

# Nöjdare patienter med sjuksköterskemottagning? Mötet mellan patient och sjuksköterska

FÖRFATTARE	Karin Håkansson
PROGRAM/KURS	Fristående kurs, 15 högskolepoäng VOM 080 VT 2011
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Monica Kelvered
EXAMINATOR	Isabell Fridh

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel (svensk):	Nöjdare patienter med sjuksköterskemottagning? Mötet mellan patient och sjuksköterska.
Titel (engelsk):	Patients' satisfaction with nurse-led out-patient clinics.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Kurs/kurskod:	Fristående kurs. VOM 080
Kursbeteckning:	Examensarbete för kandidat
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18 sidor
Författare:	Karin Håkansson
Handledare:	Monica Kelvered
Examinator:	Isabell Fridh

## SAMMANFATTNING

Dystrofia myotonika Typ 1 (DM 1) är en kronisk, progressiv och ärftlig neuromuskulär sjukdom. För patienten innebär det en livslång sjukdom där försämring sker över tid och där även flera i familjen är eller kan vara drabbade. Patienter med DM 1 är i behov av regelbunden uppföljning gärna varje år. För att kunna tillgodose patientens behov skapades på Neuromuskulärt centrum, Sahlgrenska sjukhuset Göteborg, en sjuksköterskemottagning. Syftet med föreliggande litteraturstudie, var att kartlägga kunskapen om sjuksköterskemottagningar samt belysa mötet mellan patient och sjuksköterska. Litteraturstudien innehöll en granskning av tio vetenskapliga artiklar med kvalitativ och kvantitativ ansats. Artiklarna söktes i databaserna PubMed, Cinahl och Scopus. Efter analys av artiklarna framkom fem teman; information, patientkännedom, delaktighet, ge av sin tid och trygghet. Patienten vill ha information av en sjuksköterska som de känner, de vill vara delaktiga i beslut gällande bl.a. medicinering. Patienten uppskattar när en sjuksköterska tar sig tid att sitta ner och lyssna då upplever patienten trygghet.

Key words: Nursing, Neuromuscular disease, Myotonic Dystrophy, Out patient, Nursing office, Chronic illness

## INNEHÅLL

<b>INTRODUKTION</b>	1
<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
<b>DYSTROFIA MYOTONIKA TYP 1</b>	1
Sjukdomen Dystrofia Myotonika typ 1	1
Dystrofia Myotonika typ 1, Internationellt	2
<b>SJUKSKÖTERS KANS ANSVAR</b>	3
Sjuksköterskans kompetens på mottagning/avdelning	3
Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande	4
Erfarenhetsbaserad kunskap	4
<b>OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV</b>	5
Omvårdnadsprocessen	5
Travelbee´s den mellanmännsliga processen	5
Patientkännedom	6
<b>SYFTE</b>	7
<b>METOD</b>	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
<b>RESULTAT</b>	9
Patientkännedom	9
Information	10
Delaktighet	11
Ge av sin tid	11
Trygghet	12
<b>DISKUSSION</b>	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	13
<i>Patientkännedom</i>	
<i>Information</i>	
<i>Delaktighet</i>	
<i>Trygghet</i>	
Slutsats	16
<b>REFERENSER</b>	17
<b>BILAGA</b>	
Artikelpresentation	19

# INTRODUKTION

## INLEDNING

I arbetet som sjuksköterska möter du dagligen patienter. Det kan vara i en behandlingssituation, i telefon, ett planerat möte, någon form av provtagning eller att någon söker sjuksköterskans kunskap. Jag arbetar på en mottagning där man utreder, diagnostiserar och följer upp patienter med neuromuskulära sjukdomar.

Dystrofia myotonika (DM 1) är en neuromuskulär sjukdom som är kronisk, progressiv och ärftlig. Det är en sjukdom som påverkar många organ i kroppen (1). För att i tid kunna identifiera patientens problemområden krävs regelbunden uppföljning samt analys av funktion och behandlingsåtgärder i syfte att höja livskvaliteten. Det finns ingen bot för DM 1 men komplikationer till sjukdomen kan förebyggas och symtom kan lindras. Den progressiva bilden gör att det krävs regelbunden och strukturerad uppföljning av patienten (2). På Neuromuskulärt Centrum, Neurosjukvården, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg har denna patientgrupp tidigare följts upp med årliga besök vartannat år till ett team (arbetsterapeut, sjukgymnast, kurator, läkare) och vartannat år till läkare. Antalet patienter på mottagningen har ökat (idag ca 200) och det har varit svårt att följa riktlinjerna med ett årligt besök (2).

För att fortsättningsvis kunna erbjuda årlig uppföljning av denna patientgrupp valdes att skapa en sjuksköterskemottagning som ersätter läkarbesöket. På detta sätt kan sjuksköterskans kompetens tillvaratas och patienten får en kvalitativ uppföljning där sjuksköterskan belyser flera omvårdnadsområden. Patienterna har oftast kontakt med mottagningen under flera år och sjuksköterskan bygger upp en relation med patienten. Sjuksköterskan blir betydelsefull för patienten. Patient och närstående har oftast ett stort förtroende för sjuksköterskans profession/kunskap, detta har visat sig i resultat av en patientenkät som gjorts på Neuromuskulärt centrum, i samband med utvärdering av sin upplevelse av sitt besök på sjuksköterskemottagningen. Efter att ha arbetat med sjuksköterskemottagning för patienter med DM 1 under två år, fann jag det värdefullt att kartlägga kunskapen om sjuksköterskemottagning samt belysa mötet mellan patient och sjuksköterska på mottagning och därmed kunna utveckla och förbättra det egna arbetet.

## BAKGRUND

### DYSTROFIA MYOTONIKA TYP 1

#### Sjukdomen Dystrofia myotonika Typ 1 (DM 1)

DM 1 är en ärftlig neuromuskulär sjukdom med förekomst av 1-10/100 000. DM 1 förekommer hos såväl barn som vuxna och sjukdomsbilden är till stora delar densamma, trots att det finns åldersspecifika variationer. Patienter med DM 1 har delvis ett karaktäristiskt utseende av långt ansikte, halvöppen mun och utslätad mimik. DM 1 är en progressiv multisystemsjukdom som engagerar många organ. Sjukdomen kan påverka muskulaturen (myotoni), hjärta, ögon (katarakt), mag-tarmkanalen, endokrina organ och hjärnan. DM 1 är en autosomt dominant ärftlig sjukdom. Det innebär att om en av föräldern är sjuk är risken 50 %, att son eller dotter ärver sjukdomen (3). Sjukdomen är orsakad av en abnorm expansion av proteiner, CTG trinukleotidsekvens, i genen på kromosom nummer 19. Den delen av genen i vilken CTG sekvensen finns kodas inte vidare till ett protein, utan istället anser man idag att det är en skadlig påverkan på cellkärnan orsakat av förstorat (genom CTG upprepningen) RNA (ribonukleinsyra) inne i cellkärnan. Antalet repetitioner går att räkna och det finns en grov koppling mellan antalet CTG repetitioner och den kliniska svårighetsgraden, ett större antal repetitioner är förknippat med en tidigare sjukdomsdebut och svårare påverkan. I normala fall har man mellan fem och trettio kopior och i svårare fall kan man ha över tusen kopior (1, 3). Anticipation (förväntanseffekt) förekommer vilket innebär att ett

barn som ärver sjukdomen riskerar att få den i svårare grad än föräldern, detta beror på att den repeterande delen av anlaget förlängts ytterligare vid bildning av könsellen (1). Det finns fyra former av DM 1; den kongenitala formen av DM 1 är den svåraste formen och där finns symtomen redan vid födseln; barndomsformen kallas den form då symtomen debuterar före tio års ålder; den klassiska formen debuterar efter tio års ålder och upp i vuxen ålder. Avslutningsvis finns den minimala formen som debuterar sent i livet och har endast mycket lindriga symtom (2, 3). Sedan sjukdomen först beskrevs, har det observerats att DM 1 har en mental påverkan, såsom på minne, uppmärksamhet, koncentrationsförmåga, initiativlöshet, apati och dagtrötthet. Det har också observerats bristande ansiktsmotorik (2, 3). Det finns forskning (4) som visar att personer med DM 1 har en reducerad förmåga att tyda andras känslouttryck vilket har med patientens bristande kognition att göra. Ilska och förvåning samt rädsla och avsky är exempel på känslor som personer med DM 1 kan ha svårt att tyda. Svårigheten att läsa ansiktsuttryck korrelerar med antalet CTG repetitioner, ju högre CTG expansion desto svårare att läsa ansiktsuttryck.

