet, hjälpsamhet, respekt och att det var av sin vikt att ge patienten tydlig och upplysande information i samtalet, vilket resulterade i att patienten upplevde ett professionellt bemötande. Svedlund, Danielson och Norberg (1999) studie menade att sjuksköterskorna upplevde att patienterna kände ångest över framtiden, om de skulle bli bra igen, över familjen och mer allmänt vad som händer efter hjärtinfarkten. Vidare upptäcktes att sjuksköterskorna tyckte det var viktigt med en bra kontakt med både patienten och närstående och att just det första bemötandet kunde spela en avgörande roll.

När det gällde omvårdnaden ville sjuksköterskorna hjälpa patienterna att känna trygghet. Detta gjorde att sjuksköterskan behövde bemöta dessa patienter professionellt i hopp om att minska patientens ångest och oro i vårdandet. Enligt McCormack och McCance (2017) behövs fem förutsättningarna för en personcentrerad vård. Det första är att personalen har kunskap om hur människor kommunicerar med andra människor och att detta kan vara både verbal kommunikation och via kroppsspråk. Det andra är att sjuksköterskan är medveten om att uppfattningar och värderingar kan påverka hens beslutfattande. Kunskapen, kompetensen och attityden hos sjuksköterskan samt en helhetssyn är den tredje förutsättningen för att uppnå en personcentrerad vård. Det fjärde och femte förutsättningarna är att ha självkänedom, att aktivt reflektera över egna handlingar och att ha ett engagemang för sitt arbete. Utifrån resultatet ges en känsla av att i många av fallen var sjuksköterskan engagerad i sitt arbete men glömde bort att reflektera över hur hens värderingar och kunskap inom omvårdnad och medicin påverkade bemötandet gentemot patienten. Vilket betyder att om så är fallet måste sjuksköterskorna bli bättre på att se sig själva och bli medvetna om hur hen ska använda sin kunskap på en nivå som passar patienten, samt vara medveten om att värderingar och uppfattningar oavsiktligt kan resultera i att patienten upplever att sjuksköterskan behandlat patienten respektlöst. Enligt Svensk sjuksköterskeförening, Svenska Läkarsällskapet och Dietisternas Riksförbund (2019) har varje vårdyrke sitt område som de fokuserar på när de tar hand om en sjuk människa för att patientens livskvalitet och hälsa ska bli så bra som möjligt. Vidare beskrivs också hur patienten har sina vanor som hen anser är viktiga för en bra livskvalitet och en god hälsa. Ur ett etiskt perspektiv, vad händer om sjuksköterskan ska utgå från en personcentrerad vård och har en sjuk patient vars prioriteringar ligger i raka motsats till vad de olika vårdyrkena tycker borde prioriteras? Här är ett etiskt dilemma där exempelvis sjuksköterskorna har sin kompetens i omvårdnad och kan komma med förslag på hur patienten ska göra för att förbättra sitt sjukdomstillstånd, men om patienten följer råden kan det betyda att patienten får avstå från sådant som patienten själv anser viktigt för sin hälsa och livskvalitet. Exempelvis har sjuksköterskan kunskap om vikten i att sluta röka efter hjärtinfarkt, men för patienten kan detta vara lika med livskvalité. Som sjuksköterska får man kanske hitta en mellanväg i en sådan situation, då patienten inte

kan bli tvingad att göra något som hen inte vill, samtidigt kan sjuksköterskan inte bara ge upp hoppet om att hjälpa patienten för att parterna har olika åsikter.

Sjuksköterskans bemötande under rehabiliteringen upplevdes mer respektfullt. Resultatet i litteraturöversikten visade att en mer personcentrerad vård ägde rum under rehabiliteringen, där sjuksköterskan tar i beaktande kön, ålder, kultur och social bakgrund. Sjuksköterskan var stödjande, respektfull, lyssnade mer på patienten och såg hela människan bakom sjukdomen. En studie gjord i Australien av Braaf, Ameratunga, Nunn, Christie, Teague, Judson och Gabbe (2018) styrkte att patienter utsatta för trauma uppskattade att få information av sjuksköterskan, så som förväntad tidsram för vårdförloppet, detaljer om långsiktiga behandlingsalternativ, sannolik nivå av återhämtning samt för och nackdelar med behandlingsalternativ. Fortsatt kontakt med en sjuksköterska var av sin vikt då en av patienterna, en man som varit med om en trafikolycka, värdesatte att en sjuksköterska tog sig tiden att sätta sig ner och gav patienten ett stödjande samtal. Enligt McCormack och McCance (2017) är personcentrerade processer ett genuint engagemang kring patient och närstående, delat beslutsfattande, medveten närvaro hos sjuksköterskan, holistiskt vårdande genom att se hela patienten och att utgå från patientens värderingar, vilket leder till att de personcentrerade målen uppfylls. Utifrån resultatet framgick det att sjuksköterskorna under rehabiliteringen lyckades med att genomföra de olika stegen i processen för en personcentrerad vård. Dock kan det diskuteras att det är först vid rehabiliteringen i vårdförloppet sjuksköterskan uppfyllde målen för en personcentrerad vård. Förslagsvis berodde detta på att under rehabiliteringen hade sjuksköterskan mer tid till patienten och hade tillgång till en lugnare miljö, vilket ledde till att sjuksköterskan fick möjlighet till att bilda en helhetsbild av patienten och kunde därför få en annan förståelse av patientens situation. Till skillnad från akutsjukvården där sjuksköterskan hade en begränsad tid med patienten där mycket ska göras och hinnas med.