### **Dystrofia Myotonika typ 1, internationellt.**

DM 1 är den vanligaste ärftliga muskelsjukdomen hos vuxna, dock är det en ovanlig sjukdom generellt. I Skandinavien pågår ett samarbetsprojekt där ett konsensusprogram utformats i syfte att ta fram gemensamma rekommendationer/riktlinjer rörande diagnostik, utredning, behandling och omhändertagande. Kunskapsläget inom området förändras hela tiden och det sker regelbundna uppdateringar av materialet. Programmet är uppdelat i kapitel och det finns ett särskilt kapitel som berör barn. Kapitlen är skrivna utifrån olika organmanifestationer och skrivna utav specialister inom området t ex är kapitlet om hjärtpåverkan skrivet av en kardiolog. I programmet finns även kapitel som berör bl. a sjukgymnastik och arbetsterapi (2).

Enligt en studie i England (5) finns det en brist på kliniker som följer upp patienter med Neuromuskulära sjukdomar. Att balansera behovet för personer som behöver akut medicinsk vård mot de med långvarig progressiv sjukdom är en utmaning för sjukvården i alla utvecklingsländer. Högteknologisk, mediavänlig och akutmedicinsk vård överskuggar ofta behovet för de patienter med kroniska sjukdomar. I England vill The National Service Framework (NSF) skapa standardiserade riktlinjer av vården för patienter med kroniska sjukdomar. Det har funnits en osäkerhet beträffande vårdbehovet för patienter med neuromuskulära sjukdomar. Artikeln beskriver en översikt över den nationella täckningen av specialistkliniker. Studien visar att det finns en variation beroende på var i landet patienten bor och den vård som erbjuds. I vissa delar av landet finns det inga kliniker alls som erbjuder specialiserad vård för patienter med neuromuskulära sjukdomar. Det finns också stora variationer i vilka vårdgivare som finns tillgängliga på de olika klinikerna och intresset att följa denna patientgrupp varierar stort.

Då kroniska neuromuskulära sjukdomar är mycket ovanliga är det viktigt att det finns, dels en fungerande överföring från barn till vuxenvård samt att det finns en multidisciplinär verksamhet som tillgodoser de många olika behoven hos denna patientgrupp. Uppföljningen av denna patientgrupp var mycket varierande, patienterna var missgynnade då tillgängligheten till erfarna vårdgivare var dålig. Patienten fick vänta länge för att få en rullstol. Att tillhandahålla en omfattande, lämplig och läglig service för patienter med kronisk sjukdom är en utmaning för sjukvården. De flesta kliniker för patienter med neuromuskulära sjukdomar har utvecklats av personer med ett specialintresse på området och är inte ett resultat av nationell planering. Det finns inte något nationellt vårdprogram att följa vid utvecklande av nya kliniker inom området och det finns inte heller några riktlinjer att följa som stödjer finansiering och kontinuitet av sjukvården. I artikeln menar författaren att sjuksköterskan kan ha en nyckelroll i att koordinera uppföljningen kring denna patientgrupp såsom att sköta kontakten med andra instanser, övervaka komplikationer och ge råd. Studien har fått upp ögonen för många delar av bristerna kring vården av patienter med kroniska och ovanliga sjukdomar. I studien efterlyses riktlinjer som stödjer ett minimum standard vård av denna patientgrupp (5).

I Québec i Canada (6) har man världens högsta prevalens av DM 1 med 189 påverkade/sjuka personer per 100 000 invånare. Närmare 450 personer följs upp på en neuromuskulär mottagning i regionen Saguenay-Lac-Jean. ”Clinical nurses” har sedan 1980 varit involverade i vården av denna patientgrupp i samarbete med neurologer och ett multidisciplinärt team. Det har skapats en hälsokontrollplan som också innehåller bedömningskomponenter. Strukturen i hälsoplanen kan användas av sjuksköterskor på andra neuromuskulära enheter för att utveckla en hälsoplan för patienter med DM 1. Dessutom kan informationen hjälpa sjuksköterskor att förebygga hälsovårdsbekymmer och planera det ansvar de har inför patientens behov.

Uppföljningen av denna patientgrupp är ofta beskriven som fragmentarisk, icke adekvat och även felaktig. Oftast när allmän- och specialist läkare möter DM 1 patienter ser de enbart en särskild begränsning och missar uppföljningen av det multisystem manifestation som gäller vid DM 1. När patienten fått sin diagnos samarbetar den neuromuskulära mottagningen med olika enheter medicinskt och socialt. Kombinationen av hälsoproblem (multisystem sjukdom), utbildning (låg utbildningsnivå), ekonomi (arbetslöshet och låg inkomst) och socialt (begränsat socialt nätverk), förluster och vårdgivarens begränsade kunskap om sjukdomen motiverar en systematisk uppföljning av DM 1. Den utarbetade modellen har för avsikt att dels tillhandahålla verktyg och metoder att förbättra vårdgivares kunskap, dels erbjuda ett samhällshandhavande perspektiv och avslutningsvis tillhandahålla verktyg och metoder att förbättra följsamheten till behandling och rekommendationer. Ett annat viktigt steg efter diagnos av en autosomalt dominant sjukdom är att bedöma familjemedlemmar. Tidig identifikation är en viktig del av uppföljningsmodellen för patienter med DM1 för att vidta preventiva åtgärder såsom familjeplanering, rådgivning och prenatal testning. Ärftliga neuromuskulära sjukdomar såsom DM 1 kräver långsiktig multidisciplinär uppföljning (6)

## **SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR**

### **Sjuksköterskans kompetens på mottagning/avdelning.**

Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (7) har som syfte att tydliggöra sjuksköterskans yrkesutövning och profession. Det ställs krav på sjuksköterskan såsom att ha ett vetenskapligt förhållningssätt, ha ett självständigt arbete och ett professionellt ansvar. Arbetet ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras enligt gällande författningar. Sjuksköterskans förmåga att söka och använda evidensbaserad kunskap är avgörande. Sjuksköterskan ska genom sitt etiska förhållningssätt och sin helhetssyn tillvarata patientens kunskap och erfarenhet samt föra patientens talan om det finns önskemål eller behov för det. Sjuksköterskan ska också tillvarata arbetslagets och andras kunskap och erfarenhet och genom samverkan i team, bidra till en helhetssyn på patienten. Sjuksköterskan ska i sin profession bemöta patient såväl som närstående på ett respektfullt och lyhört sätt, ge stöd och vägledning och möjliggöra för närstående optimal delaktighet i vård och behandling. Sjuksköterskan ska informera och undervisa och förvissa sig om att patient och närstående förstår given information. Sjuksköterskan ska ha förmåga att se det friska hos patienten. Dessutom ska sjuksköterskan planera, genomföra och utvärdera patientens omvårdnad. Patientens omvårdnadsbehov ska tillvaratas såsom det fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov. Sjuksköterskan ska undervisa och stödja patienten individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och förhindra ohälsa (7). Enligt ICN:s (International Council of Nurses) etiska kod (8) för sjuksköterskor har sjuksköterskan fyra grundläggande ansvarsområden, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa, att främja hälsa och att lindra lidande.

## **Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande.**

År 1999 ändrades flera lagar i syfte att stärka patientens ställning i vården. Socialstyrelsen har därefter skrivit en rapport (9) angående läget efter lagändringarna. Rapporten handlar om patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Det finns en politisk viljeinriktning att patientens ställning ska stärkas. Rapporten knyter an till frågor i hälso- och sjukvården som gäller skyldigheter att ge patienten, individuellt anpassad information, möjlighet att välja behandlingsalternativ och möjlighet att få förnyad medicinsk bedömning. Socialstyrelsens rapport visar på att frågor som rör rätten till information, delaktighet och medinflytande i mötet med hälso- och sjukvården har hamnat i skymundan i försöken att lösa problemen med bristande tillgänglighet och personalresurser. Socialstyrelsen har genomfört djupintervjuer med fyra före detta patienter, tre närstående, fem ansvariga läkare och en sjuksköterska. Intervjuerna har gjorts för att synliggöra de frågor och problem som kan finnas i kommunikationen och interaktionen mellan patient och läkare inför svåra val och beslut. Rapporten beskriver att det är särskilt viktigt att titta närmare på hur utsatta gruppers behov av information och möjligheter till delaktighet och medinflytande kan tillgodoses. Det finns brister i kommunikationen mellan vårdgivarna och vem som ansvarar för patienten. I rapporten förekommer också bemötandeproblem. Patienterna har saknat lättillgänglig information och känt sig otrygga och utelämnade då läkarna framhåller att det är patienten som ska ta besluten och att de inte kan råda dem utan endast informera om behandlingsmöjligheterna. Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation framhåller i sitt delbetänkande "Patienten har rätt" att patienten ska inte bara få information om de olika behandlingsalternativ som finns utan vårdpersonalen måste också hjälpa patienten att värdera de olika alternativen, ge aktiv vägledning samt försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva sitt självbestämmande. Socialstyrelsens förslag på förbättring angående information och stöd till patient och anhöriga är bland annat att en sjuksköterska är närvarande när läkaren informerar patienten. Sjuksköterskan vet då vad som sagts och kan ta vid med ytterligare information och stöd. Socialstyrelsen ser det som positivt att en del av informationsarbetet håller på att tas över av sjuksköterskor med särskild kompetens. Man vill också skapa en tydlig struktur för produktion av informationsmaterial och andra insatser med en från nationell nivå uttalad ansvarsfördelning mellan olika aktörer. Rapporten innehåller också användandet av informationssökning på Internet och Socialstyrelsen försöker på flera sätt medverka till att de kvalitetskriterier för hälsorelaterade webbplatser som EU kommissionen fastställde 2002 införs och tillämpas på svenska webbplatser. Vi genomgång av de svenska webbplatserna visade det sig att ingen uppfyllde EU-kommissionens alla kvalitetskriterier (9).

## **Erfarenhetsbaserad kunskap**

Varje sjuksköterska bör reflektera utifrån de kunskaper som kan dras utifrån hennes/hans erfarenheter i vårdarbetet. Vad kan sjuksköterskan genom den "kliniska blicken" ha lärt sig? Det har de senaste åren pågått en diskussion om evidensbaserad vård och dess betydelse för god och säker vård. Det är svårt att avgränsa erfarenhetsbaserad kunskap gentemot andra kunskapsformer, men man menar att det finns vissa unika kännetecken. Ett komplicerat samband har påvisats mellan erfarenhetsbaserad kunskap, vetenskaplig kunskap, moralisk lyhördhet, personlig mognad och organisatoriska samt strukturella förhållanden inom vård och omsorgsverksamhet. Allt detta har betydelse för en lärande arbetsmiljö. Med erfarenhetsbaserad kunskap är det specifika att den endast kan skaffas genom deltagande och handling och genom reflektion. Kunskapen byggs upp av delaktighet och att sjuksköterskan sett många situationer i kombination med personlig mognad, teoretisk kunskap och förhållningssätt. Erfarenhetsbaserad kunskap utvecklas i praktiska situationer, genom möte med patienter och diskussioner med medarbetare där händelser och upplevelser utsätts för reflektion och kritisk granskning. Den erfarenhetsbaserade kunskapen beskrivs som en kombination av teoretisk kunskap, tyst kunskap, praktisk visdom, intuition och personlig mognad. De positiva effekterna av erfarenhetsbaserad kunskap leder till bättre bemötande och omhändertagande av patienter och humanare vård och här uppmärksammas etiska aspekter i högre grad (10).

## OMVÅRDNADSTEORETISKT PERSPEKTIV

### Omvårdnadsprocessen

Omvårdnadsprocessen kan ses som en besluts- och problemlösningssmodell (11). Modellen kan användas för att systematiskt identifiera behov, problem och resurser som är relevant för omvårdnaden. Användandet av omvårdnadsprocessen som ram för patientens omvårdnad är ett uttryck för ett kritiskt förhållningssätt och tänkande och synliggör dessutom sjuksköterskans bidrag till patientens samlade vård och omsorg. Sjuksköterskans omvårdnad är ett viktigt komplement till andra professioners vårdinsatser. En grundförutsättning för att lyckas i omvårdnad är att ”känna patienten”. Sjuksköterskan behöver kunskap om det unika i en situation och hur patienten själv uppfattar situationen för att kunna planera och ge patienten individuellt anpassad omvårdnad. Omvårdnadsprocessen sker i fyra faser: bedömning, planering, genomförande och utvärdering. Det bör alltid i tankar kring omvårdnad finnas med ett förebyggande eller ett hälsobefrämjande perspektiv. Detta ska ha en tydlig utgångspunkt i patientens både inre och yttre resurser för att stärka hälsan. Värdegrunden i processen bejakar ett humanistiskt perspektiv med respekt för personens autonomi och fria vilja att besluta om sig själv och sin egenvård. Patienten och sjuksköterskan kan ses som parter i en relation där sjuksköterskan har till uppgift att utifrån sin kompetens stödja och bistå patienten. Sjuksköterskan har kunskap om hälsa, ohälsa och sjukdom som är grundad i både teoretisk och klinisk kunskap. Patienten är expert på sin egen livssituation, sina värderingar och prioriteringar och att leva med sjukdom. Omvårdnadsprocessen fokuserar på idén om förändring, att hjälpa patienten till ett önskvärt tillstånd. Det är dock viktigt att inse att patientens hälsotillstånd inte alltid kan förbättras; t ex i samband med kroniska sjukdomar, här kan sjuksköterskans omvårdnad bidra till att tillståndet inte försämras ytterligare, eller att fördröja en pågående försämring, Sjuksköterskan kan ge stöd åt patienten att klara av att leva med sin sjukdom (11).

### Travelbee´s den mellanmännsliga processen

Joyce Travelbee´s (12) teori fokuserar på den mellanmännsliga processen hon är inspirerad av existentialistisk filosofi och humanistisk psykologi. Travelbee anger att

*”omvårdnad är en mellanmännslig process där den professionella sjuksköterskan hjälper en individ, en familj eller ett samhälle att förebygga eller bemästra erfarenheter av sjukdom och lidande, och vid behov finna en mening i dessa erfarenheter ” (12, sid 7).*

För att förstå omvårdnad bör man förstå vad som händer mellan patient och sjuksköterska, samspelet och konsekvenser av mötet menar Travelbee (12). Den enskilda människan betraktas som en unik person. Människans upplevelse av lidande och förlust har en central roll i omvårdnaden. Lidande är en del av livet och upplevelsen av lidande är högst personlig. Människan har en benägenhet att söka en mening i lidande, sjukdom och smärta. Denna mening är högst personlig och människan ges en möjlighet att växa och utvecklas på ett personligt plan. Familj och kultur har betydelse för människan men det är främst den enskilda som har betydelse. Upplevelse av hälsa/ohälsa är subjektiv och hälsa kan upplevas fast personen har en diagnostiserad sjukdom och omvänt frånvaro av hälsa fast personen inte har en diagnostiserad sjukdom. Omvårdnad handlar om att hjälpa den lidande och sjuka personen att finna en mening i den situation han eller hon befinner sig i samt att förebygga sjukdom och främja hälsa. Begreppet hopp är nära förknippat med omvårdnadens mål och syfte. Sjuksköterskans patient blir personen när han eller hon söker hjälp på grund av ett upplevt problem eller en kris. Det är den enskilda individen som tar emot omvårdnaden.