## **Slutsats**

Följande slutsatser kunde dras utifrån vad som framkommit i denna litteraturöversikt, att män och kvinnor blir bemötta olika av sjuksköterskan, dock behövde det inte vara fallet



då uppfattningen av sjuksköterskans bemötande kunde variera mellan kvinnor och män, trots att de fått liknande bemötande, detta på grund av deras individuella livsvärldar.

Att den personcentrerade vården kan vara viktig för ett bra bemötande från sjuksköterskan, men att det är först under rehabiliteringen som detta uppstår, och att det kan bero på att sjuksköterskorna under rehabiliteringen har mer tid och tillgång till en lugnare miljö jämfört med sjuksköterskorna inom den akuta vården.

Litteraturöversikten visade att vidare forskning behövs inom följande områden, sjuksköterskans bemötande på vårdavdelning och under rehabilitering samt studier som enbart fokuserar på sjuksköterskans profession, speciellt sjuksköterskans bemötande gentemot patienten.

## Referenser

Alves, T.E., Silvia, M.G., Oliveira, L.C., Arrais, A.C., & Júnior, J.E.M. (2010). Performance of the nursing professional in the emergency care to the users affected by acute myocardial infarction. *Journal of Nursing UFPE on line*, 7(1), 176-183. doi: 10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201324

Andersson, Å., & Hansebo, G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 65(10), 2038–2045. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05060.x

Arnetz, J.E., Winblad, U., Arnetz, B.B., & Höglund, A.T. (2008). Physicians' and Nurses' Perceptions of Patient Involvement in Myocardial Infarction Care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(2), 113-120. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2007.05.005

Arnetz, J.E., & Zhdanova, L. (2014). Patient involvement climate: views and behaviours among registered nurses in myocardial infarction care. *Journal of Clinical Nursing*, 24(3-4), 475-485. doi: 10.1111/jocn.12629

Arslanian-Engoren, C., & Scott, L.D. (2016). Women's perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience. *Heart & Lung*, 45(3), 166-72. doi: 10.1016/j.hrtlng.2016.02.010

Arungwa, O. T. (2014). Effect of Communication on Nurse -- Patient Relationship in National Orthopaedic Hospital, Igbobi, Lagos. *West African Journal of Nursing*, 25(2), 37–49.  
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=107773567&lang=sv&site=ehost-live>

Attebring, M.F., Herlitz, J., & Ekman, I. (2005). Intrusion and confusion -- the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), 153–159. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2005.02.001

Beck, I., Blomqvist, K., & Orrung Wallin, A. (2016). *HKR:s granskningsmall för KVALITATIVA studier*. Kristianstad: Högskolan Kristianstad.

Birkler, J. (2012). *Vetenskapsteori: En grundbok* (upplaga 2). Stockholm: Liber.

Braaf, S., Ameratunga, S., Nunn, A., Christie, N., Teague, W., Judson, R., & Gabbe, B.J. (2018). Patient-identified information and communication needs in the context of major trauma. *BMC Health Services Research*, 18(163), 1-13. doi: 10.1186/s12913-018-2971-7

Bårdsgjerde, E.K., Kvangarsnes, M., Landstad, B., Nylenna, M., & Hole, T. (2018). Patients' narratives of their patient participation in the myocardial infarction pathway. *Journal of Advanced Nursing*, 75(5), 1063-1073. doi: 10.1111/jan.13931

Dahlborg Lyckhage, E. (2012). Kunskap, kunskapsanvändning och kunskapsutveckling. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (upplaga 2., s. 23-35). Lund: Studentlitteratur.

Davis, D., Sweeny, S., & Thompson, E. (2019). Extended hospitalization, patient demoralization, and nurse communication: Influences on patient emotional well-being. *Medsurg Nursing*, 28(1), 23-30.

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&sid=0ac058fd-9ed3-4fe0-8cf0-245236c7fe63%40sessionmgr120>

*Diskrimineringslagen* (SFS 2008:567). Hämtad från Riksdagens webbplats den 2019-05-26: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567\\_sfs-2008-567](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/diskrimineringslag-2008567_sfs-2008-567)

Farmer, S.A., Roter, D.L., & Higginson, I.J. (2006). Chest pain: Communication of symptoms and history in a London emergency department. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 138-144. doi: 10.1016/j.pec.2005.09.009

Fossum, B. (2013). Kommunikation och bemötande. I B. Fossum (Red.), *Kommunikation samtal och bemötande i vården* (upplaga 2., s. 25-50). Lund: Studentlitteratur.

Frazier, S.K., Moser, D.K., O'Brien, J.L., Garvin, B.J., An, K., & Macko, M. (2002). Management of anxiety after acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 31(6), 411-420. doi: 10.1067/mhl.2002.129445

Friberg, F. (2012a). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (upplaga 2., s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Friberg, F. (2012b). Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (upplaga 2., s. 121-132). Lund: Studentlitteratur.

Frohman, T.J., Lin, F., & Chaboyer, W. (2015). Patient perceptions of nurse mentors facilitating the Aussie Heart Guide: A home-based cardiac rehabilitation programme for rural patients. *Nurse Open*, 3(1), 41-50. doi: 10.1002/nop2.34

Galdas, P.M., & Kang, H.B.K. (2010). Punjabi Sikh patients' cardiac rehabilitation experiences following myocardial infarction: a qualitative analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 19(21-22), 3134-3142. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03430.x

Hams, S.P. (1997). Concept analysis of trust: a coronary care perspective. *Intensive and Critical Care Nursing*, 13(6), 351-356. doi: 10.1016/S0964-3397(97)81118-4

Haverfield, M. C., Giannitrapani, K., Timko, C., & Lorenz, K. (2018). Patient-Centered Pain Management Communication from the Patient Perspective. *Journal of General Internal Medicine*, 33(8), 1374–1380. doi: 10.1007/s11606-018-4490-y

*Hälso- och sjukvårdslag* (SFS 2017:30). Hämtad från Riksdagens webbplats den 2019-05-15: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

Höglund, A.T., Winblad, U., Arnetz, B., & Arnetz, J.E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 482–489. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x

Jensen, B. O., & Petersson, K. (2003). The illness experiences of patients after a first time myocardial infarction. *Patient Education & Counseling*, 51(2), 123–131. doi: 10.1016/S0738-3991(02)00196-9

Kelly, J. (2003). Evidence-based care of a patient with a myocardial infarction. *British Journal of Nursing*, 13(1), 12-18. doi: 10.12968/bjon.2004.13.1.11979

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (upplaga 2., s. 57-80). Lund: Studentlitteratur.

Kristofferzon, M.J., Löfmark, R., & Carlsson, M. (2007). Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 16(2), 391-401. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01518.x

Kuhn, L., Page, K., Rolley, J. X., & Worrall-Carter, L. (2014). Effect of patient sex on triage for ischaemic heart disease and treatment onset times: A retrospective analysis of Australian emergency department data. *International Emergency Nursing*, 22(2), 88–93. doi: 10.1016/j.ienj.2013.08.002

McCormack, B., & McCance, T. (2017). *Person-Centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice* (upplaga 2). Chichester: Wiley Blackwell.

McSweeney, J.C., Lefler, L.L., & Crowder, B.F. (2005). What's wrong with me? Women's coronary heart disease diagnostic experiences. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 20(2), 48–57.  
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.hkr.se/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=106475512&lang=sv&site=ehost-live>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig Kvalitet i examensarbetet. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (upplaga 2., s. 421-438). Lund: Studentlitteratur.

Priebe, G., & Landström, C. (2017). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar – grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (upplaga 2., s. 25-42). Lund: Studentlitteratur.

Rydberg, E., & Holst, M. (2016). Hjärtsjukdomar. I A. Ekwall & A.M. Jansson (Red.), *Omvårdnad & medicin* (s. 215-279). Lund: Studentlitteratur.

Shenton, A.K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information* 22(2), 63-75. doi: 10.3233/EFI-2004-22201

Socialstyrelsen. (2015). *Att mötas i hälso- och sjukvård – Ett utbildningsmaterial för reflektion om bemötande och jämlika villkor*. Hämtad 2019-03-18 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19620/2015-1-5.pdf>

Svedlund, M., Danielson, E., & Norberg, A. (1999). Nurses' narrations about caring for inpatients with acute myocardial infarction. *Intensive & Critical Care Nursing*, 15(1), 34–43. doi: 10.1016/S0964-3397(99)80063-9

Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkarsällskapet, & Dietisternas Riksförbund (2019). *Personcentrerad vård – en kärnkompetens för god och säker vård* [Broschyr]. Hämtad från [https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/personcentrerad-varld-2019\\_digital.pdf](https://www.sls.se/globalassets/sls/dokument/personcentrerad-varld-2019_digital.pdf)

Togher, F. J., Davy, Z., & Siriwardena, A. N. (2013). Patients' and ambulance service clinicians' experiences of prehospital care for acute myocardial infarction and stroke: a

qualitative study. *Emergency Medicine Journal*, 30(11), 942–948. doi:  
10.1136/emered-2012-201507

Östlundh, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (upplaga 2., s. 57-79). Lund: Studentlitteratur.



## Sökschema

Se guiden *Stöd för informationssökning i examensarbeten på sjuksköterskeprogrammet* som finns på kursytan för information om hur sökschemat ska fyllas i.