Sjuksköterskans uppgift är att känna till patientens upplevelse av sin situation och att förstå den. Det är viktigare än att förhålla sig till patientens diagnos. För att nå omvårdnadens mål och syfte måste en genuin mellanmänsklig relation etableras menar Travelbee. En relation kan bara etableras mellan personer inte mellan roller, patient/sjuksköterska. En mellanmänsklig relation består av flera faser såsom det första mötet, framväxt av identitet, empati, sympati, etablerande av ömsesidig förståelse och kontakt. Kommunikation är ett av sjuksköterskans viktigaste redskap när det gäller att etablera en mellanmänsklig relation. Sjuksköterskan lär känna patienten som person genom kommunikation och kan därmed identifiera patientens unika behov och sedan kunna planera och genomföra omvårdnad. Sjuksköterskan ska kunna förhålla sig till individens upplevelse av sjukdom och lidande, inte till annan vårdpersonals diagnos eller objektiva bedömning. Sjuksköterskan kan inte veta hur individen upplever sin sjukdom utan att tala med vederbörande (12).

## **Patientkännedom**

En översikt över studier (13) som innefattar begreppet ”patientkännedom” har genomförts. ”Patientkännedom” är ett begrepp som har identifierats i flera studier vid tillämpning av omvårdnad. Resultaten av varje studie i artikeln beskriver att ”patientkännedom” är viktigt i sjuksköterskans arbete. Begreppet aktualiserar sjuksköterskans värdering av den individuella omvårdnaden av patienten som en unik person. Forskningen beskriver att ”patientkännedom” består av två komponenter, sjuksköterskans förståelse för en viss patient och därefter sjuksköterskans efterföljande val av interventioner. Sjuksköterskans erfarenhet av att vårda patienten och känslan av närhet mellan patient och sjuksköterska är också betydelsefulla faktorer. Det finns ett samband mellan ”patientkännedom” och positiva resultat av omvårdnad menar studien. ”Patientkännedom” innefattar kunskap om patientens tankar, bekymmer, rädsla och hopp. Tiden var viktig, tiden att lära känna patienten som en person. Begränsning av tid hämmar sjuksköterskan att lära känna patienten. Dock behöver tid inte vara minuter, timmar eller dagar, tid beskrevs som en kontinuerlig kontakt med patienten eller längre och kortare perioder där ansvaret för vården av patienten var sjuksköterskans. Enligt forskning (13) är ”patientkännedom” en process av förståelse samt att behandla patienten som en unik individ. ”Patientkännedom” är viktigt i vårdarbetet av fyra särskilda skäl därför att patienten uppmärksammas och behandlas som en unik person. ”Patientkännedom” karaktäriseras av sjuksköterskans expertkunskaper och de beslut som fattas och vikten av att förstå patientens behov. ”Patientkännedom” är relevant med tanke på strukturförändringar i vården. Strukturförändringar i vården påverkar tiden som sjuksköterskan kan tillbringa med patienten. Tillslut och kanske det viktigaste är att ”patientkännedom” kan vara en faktor som förenklar och resulterar i genomförande av positiva patientresultat. Till exempel att smärta hos patienten behandlades mer effektivt samt att omvårdnad som baserades på ”patientkännedom” var mer personlig, lugnande, stödjande och läkande. Avslutningsvis menar forskarna till studien att sjuksköterskan har en förståelse för patienten och ser patienten som en individ.

## **SYFTE**

Syftet med studien var att kartlägga kunskapsläget avseende sjuksköterskemottagningar samt belysa betydelsen av mötet mellan patient och sjuksköterska på mottagning.

## **METOD**

### **Datainsamling**

Resultatet i denna litteraturstudie bygger på tio vetenskapliga artiklar. Artiklarna har sökts via databaserna CINAHL, PubMed och SCOPUS vid Biomedicinska biblioteket, Göteborgs Universitet. Sökorden som har använts är; neuromuscular disorder, nursing, out-patient, chronic illness, nursing office. För att hitta de engelska begreppen av sjuksköterskemottagning, och öppenvårdsmottagning använde jag mig av databasen Svensk MeSH (15). Vid sökningen i databasen CINAHL användes avgränsningarna: Peer reviewed, research article, engelska och 2000-2010. I databasen Pub Med användes avgränsningarna: engelska och 2000-2010. I databasen SCOPUS användes avgränsningarna: engelska, nursing och 2000-2010 (Tabell 1). När artiklar söktes var syftet att kartlägga forskningen inom området neuromuskulära sjukdomar och sjuksköterskemottagning samt belysa hur patienten värderar mötet med sjuksköterskan. Artikel sökningen fick utvidgas till att omfatta kroniska sjukdomar i allmänhet, då forskningen inom området neuromuskulära sjukdomar var mycket begränsad. Svårigheter fanns också att hitta relevant forskning specifikt för området sjuksköterskemottagning. När det gäller hur patienterna värderar mötet med sjuksköterskan var utgångsläget de artiklar som erhållits, dessa artiklar beaktade patienter både i sluten- och öppenvård. Under arbetets gång har heller inte artiklar utökats då inga nya artiklar framträdde i sökning i databaser. Tre artiklar (23, 24, 25) som ingår i studien är artiklar som söktes manuellt i referenslistor till de artiklar jag funnit. De aktuella artiklarna för denna studie valdes ut genom att alla abstract genomlästes. De artiklar som motsvarade syftet för studien lästes mer noga och kom senare att ingå i studien. Krav på artikelns vetenskaplighet beaktades, i vilken artikeln ska vara skriven på engelska och att bakgrund, syfte, metod, resultat, diskussion samt litteraturreferenser skall ingå (14). Artiklar som motsvarade studiens syfte inkluderades. Vid granskning av artiklarna framgick att sex artiklar (16, 20, 21, 23, 24, 25) hade en kvalitativ ansats och fyra (17, 18, 19, 22) hade en kvantitativ ansats. I granskningen framkom dessutom att fem (16, 17, 18, 22, 23) av artiklarna motsvarade syftet att kartlägga kunskapen om sjuksköterskemottagningar och åtta (16, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25) artiklar motsvarade syftet att belysa hur patienter värderar mötet med sjuksköterskan.

**Tabell 1: Översikt över litteratursökning**

(litteratursökning genomfördes under perioden 101025-110227)

<i>Databas</i>	<i>Sökord</i>	<i>Avgränsningar</i>	<i>Antal träffar</i>	<i>Antal granskade</i>	<i>Utvalda artiklar</i>
<b>PubMed</b>		År 2000-2010 Engelska			
	Nursing AND out-patient AND Neuromuscular disease		17	0	0
	Nursing care AND Out-patient clinic		40	0	0
	Nursing AND Chronic illness AND out-patient		193	5	(20, 21, 22)
	Nursing AND out-patient AND neurology		19	0	0
	Office nursing AND out-patient		0	0	0
<b>CINAHL</b>		År 2000-2010 Engelska Peer reviewed Research article			
	Nursing AND out-patient AND Neuromuscular disease		0	0	0
	Nursing AND out-patient		33	1	(16)
	Nursing AND out-patient AND management		0	0	0
	Nursing care AND Out-patient clinic		31	3	(18, 19)
	Out-patient AND neurology AND nursing		0	0	0
	Office nursing AND out-patient		1	0	0
	Nursing AND chronic illness AND out-patient		0	0	0
<b>SCOPUS</b>		År 2000-2010 Nursing Engelska			
	Nursing care AND out-patient AND nurse-led		17	1	(17)
Manuell sökning				3	(23, 24, 25)

## Dataanalys

Dataanalysen genomfördes enligt Friberg (14) och artiklarna analyserades i flera steg. Artiklarna lästes först i sin helhet flera gånger för att få en helhetsbild av innehållet. Därefter lades uppmärksamheten på detaljer och innebörd såsom likheter och skillnader i resultat innehåll. Likheter i artiklarna grupperades sedan in i fem teman patientkännedom, information, delaktighet, att ge av sin tid och trygghet. Artiklarna delades också upp i kvalitativa och kvantitativa artiklar och lästes separat. Varje tema fick en färg och under granskningen ströks väsentligheter i temat under i respektive färg. Därefter skrevs resultatet ut under respektive tema.