<b>Databas:</b> Cinahl <b>Datum:</b> 2019-04-04			
<b>Syfte:</b> Att beskriva patienters erfarenheter av sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt, från patientens första kontakt med vården till vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering.			
Sökning nr och namn	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar
S1: SSK bemötande/kommunikation	Professional-Patient Relations [MH] OR Nurse-Patient Relations [MH] OR Communication [MH] OR Nonverbal Communication [MH] OR Communication Skills [MH] OR Communication Barriers [MH] OR ``communication in nursing and patients`` [fritext] OR ``communication skills in nursing`` [fritext] OR ``communication barriers in nursing`` [fritext] OR ``communication barriers between nurse and patient`` [fritext] OR ``communication skills nurse*`` [fritext] OR ``communication nurse and patient`` [fritext] OR ``nonverbal communication nursing`` [fritext] OR ``nurse-patient relationship and communication`` [fritext] OR ``nurse-patient relations`` [fritext] OR ``relationships between nurse* and patient*`` [fritext] OR ``nurse-patient communication barriers`` [fritext] OR ``professional-patient communication`` [fritext]	123 272	
S2: Patienternas erfarenheter	Patients/PF [MH] OR Qualitative Studies [MH] OR ``patient experience*`` [fritext] OR ``patient attitude*`` [fritext] OR ``qualitative research*`` [fritext] OR ``patient opinion*`` [fritext] OR ``patient perspective*`` [fritext] OR patient* [fritext] OR ``patient perception*`` [fritext] OR ``qualitative stud*`` [fritext] OR ``patient knowledge`` [fritext]	1 768 999	
S3: Hjärtinfarkt	Myocardial Ischemia [MH] OR Myocardial Infarction [MH] OR ``heart attack*`` [fritext] OR	61 968	

	<pre> myocardial infarction* [fritext] OR myocardial ischemia* [fritext] OR anterior wall myocardial infarction* [fritext] OR inferior wall myocardial infarction* [fritext] OR st elevation myocardial infarction* [fritext] OR non-st elevation myocardial infarction* [fritext] OR myocardial infarct* [fritext] OR stemi* [fritext] OR non stemi* [fritext] </pre>		
S4: Alla block	S1 AND S2 AND S3 AND S4	284	
<b>Begränsningar</b>	Språk: Engelska. Vetenskapliga artiklar. År: 2005-2019.	199	4*

\*Varav 4 dubletter som även fanns i PubMed.

<b>Databas:</b> PubMed			
<b>Datum:</b> 2019-04-04			
<b>Syfte:</b> Att beskriva patienters erfarenheter av sjuksköterskans bemötande vid hjärtinfarkt, från patientens första kontakt med vården till vistelsen på vårdavdelning och under rehabilitering.			
<b>Sökning nr och namn</b>	<b>Sökord</b>	<b>Antal träffar</b>	<b>Valda artiklar</b>
#1: SSK bemötande/kommunikation	<pre> Nurse-Patient Relations [Mesh] OR Professional-Patient Relations [Mesh] OR Communication [Mesh] OR Nonverbal Communication [Mesh] OR Communication Barriers [Mesh] OR nurse-patient relations [Title/Abstract] OR professional-patient relations [Title/Abstract] OR communication [Title/Abstract] OR nonverbal communication [Title/Abstract] OR communication barriers [Title/Abstract] OR communication between nurses and patients [Title/Abstract] OR communication barriers between nurses and patients [Title/Abstract] OR nonverbal communication between nurses and patients [Title/Abstract] OR nurse-patient relationships [Title/Abstract] OR relationships between nurses and patients [Title/Abstract] OR relations between nurses and patients[Title/Abstract] </pre>	556 010	

#2: Patienternas erfarenheter	Patients/psychology [Mesh] OR Qualitative Research [Mesh] OR Focus Groups [Mesh] OR Hermeneutics [Mesh] OR patient experiences [Title/Abstract] OR patient attitudes [Title/Abstract] OR qualitative research [Title/Abstract] OR qualitative studies [Title/Abstract] OR patient opinions [Title/Abstract] OR patient perspective [Title/Abstract] OR patient perceptions [Title/Abstract] OR patient knowlege [Title/Abstract]	97 871	
#3: Hjärtinfarkt	Myocardial Ischemia [Mesh] OR Myocardial Infarction [Mesh] OR Inferior Wall Myocardial Infarction [Mesh] OR Anterior Wall Myocardial Infarction [Mesh] OR Non-ST Elevated Myocardial Infarction [Mesh] OR ST Elevation Myocardial Infarction [Mesh] OR myocardial ischemia [Title/Abstract] OR inferior wall myocardial infarction [Title/Abstract] OR anterior wall myocardial infarction [Title/Abstract] OR ST elevation myocardial infarction [Title/Abstract] OR non-ST elevated myocardial infarction [Title/Abstract] OR myocardial infarction [Title/Abstract] OR myocardial infarct [Title/Abstract] OR heart attack [Title/Abstract] OR STEMI [Title/Abstract] OR non-STEMI [Title/Abstract]	467 926	
#4: Alla block	#1 AND #2 AND #3 AND #4	114	
<b>Begränsningar</b>	Språk: Engelska. År: 2005-2019	110	6*

\*Varav 5 dubletter som även finns i CINAHL.

## Artikelöversikt

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Arslanian-Engoren &amp; Scott</p> <p>Women´s perceptions of biases and barriers in their myocardial infarction triage experience</p> <p>USA, 2016</p>	<p>Att undersöka kvinnors erfarenhet av triagering på akutmottagning i samband med akut hjärtinfarkt</p>	<p>Ändamålsenligt urval.</p> <p>14 kvinnor. 35-77 år. Civiltillstånd, utbildningsnivå, mm vid tid för hjärtinfarkt. Inklusionskriterier: kvinna &gt;18 år, hjärtinfarkt senaste 2 åren, behandlad på akuten, förstå och läsa engelska, muntligt berätta om erfarenheter, avvara tid till intervjun. Exklusionskriterier: anlänt till akuten via luftambulans, onormal hörsel, inte muntligt på engelska beskriva erfarenheter.</p> <p>Internt bortfall: 1 deltagare.</p> <p>Fokusgrupper.</p>	<p>Fokusgrupper ägde rum kring Michigans Universitet. 2 personer genomförde fokusgrupperna, samt 1 forskningsassistent. En intervjuguide användes. Intervjuerna spelades in. Vid slutet sammanfattades data som framkommit. En ersättning på 75 dollar delas ut. Varade mellan 48-65 min under 4 veckor. Intervjuerna transkriberades.</p> <p>Innehållsanalys enligt Kruger</p>	<p>Första temat handlade om triage erfarenheter, deras ankomst, bemötande av personal, uppföljning och behandling.</p> <p>Andra temat var barriärer och stöd: barriärer, tidsförseningar kommunikationsbesvär, partiskhet vid ålder och kön, stöd av personal och prioritet.</p> <p>Tredje temat berörde uppfattningar av olikbehandling: Ingen olikbehandling förekom, med undantag för en deltagare som själv jobbade som sjuksköterska.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Sänker: Vet ej hur många deltagare som citerats. Urvalet homogent. Stärker: Svarar på syftet. Redovisar intervjuguiden.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänker: Genomförandet inte bra beskrivet. Hur många tillfrågade? Stärker: Fokusgrupp, bra metod.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänker: Analys dåligt beskriven. Redovisar ingen förståelse.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Låg: Homogent urval. Kontext dåligt beskrivet.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Attebring, Herlitz &amp; Ekman</p> <p>Intrusion and Confusion – The Impact of Medication and Health Professionals after Acute Myocardial Infarction</p> <p>Sverige, 2005</p>	<p>Att utforska patienters erfarenheter av sekundär prevention efter den första akuta hjärtinfarkten.</p>	<p>Bekvämlighetsurval.</p> <p>20 deltagare. 12 män, 8 kvinnor, ålder 34-79 år.</p> <p>Inklusionskriterier: Hjärtinfarkt (första gången), besökte sjuksköterskemottagnin gen under studiens aktiva period mars-september 2002.</p> <p>Exklusionskriterier: Kommunikationsproblematik pga tidigare stroke eller demens, inte kunna svenska och patienter som gjort en by-pass operation.</p> <p>24 patienter tillfrågades. Externt bortfall: 4 patienter.</p> <p>Enskilda intervjuer.</p>	<p>Genomförde intervjuerna på sjukhuset och i patienternas hem. Mellan mars-september 2002. Varje intervju varade mellan 30-80 min. Median på 7,5 veckor efter utskrivning. Spelade in intervjuerna på bandspelare som sedan transkriberades. Öppna frågeställningar användes, patienterna berättade fritt om deras upplevelser. Följdfrågor ställdes för att få ett djup i berättelsen.</p> <p>Induktiv analys med hermeneutiskt synsätt.</p>	<p>2 huvudteman:</p> <p>-Påverkan av medicinering: Patienter tolkade kroppsliga känslor som en följd av medicineringen snarare än som ett resultat av hjärtinfarkten.</p> <p>- Inverkan av vårdpersonal: Kommunikationen med hälso- och sjukvårdspersonal resulterade i förvirring kring både behandling och svårighetsgraden av hjärtinfarkten.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärker: Svarar på syftet. Finns citat. Sänker: Bekvämlighetsurval.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänker: Endast någon fråga är redovisad i studien.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Stärker: 2 av författarna genomförde analysen. Författarna har nämnt sin förförståelse. Sänker: Nämnar inte deras erfarenheter/yrkestitel i förförståelsen</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Låg: Kunde varit tydligare beskrivet urval och sammanhanget.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
Farmer, Roter & Higginson  Chest pain: Communication of symptoms and history in a London emergency department  England, 2006	Att beskriva patientinteraktion på en akutvårdsavdelning för patienter med eventuellt akut koronart syndrom (AKS) och att skapa hypoteser om hur kommunikation kan bidra till sociokulturella skillnader inom hjärtsjukvård.	Ändamålsenligt urval  74 deltagare. 44 män, 30 kvinnor, ålder 40-85 år.  Inklusionskriterier: >35 år. Samt ha 1 av 2 symtom: Anterior, precordial eller vänstersidig bröstsmärta eller obehag från epigastriet som inte kan förklaras av lokalt trauma. Andnöd som inte kan förklaras med akut astma eller förvärrad KOL.  Observationer.  Inget bortfall.	På akutmottagningen skedde rekryteringen mellan 8:00 till 22:00. Sedan följde en av författare med patienten från 8:00 till 00:00 för att observera kliniska möten. Författaren registrerade sina observationer för hand och kommenterade dem med segment av den medicinska dialogen  Domänanalys, taxonomisk analys och tematolkning.	3 teman:  -Definiera bröstsmärta genom ledande frågeställningar från vårdpersonal. -Konflikter mellan vårdpersonal och patient pga bristande kommunikation. -Kommunikationsproblem pga språkskillnader.	<b>Tillförlitlighet:</b> Stärker: Svarar på syftet. Sänker: Svara även på exempelvis symtom vilket inte framkommer i syftet. Inga tydliga citat redovisas från intervjuerna. <b>Verifierbarhet:</b> Stärker: Metoden redovisas bra. <b>Pålitlighet:</b> Sänker: Framgår inte vilka som gjort analysen, Ingen förförståelse redovisas. <b>Överförbarhet:</b> Låg: Författarna kunde beskrivit urvalet tydligare, exempel redovisas bara männens kulturella indelning.