## RESULTAT

Resultatet presenteras utifrån fem teman som patienter anger vara betydelsefulla i mötet med sjuksköterskan på mottagning och avdelning samt kartlade kunskapen om sjuksköterskemottagning. De fem teman som framträdde var patientkännedom, information, delaktighet, ge av sin tid och trygghet.

### Patientkännedom

Begreppet patientkännedom återkom i flera av de analyserade artiklarna (16, 20, 21, 23, 24, 25). I dessa påtalar patienten värdet av att sjuksköterskan är flexibel och öppen i förståelsen av dennes situation. Sjuksköterskans förtroelighet och förståelse av patientens varierande situation, skapas ur sjuksköterskans personliga intresse för patientens berättelser. Forskningen (16) visar att sjuksköterskans förmåga att lära känna patienten som en unik person, skapar möjligheter för god individuell omvårdnad.

Enligt Larsson och Sahlsten (21) är samspelet med sjuksköterskan viktig för patienten och ansvar för möjligheten att bygga en relation ligger på sjuksköterskan och ska initieras av denne. Patienten har önskemål om en ”egen” sjuksköterska under sin vårdtid, någon som ser och förstår samt har stor kännedom om patienten så att denne slipper repetera och förklara. Patienten värderar högt spontana och ostrukturerade samtal. Kommunikationen är inte envägs utan patienten anser att sjuksköterskan ska kunna delge detaljer om sig själv och sin familj (21, 24). Patienten vill bli uppmärksammas, känna sig sedd, bli lyssnad till och känna sig värdefull. Betydelsefullt är också att sjuksköterskan känner till dennes situation och att patienten känner att sjuksköterskan är genuint intresserad av patienten som person (21). Flera studier (16, 20, 23, 24) anger att det finns en uppfattning hos patienten att sjuksköterskor måste möta patienten med respekt. Det är viktigt att sjuksköterskan respekterar patientens livserfarenhet, individens rätt, värde och privatliv.

*”The nurses take me seriously and treat me as an adult and are very good listeners. They encourage me to tell them my wishes, listen to my questions and always give me an answer. They also showed me respect as an individual, not only as a patient, when they remembered my name without looking at my papers when I came back to the ward for treatment.”* (20 sid. 585)

I studierna av Eldh (23) och Attre (24) påtalar patienten vad som är negativt i förhållandet till sjuksköterskan när kännedom om patienten uteblir. Patienten kan ha att göra med flera olika sjuksköterskor vilket får till följd att det brister i kontinuitet och samarbete. Patienten upplever att sjuksköterskan inte bryr sig och inte vill bli involverad i patientens sjukdom. Patienten har en upplevelse av att inte räknas med, att bli ignorerad men ändå bli exponerad känslomässigt och kroppsligt (23, 24). Det finns patienter som upplever att de endast möter sjuksköterskan när det gäller medicinsk vård eller när det uppkommit ett problem. Patienten önskar att sjuksköterskan ska fråga om annat än symtom och visa mer intresse för människan bakom symtomen (24).

### Information

Sjuksköterskans möjlighet och förmåga att ge information värderades högt i de analyserade artiklarna (16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 25). Information är viktig i omvårdnad och forskning visar att patienten vill att informationen från sjuksköterskan ska vara relevant och ärlig. Sjuksköterskan förväntas öka patientens kunskap och förståelse för medicinsk behandling, omvårdnads- och behandlings mål samt hur dessa ska kunna uppnås. Patienten önskar information om vård och sjukdomsprogress. Det förväntas att informationen ges på ett omfattande och lämpligt sätt, då patienten har möjlighet att delta aktivt (21).

*” as a patient, you want to know everything, but not all at the same time. Information should be given in a reliable way: only than I can take it” (21 sid 317)*

Forskning enligt Eldh och Ehnfors (23) visar att det är viktigt för patienten att förstå information och därmed kunna agera utifrån sina kroppsliga reaktioner och lära sig att känna igen symtom och varför de uppstår samt att förstå graden av allvar i olika symtom. Patienten ville förstå syftet med och konsekvenserna av samt beräknad effekt av en viss behandling.

I flera studier (16, 24) framkommer också betydelsen av närståendes behov av information. Kommunikationen ska vara tvåvägs och öppen. Personalen ska tala till, och lyssna på, patient samt närstående.

I två studier (22, 23) uppgavs att information också kan ges till patienten i form av olika pedagogiska hjälpmedel. Detta kan ske i form av broschyrer, modeller och CD-ROMs (compact disc read-only memory). Hjälpmedlen används i kombination med samtal för att ge stöd åt och öka begripligheten vid informationstillfället (23). I en Europeisk studie (22) i vilken 15 specialistcentra för patienter med kronisk hjärtsjukdom ingick, tillfrågades dessa om bland annat utbildning och information. Av resultatet framkom att på 13 av de 15 centran erbjöd sjuksköterskan patientutbildning. Information gavs muntligt, enskilt eller i grupp och skriftligt i form av broschyrer eller via internet, eller video (22).

Bergs (16) studie uppvisar att när sjuksköterskan brister i kompetens och iakttagelseförmåga gentemot patienten skapas negativa erfarenheter av den omvårdnad som patienten erhållit. När information som ges varierar, beroende av vilken sjuksköterska som ger den, upplever patienten sig inte tagen på allvar. Patienten blir sårbar och upplever sig sviken av sjuksköterskan .

I en studie av Fagerström (25) visar det sig att ett bland det största problemet för patienten är avsaknad av vägledning/rådgivning. Avsaknad av rådgivning, gällande medicinering, kost och omvårdnadsplan. Upplevelse av smärta, obehag, ångest, osäkerhet och otrygghet leder till behov av tröst, hopp, trygghet, vägledning och till sist någon att tala med. Patienten har en önskan om att förstå sin situation och uttrycker en önskan om meningsfullhet i sin situation. Här söker patienten den modiga sjuksköterskan som verkligen strävar efter att förstå patientens problem samt gå djupare i behov och önskingar och vågar ta del i patientens lidande. Information, rådgivning, vägledning stannar inte bara på en ren informativ nivå, det kan ge en känsla av lugn och frid och också snudda vid existentiella/andliga behov (25).

I Grogans artikel (18) efterfrågas respondenternas syn på informationsstödet som de fick från specialistsjuksköterskan under behandlingen. Av de tillfrågade ansåg 71 % att stödet var utmärkt. 57 % svarade att alla deras behov blev bemötta av sjuksköterskan. I Moons (22) studie visades att 86,7 % av de specialiserade sjuksköterskorna gav utbildning till patienten. Information och instruktioner gavs muntligt och 76 % av informationen gavs skriftligt i form av häften och broschyrer. Sjuksköterskorna gjorde främst fysiska undersökningar av patienten och därefter fanns de tillgängliga i telefonen.

## **Delaktighet**

Delaktighet framkom som ett tema i de granskade artiklarna (16, 18, 19, 20, 23, 25) och visade sig som att få vara med i beslut rörande omvårdnad och behandling. I en studie (18) om patienter som behandlas för Hepatit C vilka följdes upp på en sjuksköterskemottagning, uppgav 91 % att de känner sig delaktiga i de beslut som fattas angående deras vård.