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Intervention	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Frohman, Lin &amp; Chaboyer</p> <p>Patient perceptions of nurse mentors facilitating the Aussie Heart Guide: A home-based cardiac rehabilitation programme for rural patients</p> <p>Australien, 2015</p>	<p>Att utforska och beskriva långsiktiga tankar och uppfattningar av Aussie Heart Guide Programmet inklusive mentorns (ssk) roll som hålls för patienter som återhämtar sig från hjärtinfarkt.</p>	<p>Ändamålsenligt urval.</p> <p>13 deltagare. 7 kvinnor, 6 män, ålder 46-69. 50-100 km från närmaste sjukhusbaserade rehabiliteringsprogram. Civiltillstånd. Om patienterna har ett arbete.</p> <p>Inklusionskriterier: &gt;18år, diagnostiserad hjärtinfarkt, kunna förstå engelska, inga kognitiva hinder, inte vistas i tätbefolkade områden kring Tasmanin.</p> <p>Exklusionskriterier: kliniskt instabil, hjärtsviktsgrad 3,4, en historia av psykiatrisk sjukdom (inklusive demens), svår nedsatt syn, hörsel med mera.</p> <p>Semi-strukturerade intervjuer.</p>	<p>Anpassade AHGP (Aussie Heart Guide Programme) utifrån ett hembaserat hjärtrehabiliteringsprogram som utvecklats i Storbritannien.</p> <p>Sjuksköterskorna träffa patient på sjukhus, därefter skedde regelbunden kontakt, 1-2 dagar efter utskrivning, veckovis i ungefär 6 veckor. Patienterna fick personlig vägledning, stöd med mera.</p>	<p>Forskarna genomförde telefonintervjuer under 2 veckors tid. Intervjuerna var semi-strukturerades och varade mellan 10-30 minuter. Anteckningar gjordes under intervjun i MS Word dokument.</p> <p>Kvalitativ tematisk analys.</p>	<p>3 teman:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hjälpa mig att klara mig</li> <li>-Stödja mig och min familj</li> <li>-Anpassa programmet till mina behov</li> </ul> <p>Patienterna var nöjda med programmet och uppskattade sjuksköterskan, som var stödjande, uppmuntrande, gav nödvändig information om hjärtinfarkten och skraddarsyde programmet utifrån patientens behov.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärker: Svara på syftet samt att författarna använder sig av citat.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Stärker: bra beskriven analys. Sänker: Oklart vem som genomfört analysen.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänker: Författarna beskriver inte sin förståelse eller eventuell relation till deltagarna.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Hög: Möjligt att göra om studien. Låg: Svårt att göra om utan specifikt frågeformulär.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Galdas &amp; Kang</p> <p>Punjabi Sikh patients' cardiac rehabilitation experiences following myocardial infarction: a qualitative analysis</p> <p>Kanada, 2010</p>	<p>Att utforska Punjabi Sikh hjärtinfarktpatienters erfarenheter från att delta i en hjärtrehabiliterings utbildningsprogram för att identifiera några av de element eller komponenter som krävs för att tillhandahålla relevanta, kulturellt lämpliga hjärtrehabiliteringsprogram.</p>	<p>Ändamålsenligt urval</p> <p>5 kvinnor, 10 män. 45-80 år. Hjärtinfarkt &lt;6 mån, födda i Punjabi.</p> <p>Inklusionskriterier: &gt;19 år, hjärtinfarkt &lt;12 mån. Identifiera som Sikh och Punjabitalande.</p> <p>Bortfall redovisas inte.</p> <p>Intervjuer.</p>	<p>Intervjun skedde i patienternas hem. Intervjuaren var på punjabiska. Intervjuguide användes baserad på MINI, + la till nya frågor. Intervjuerna spelades in. Översattes till engelska för att sedan transkriberas.</p> <p>Nämner ej analysmetod vid namn utan bara beskriver den.</p>	<p>3 teman hittades:</p> <p>-Förstå sig på diagnosen. -Praktiska kostråd. -Pågående interaktion med kamrater och det multidisciplinära teamet.</p> <p>I det sista temat diskuterades bemötande och språkbarriärer.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Sänker: Redovisar inte frågor. Ingen member check. Stärker: Svarar på syftet. Citat från flera deltagare. Bra djup på frågorna utifrån svaren.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänker: Tydligt hur genomförande och analys gått till. Semistrukturerad intervju med egna frågor.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänker: Ingen förståelse. Stärker: Fler vid analysen punjabitalande person gått igenom översättningarna.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Låg: Kontext dåligt beskriven. Urval dåligt beskrivet.</p>



Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat (Redovisar endast patienternas erfarenheter.)	Kvalitet
<p>Höglund, Winblad, Arnetz &amp; Arnetz</p> <p>Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patient and personnel</p> <p>Sverige, 2010</p>	<p>Att utforska och beskriva patient- och personaluppfattningar av patientens deltagande i vårdprocesser och beslutsfattande vid sjukhusvistelse för hjärtinfarkt.</p>	<p>Ändamålsenligt urval</p> <p>25 deltagare, 8 patienter deltagare, 17 personal. Får veta yrken, bakgrund, ålder, kön, etnicitet och arbetserfarenhet.</p> <p>Redovisar inte Inklusionskriterier och Exklusionskriterier.</p> <p>Redovisar inte bortfall</p> <p>Fokusgrupper.</p>	<p>Genomfördes år 2005, på 3 olika sjukhus. 2 forskarna var närvarande vid focus grupperna, 1 diskussionsledare och 1 skötte dokumentationen. Intervjuerna höll på ca 60-90 min. En intervjuguide användes. Uppmuntrar att ta upp både positiva och negativa saker. Efter varje fråga skede en diskussion, och följdfrågor ställdes. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>Tematisk analys enligt Malterued</p>	<p>5 teman med underteman:</p> <p>-Tema 1: Betydelsen av patientdeltagande. Upptäcka om det finns alternativ. Flödet av information från den ena till den andra. Muntlig och skriftlig information: muntliga infon viktigaste.</p> <p>-Tema 2: Positivt utfall. Ökar sitt personliga engagemang.</p> <p>-Tema 3: Svåra situationer. Den akuta fasen.</p> <p>-Tema 4: Hinder. Tidsbrist. Stressad personal. Seriösa medicinska beslut: över patientens kompetens. Bristande kunskap: rättigheter till patient deltagande.</p> <p>-Tema 5: Underlättande faktorer. Personalen försäkrar sig om att patienten förstått och har fått svar på alla sina frågor.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Sänker: Ingen pilotintervju. Stärker: Svarar på syftet. Citat som speglar vad deltagarna upplever. Bra djup på frågorna.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Stärker: Beskriver genomförande och analys. Redovisar vem som gjort vad vid analysen.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänker: Antal tillfrågade och bortfall? Stärker: Fler personer i analysen. Förförståelse.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Hög: Går att göra om studien. Överförbar i storstäder och tätbefolkade områden.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Kristofferzon, Löfmark &amp; Carlsson</p> <p>Striving for balance in daily life: experiences of Swedish women and men shortly after a myocardial infarction</p> <p>Sverige, 2007</p>	<p>Att beskriva män och kvinnors upplevelser av det dagliga livet under de första fyra-sex månaderna. Med fokus på problem och stöd från deras nätverk.</p>	<p>Konsekutivt urval</p> <p>40 deltagare. 20 kvinnor, 20 män. 47-90 år. Utbildningsnivå. Arbetsstatus. Rökning. Tidigare hjärtinfarkter.</p> <p>Inklusionskriterierna: Att deltagaren haft en hjärtinfarkt för 4-6 månader sedan.</p> <p>171 tillfrågades. Internt bortfall: En man som valde avsluta studien.</p> <p>Semi-strukturerad intervjuer.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes i deltagarnas hem, polikliniskt och på deltagarens arbetsplats. Mellan januari 2000 och november 2001. Patienterna fick berätta sina berättelser i kronologisk ordning, där författaren ställde följdfrågor. Varje intervju tog mellan 30-90 minuter.</p> <p>Kvalitativ innehållsanalys, inspirerad av Graeheim och Lundman.</p>	<p>3 teman med underrubriker:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hotar det vanliga livet; Förändringar i kropp och själ, Osäkerhet, Livsstilsförändringar, Restriktioner.</li> <li>Strävan efter kontroll; Förhandla med sig själv, Lita på egen förmåga, Ändra attityder och beteende, Ta egna beslut och handla för sig själv.</li> <li>Tvetydig; Emotionellt stöd, Specifik kunskap, Praktisk assistans, Kommunikationsproblem.</li> </ol>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärker: Stor mängd data, representativa citat från deltagarna. Studien svara på syftet.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Stärks: Analysen är tydligt beskriven. Sänker: Redovisas inte alla frågeställningar utan bara kategorier och underrubriker.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Stärker: Flera vid analys. Sänker: 1 författarna gjorde intervjuerna. Författarna beskriver inte sin förförståelse.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Låg: Redovisar inte frågeformuläret som användes.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Kvalsund Bårdsgjerde, Kvangarsnes, Landstad, Nylenna &amp; Hole</p> <p>Patients' narratives of their patient participation in myocardial infarction pathway.</p> <p>Norge, 2018</p>	<p>Att undersöka patientens deltagande i olika faser av hjärtinfarkt.</p>	<p>Ändamålsenligt urval.</p> <p>10 personer. 8 män, 2 kvinnor. 37-79 år. civiltillstånd, anställningsprocent med mera.</p> <p>Inklusionskriterier: Hjärtinfarktsdiagnos. mer än 300 km från ett PCI sjukhus. Transporterade med helikopter/luftambulans . Inte lida av annan allvarlig sjukdom. Ge informerats samtycke.</p> <p>16 personer tillfrågades. Externt bortfall: 6 personer som inte ville delta, inga orsaker angavs.</p> <p>Narrativa intervjuer</p>	<p>Genomfördes i januari-februari 2016, 2-5 månader efter hjärtinfarkt på ett kontor på 1 av 2 sjukhus. En intervjuguide användes. Öppna frågor ställdes + uppföljningsfrågor. Enskilda intervjuer som pågick i 38-128 min. Intervjuerna spelades in och transkriberades.</p> <p>Narrativ analys enligt Chase.</p>	<p>4 teman:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brist på muntlig information i det akuta skedet.</li> <li>2. Tillit till vårdpersonal och behandling.</li> <li>3. Bristande deltagande och koordination vid utskrivning.</li> <li>4. Delad beslutsfattning i rehabiliteringsfasen.</li> </ol>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärker: Svaret på syftet. Har gjort en member check. Bra djup på frågorna utifrån intervjutiderna.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänker: Vem som gjort vad i analysen? Stärker: Bra beskrivet tillvägagångssätt.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänker: Finns ingen förståelse. Vem gjort vad i analysen? Stärker: Flera personer deltagit i analysen. Redovisar bortfall.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Låg: Kontext dåligt beskriven.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>Togher, Davy &amp; Niroshan Siriwardena.</p> <p>Patients' and ambulance service clinicians' experiences of prehospital care for acute myocardial infarction and stroke: a qualitative study</p> <p>Storbritannien, 2013</p>	<p>Vi undersökte upplevelser från patienter som hade haft tillgång till ambulansservice för hjärtinfarkt eller stroke, och sjukvårdare som behandlar patienter regelbundet för dessa tillstånd prehospitalt.</p>	<p>Ändamålsenligt urval.</p> <p>39 deltagare. 22 patienter och 17 sjukvårdare. Patienterna var 35-&gt;65 år, sjukvårdarna hade &lt; 1-&gt;21 yrkeserfarenhet, med mera.</p> <p>Inklusionskriterier: &lt;12 mån upplevt ambulansvård/prehospitalt alvård för hjärtinfarkt/stroke.</p> <p>Bortfall framgår inte.</p> <p>Enskilda intervjuer eller fokusgrupper.</p>	<p>Deltagarna fick välja mellan intervjuer och fokusgrupper.</p> <p>Datainsamlingen ägde rum mellan februari och december 2011.</p> <p>Tematiskt nätverkssätt som stöds av NVivo 8.</p>	<p>4 teman med underteman:</p> <p>Tema 1: Kommunikation. Förklaringar av bedömningar och behandling. Förklaring av tillstånd. Försäkran. Holistisk vård.</p> <p>Tema 2: Behandling av tillstånd. Förväntningar av behandlingen.</p> <p>Tema 3: Professionalism.</p> <p>Tema 4: Övergångar. Aktualitet i vården. Resan till sjukhuset. Överlämning till akutenheten.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Sänker: Redovisar inte frågor. Stärker: Svarar på syftet. Många citat från deltagare. Peer review.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänker: Genomförande/analys inte bra beskrivet.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Sänker: Ingen förståelse redovisad. Dåligt beskriven analys. Stärker: Alla inblandade i analysen.</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Låg: Genomförandet inte är tydligt beskrivet. Hög: Ändamålsenligt urval.</p>