I Bergs (16) artikel framkommer att sjuksköterskan hjälper patienten att främja egenvård genom att lyssna till patientens unika behov. Relationen till patienten ger utrymme för sjuksköterskan att ge acceptabla råd och därmed göra patienten delaktig. Patienten behöver ”feedback” när det gäller egenvård och rekommendationer. Patienten behöver veta att egenvård kan påverka resultat i framtiden (16). I några artiklar (20, 21) visade det sig att det är viktigt för patienten att bli informerad samt tillfrågad om sin åsikt om vård och behandling. Patienten vill dock inte själva stå för de slutgiltiga besluten. Det finns situationer när patienten är för sjuk, rädd eller för svag för att vara delaktig och lämnar då över ansvaret till personalen. Patienter ges möjlighet att överväga om de vill vara delaktiga i beslut kring den egna vården. Sjuksköterskan underlättar för patienten att förbereda sig för beslut och aktiviteter. Förberedelserna består av ömsesidigt förtroende och förståelse, uppmuntran och bekräftelse av patienten som en central person. För att en patient ska känna sig delaktig krävs öppenhet, visat intresse och skicklighet av sjuksköterskan. Patienten växer med förståelse och om patienten har mer fakta och är mer initierad är patienten bättre förberedd på att delta i omvårdnadssituationer. Erfarenhet krävs för att bli oberoende och för att orka hantera sin situation (21).

*”meet the patient at an appropriate level...nursing does not always have to be medical treatment. Nursing is to provide somehow for the needs of the patient...how to learn to live with the illness...the levels vary tremendously from person to person and finding the appropriate level for each person...this depends very much on gaining confidence...” (16 sid. 26)*

I Eldh och Ehnfors studie (23) fann man att det var viktigt för patienten att upprätthålla en känsla av kontroll för att kunna vara delaktig. Patienten vill ha kontroll över planering och uppföljning och veta vad som var ordinerat och rekommenderat. Resultaten från studien visade också att känslan av delaktighet kunde förändras över tid. Från att inte vara delaktig till mer delaktighet. Patienten hade initialt en känsla av att inte vara räknad med, men att patienten sedan utvecklade en relation med sjuksköterskan samt fick mer förståelse för sin sjukdom.

## **Ge av sin tid**

I fyra av artiklarna (18, 21, 24, 25) påtalades vikten av att sjuksköterskan tar sig tid för patienten. Patienten uppskattar när sjuksköterskan tar sig tid att prata och lyssna till dem. Dessutom uppskattas när sjuksköterskan är tillgänglig och inte så upptagen (24).

I Larssons artikel (21) framkom att patienten beskriver sin status utifrån hur mycket tid sjuksköterskan ägnar åt den. Det är viktigt att få adekvat tid och därmed inte känna sig underlägsen. Ger sjuksköterskan tid till patienten blir patienten lugnare. Det är angeläget att sjuksköterskan inte bara springer omkring, utan tar sig tid att sitta ner vid patientens sida en stund. Den mängd tid en sjuksköterska spenderar med sin patient ses som en indikation av betydelse och status för patienten.

Fagerström påtalar i sin artikel (25) att patienten upplever sjuksköterskans avsaknad av tid och säger sig förstå att sjuksköterskan har en orimlig arbetsbörda. Sjuksköterskan har inte tillräckligt med tid för patienten som förstår att hon/han kan göra mer om tid finns. Patienten påtalar också att i dagens vårdkultur ligger fokus på att identifiera symtom på sjukdom och dess behandling.

*”I expect I will recover and that the staff give me the right treatment, that they do all they can to provide what is needed. It would of course be very nice if they had time to talk about something besides my illness and exchange some ideas embodying human feeling. I’m beginning to feel a little hopeless (because of the illness). I’m certainly quite content, they are nice and they know a lot. (25 sid. 981)*

I två av de studier (17, 18) som granskades framkom att sjuksköterskemottagningar, där patienterna följs upp regelbundet, är positiva för patienten. Woodward (17) visade i sitt resultat att blodtrycket sjönk hos 86 % av patienterna. Hos 79 % kvarstod resultatet av blodtrycksmätningen efter nio månader, trots att de inte träffat en sjuksköterska under den perioden. Antalet patienter som rökte regelbundet, sjönk från 20 % till 13 %. 588 patienter besökte sjuksköterskemottagningen och endast 22 besök avbokades. Patienten besökte mottagningen i snitt fem gånger plus ett uppföljande besök. Av 566 patienter träffade en sjuksköterska men av dessa så krävde 16 patienter uppföljande besök av en läkare.

## Trygghet

Det framkommer i flera artiklar (16, 21, 23, 25) att trygghet är en viktig faktor i mötet mellan patient och sjuksköterska. Sjuksköterskan ger stöd åt patienten när han/hon beskriver sin situation. Det är betydelsefullt för patienten att få tala i förtroende och känna sjuksköterskans engagemang. Mötet med sjuksköterskan bekräftar patienten och skapar trygghet inför framtida möten (16). Patientens förtroende för sjuksköterskan gör att han/hon hanterar behandlingen bättre om den är smärtsam och krävande (21)

Enligt två studier (23, 24) vill patienten känna trygghet med sjuksköterskan. Känna trygghet i samarbetet och känna sig trygg med sjuksköterskans synpunkter. Nödvändigheten av att ha en bra kontakt med sjuksköterskan och känna att han/hon lyssnar. Patienten vill känna förtroende för sjuksköterskans kunskap och skicklighet, patienten vill bli omhändertagen och uppsädd. Att bli omhändertagen av en kompetent sjuksköterska inger en känsla av trygghet (23,25).

*"The nurse explained everything, she has been very attentive and asked me how I feel and what I want" (23 sid. 242)*

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

I vården idag bedrivs det flera olika former av mottagningar där patienten möter en sjuksköterska. Detta sker framförallt i öppenvård. När litteratursökningen i den här litteraturstudien utfördes visade det sig att dokumentationen och forskningen kring verksamhet i form av sjuksköterskemottagning är begränsad såväl internationellt som nationellt (5, 6). Förutsättningarna för att kartlägga sjuksköterskemottagningar begränsades något och fokus har framförallt lagts på att belysa mötet mellan patient och sjuksköterska på mottagning. Artiklar som innefattar patienter inom psykiatri och mottagningar för smärtpatienter har exkluderats och patienter med kroniska sjukdomar såsom bland annat hjärtsjukdom, diabetes och hepatit C har inkluderats. Begränsningar i att göra en litteraturöversikt är att endast ett antal artiklar väljs som värderas utifrån läsaren själv och artiklar exkluderas som inte passar in. Ursprungligen söktes artiklar i databaserna som publicerats de senaste tio åren. I studien ingår dessa artiklar förutom artikel (25) som fanns i referenslistan i en artikel (16). Det visades sig vid sökning i databaserna CINAHL, PubMed och SCOPUS att några av de utvalda artiklarna återkom, vilket kan påvisa att artiklarna är relevanta inom problemområdet. Alla artiklar utom en (22) hade med ett etiskt övervägande. Denna artikel nämnde i metodavsnittet att analys av data skett anonymt. Begreppet ”knowing the patient” är översatt till svenska, patientkänndom.

Det finns en svårighet i att förhålla sig objektiv till de lästa artiklarna då mycket avspeglar sig i den egna erfarenheten. Med långvarig kunskap och erfarenhet av mötet med patienter på mottagning kan det vara svårt att i litteratursökningen omedvetet inte välja bort det som upplevs negativt. Kan så vara fallet då alla studier som har analyserats är mycket positiva till det som efterfrågats. Den egna erfarenheten är också den att patienter upplever det positivt att möta sjuksköterskan och i lugn och ro informera och få information om sin situation.