Författare Titel Land, År	Syfte	Urval Datainsamlings- metod	Genomförande Analys	Resultat	Kvalitet
<p>McSweeney, Lefler &amp; Crowder</p> <p>What's Wrong Whith Me? Women's Coronary Heart Disease Diagnostic Experiences</p> <p>USA, 2005</p>	<p>Att utforska kvinnors erfarenheter av att bli diagnostiserade hjärtinfarkt, före och under förloppet.</p>	<p>Bekvämlighetsurval. 40 kvinnor ingick, ålder 27-79 år.</p> <p>Framgår ej Bortfall eller Tillfrågandeantal.</p> <p>Telefonsamtal eller i deltagarens hem, intervjuerna spelades in.</p>	<p>Kvalitativ innehållsanalys. Transkriberat ljudfilerna från intervjuerna, skickade dem till Ethnograph (i Denver) som gjorde datahanteringen, diskussion om relevanta namn på kategorierna vilka sedan valdes ut till de befintliga.</p>	<p>3 huvudkategorier och underkategorier:</p> <p>-Inkubationstiden: Medvetenhet, Söker behandling, Frustration. – Förnekelse, Självkänedom, Söker råd, Behandling, Jämförelse/Validering, Resultat.</p> <p>-Akutfasen: Behandlingsbeslut. – Bestämmelse när/var.</p> <p>-Inkubationstiden och akutfasen: Ilska. – Emotionellt svar.</p>	<p><b>Tillförlitlighet:</b> Stärker: Syftet besvaras (dock inte jättekärlt), citat finns.</p> <p><b>Verifierbarhet:</b> Sänker: intervjuerna är inte redovisade, inte tydligt förklarar hur genomförandet samt analysen gått till → svårt att genomföra studien igen.</p> <p><b>Pålitlighet:</b> Stärker: Team som analyserade och kategoriserade materialet - kodade det. Sänker: Förförståelsen är inte tydligt beskriven</p> <p><b>Överförbarhet:</b> Låg: då frågeformuläret ej är redovisat, endast kategorierna.</p>