Då litteraturstudien gjorts av en person finns risken för vinkling och inte så stor chans att ifrågasätta resonemang. Det kan finnas en risk att skribenten uppfylls så i sitt arbete och att det är så självklart att utfallet är positivt att det begränsar objektiviteten.

### Resultatdiskussion

I min roll som sjuksköterska upplevs en alltmer arbetar administrativ vardag där journalföring och dokumentation är viktiga delar. Detta har till följd att det patientnära omvårdnadsarbetet minskar. Forskningen visade dock att patienten har ett behov av en nära och bra kontakt med sjuksköterskan där patienten känner sig sedd, känner trygghet och delaktighet samt få ta del av betydelsefull information. Sjuksköterskan har ett mycket stort ansvar för patienten. För att kunna möta patienten och ta tillvara sjuksköterskans kompetens är det viktigt att strukturera sjuksköterskans arbete och se sjuksköterskan som den omvårdnadsexpert hon/han är. Här kan en sjuksköterskemottagning vara ett bra exempel. I flera av de studerade artiklarna påtalas det positiva för patienten att möta en sjuksköterska på en sjuksköterskemottagning (16, 17, 18).

#### *Patientkänndom*

Flera artiklar (16, 20, 21, 23) visade att patienten har behov av att bli sedd och respekterad som person. Sjuksköterskan ska visa respekt för patientens livserfarenhet och lyssna till och kommunicera med patienten (20). Detta överensstämmer med Travelbee (12) som menar att för att kunna bedriva god omvårdnad krävs kunskap om patienten, kunskapen får sjuksköterskan genom kommunikation och kan därmed identifiera patientens unika behov. Att möta patient och närstående på ett respektfullt och lyhört sätt finns beskrivet i Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (7). Det framkommer i studierna att det är just detta som patienten önskar att sjuksköterskan ska se människan bakom symtomen (24).



I omvårdnadsprocessen beskrivs sjuksköterska/patient som parter i en relation och att en grundförutsättning för att lyckas i omvårdnad är att ”känna patienten”. Sjuksköterskan behöver kunskap om det unika i en situation och hur patienten själv uppfattar situationen för att kunna planera och ge patienten individuellt anpassad omvårdnad (11). Radwin (13) menar i sin studie att patientkännedom är viktigt i sjuksköterskans arbete. Begreppet patientkännedom aktualiserar sjuksköterskans värdering av den individuella omvårdnaden av patienten som en unik person.

Patienten önskade en ”egen” sjuksköterska under vårdtiden någon som ser och förstår och vet allt om dig som patient så att du slipper repetera och förklara (21). Att sjuksköterskan känner till patientens historia är värdefullt för framförallt kroniskt sjuka personer, detta kan ses bland annat i mötet med patienter med Neuromuskulära sjukdomar. Patienten behöver inte berätta hela sin historia och sjuksköterskan kan patientens diagnos och kan direkt samtala om väsentligheter. Patienter med DM 1 har ofta kognitiva begränsningar och svårigheter att läsa av känslouttryck hos andra människor (4). För patienten är det viktigt i mötet med sjuksköterskan att denna kunskap finns och det minskar risken för missförstånd.

Detta möte bygger också på sjuksköterskans förmåga att reflektera utifrån sina erfarenheter och att använda sin ”kliniska blick”. Erfarenhetsbaserad kunskap utvecklas i praktiska situationer, genom möte med patienter och diskussioner med medarbetare (10).

### *Information*

Sjuksköterskan har inom sitt kompetensområde uppgiften att informera och undervisa och förvissa sig om att patient och närstående förstår given information (7).

Enligt en rapport från Socialstyrelsen som syftar till att stärka patientens ställning i vården, är rätten till information, delaktighet och medinflytande viktigt för patienten (9). I en artikel beskrev man att patienten vill bli informerad och vara delaktig men i slutändan inte stå för besluten. Detta överlämnades till sjuksköterskan eller annan vårdgivare (21).

Det förväntas att sjuksköterskan kan öka patientens kunskap och förståelse för medicinsk behandling, omvårdnad, behandlingsmål och hur dessa ska kunna uppnås. Patienten vill förstå syftet med och konsekvenserna av samt beräknad effekt av en viss behandling (21, 23). Enligt socialstyrelsen (9) ska patienten inte bara få information om de olika behandlingsalternativ som finns utan vårdpersonalen måste också hjälpa patienten att värdera de olika alternativen, ge aktiv vägledning samt försäkra sig om att patienten har ett tillräckligt underlag för att kunna utöva sitt självbestämmande.

I en studie (23) beskrevs att information till patienten också kunde delges i form av olika pedagogiska hjälpmedel, såsom broschyrer, modeller och CD-ROMs. Dessa hjälpmedel bör användas i kombination med samtal för att ge stöd åt och öka begripligheten vid informationstillfällen. Patienter har ett stort behov av muntlig information och gärna att patienten får en kortfattad sammanfattning av vad som har diskuterats. Det är också mycket uppskattat att patienten får ta del av skriftlig information. På Neuromuskulärt centrum får samtliga patienter med DM 1 ett medicinskt informationskort. Kortet är ett A4 ark som viks ihop och läggs i en plastficka som ryms i plånboken. Kortet innehåller kortfattad information om sjukdomen och patienten rekommenderas att använda kortet vid bland annat läkarbesök då diagnosen är väldigt ovanlig och ofta okänd bland vårdpersonal.

I Socialstyrelsens rapport framkom vikten av tydlig struktur för produktion av informationsmaterial och andra insatser med en från nationell nivå uttalad ansvarsfördelning mellan olika aktörer. Användandet av informationssökning på Internet behöver också ses över (9). För att höja kvaliteten inom sjukvården och för att ha möjlighet att påtala behov och brister förs mycket samtal om vikten av att upprätta nationella vårdprogram samt kvalitetsregister för olika diagnosgrupper (2, 5).

Det pågår ett nationellt samarbete i syfte att upprätta ett kvalitetsregister för Neuromuskulära sjukdomar och SKL (Sveriges kommuner och landsting) har beviljat medel för detta arbete.

Travelbee (12) har ett filosofiskt perspektiv på sin teori där hon menar att lidande och förlust har en central roll i omvårdnaden och lidande är en del av livet. Människan söker mening en mening i lidande, sjukdom och smärta. Denna mening är högst personlig och människan ges en möjlighet att växa och utvecklas på ett personligt plan. En studie (25) beskriver att patienten har en önskan om att förstå sin situation och uttrycker en önskan om meningsfullhet. Upplevelse av smärta, ångest, osäkerhet och otrygghet leder till behov av tröst, hopp, trygghet och någon att tala med. I studien (25) menar man att här söker patienten den modiga sjuksköterskan som strävar efter att förstå patienten och vågar ta del av patientens lidande. Här stannar information, rådgivning och vägledning inte bara på en informativ nivå. Här kan patienten ges en känsla av lugn och frid och också snudda vid existentiella behov. Patienter med DM 1 har många gånger under sitt liv haft funderingar kring sig själv och sina anhöriga angående begränsningar i det sociala livet, skola och yrkesliv. När patienten möter vårdgivare med kunskap om DM 1 och patienten får en diagnos faller ofta många frågor på plats. Exempelvis varför det aldrig gick bra att springa i gymnastiken eller varför ens barn hade inlärningssvårigheter. Samtidigt som det är svårt att få en diagnos på en sjukdom som är kronisk och progressiv kan det också vara en lättnad. Det finns en förklaring till alla svårigheter.

#### *Delaktighet*

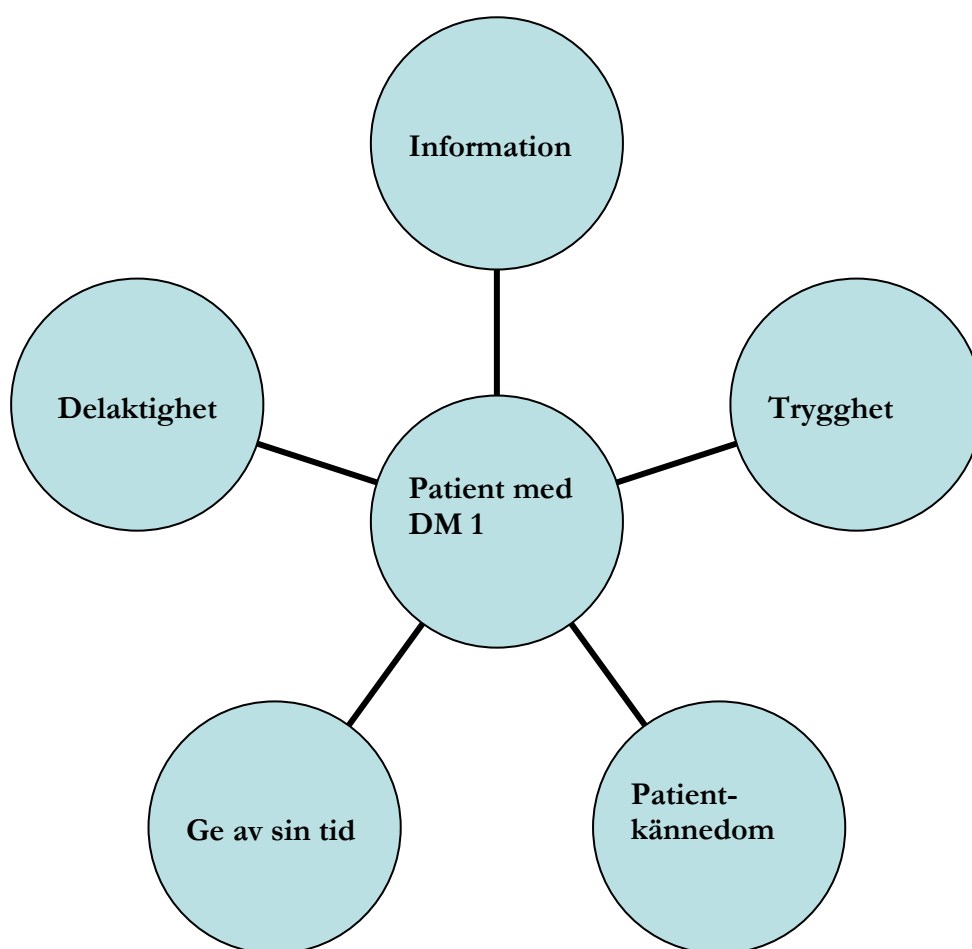
Omvårdnadsprocessen beskriver patienten och sjuksköterskan som parter i en relation, där sjuksköterskan har till uppgift att utifrån sin kompetens stödja och bistå patienten. Patienten är expert på sin egen livssituation, sina värderingar och prioriteringar (11). Det är viktigt att utsatta grupper får möjlighet till delaktighet och medinflytande. Här har sjuksköterskan en central roll i informationsöverföring och att öka patientens delaktighet (9). Min erfarenhet av patientmöte är att patienter känner sig närmare sjuksköterskan än läkaren och ser sjuksköterskan mer som en partner och som är lättare att diskutera med. Patienterna påtalar ofta att sjuksköterskan har mer tid att lyssna medan samtalet med läkaren är kort och lite stressigt.

Patienten önskar ”feed back” gällande egenvård, hur kan sjukdomen påverkas i framtiden om patienten följer rekommendationer. Här pratas det om ömsesidigt förtroende, förståelse, uppmuntran och bekräftelse av patienten. Sjuksköterskans skicklighet och erfarenhet är viktigt här (16, 21). Det finns också en känsla hos patienten att inte vara räknad med initialt men att det byggs en relation över tid och då ökas också patientens känsla av delaktighet (23).

#### *Trygghet*

Omvårdnadsprocessen som kan ses som en besluts- och problemlösningsmodell, används för att identifiera patientens behov, problem och resurser (11). Resultaten visar att när sjuksköterskan ger stöd åt patienten och patienten ges möjlighet att tala i förtroende och känna sjuksköterskans engagemang skapas det trygghet. Det skapas också trygghet för patienten att bli omhändertagen av en kompetent sjuksköterska (16, 23, 25). Det är viktigt att lyssna till vad patienten menar med trygghet och att det kan vara olika för olika patientgrupper. I dag planeras det för bland annat en centralisering av patientkontakter. För att patienten lättare ska få kontakt med sjukvården ska det upprättas en central telefonrådgivning där du som patient alltid ska få kontakt med någon. Tanken med detta kanske är god om det inte spelar någon roll vem du pratar med men vill du ha en personlig kontakt med en sjuksköterska som du känner och som har kunskap om din diagnos är det helt i motsats till patientens önskemål.

Målet med sjuksköterskemottagningen för patienter med DM 1 på Neuromuskulärt Centrum är att följa patientens sjukdomsprogress och att utifrån besöket i samråd med patienten vidta eventuella åtgärder. Mötet kan ses som ett ömsesidigt kunskapsutbyte som är till nytta för både patient och sjuksköterska. Det är viktigt att patienten får verktyg att hantera sin sjukdom samt få bekräftelse av en sjuksköterska med god erfarenhet och kunskap om alla de problem som kan uppkomma vid DM 1. Sjuksköterskan kan i sin tur ta del av all den kunskap och erfarenhet som patienten har. Det skapar en trygghet för sjuksköterskan i varje möte med denna patientgrupp.



Figur 1. Viktiga dimensioner av sjuksköterskans kompetens vid mötet på sjuksköterskemottagning för patienter med DM 1.

### Slutsats

Patienter med kroniska sjukdomar har behov av information, trygghet och delaktighet. Detta ges bäst av en sjuksköterska som har kännedom om patientens sjukdom och eller patienten. Patienten bör få möjlighet att under ett besök med sjuksköterska i lugn och ro delge sin situation. Enligt flera av de analyserade studierna är sjuksköterskan väl lämpad att följa upp patienter med kroniska sjukdomar förslagsvis på en sjuksköterskemottagning. För att tillgodose vårdbehovet för patienter med kroniska sjukdomar i framtiden kan det vara till fördel för patienten att sjuksköterskans ansvar blir tydligare. För detta krävs mer forskning inom området patientfokuserad omvårdnad och att sjuksköterskans roll och betydelse för patienter med kronisk sjukdom stärks.

## REFERENSER

1. Harper P. The facts, Myotonic Dystrophy. Oxford: Oxford University Press. 2002
2. Dystrofia Myotonika (DM 1) Skandinaviskt konsensusprogram 2010 version 2: (Available from 2010-10-12) <http://www.orebroll.se/sv/uso/Patientinformation/Kliniker-och-enheter/Neurokliniken/MCO/Dystrophia-Myotonica-konsensusprogram/>
3. Socialstyrelsen. Ovanliga diagnoser. (Available from internet: 2007-09-21) <http://www.socialstyrelsen.se/ovanligadiagnoser/dystrofiamyotonika>
4. Winblad S. Myotonic dystrophy type 1, Cognition, personality and emotion. Göteborg: Department of Psychology, Göteborg University, Sweden. 2006. (Akademisk avhandling)
5. Hill M. Service provision for adults with long-term disability: A review of services for adults with chronic neuromuscular conditions in the United Kingdom. *Neuromuscular Disorders*. 2005; 16: 107-112.
6. Chouinard M-C. The potential of disease management for neuromuscular hereditary disorders. *Rehabilitation Nursing*. 2009; 34(3): 118-125
7. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för Sjuksköterskor (1995:5) Available from internet: 2008-03-24) <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>
8. Svensk sjuksköterskeförening. ICN's Internationella kod för Sjuksköterskor. (Available from internet: 2008-03-25) <http://ssf-swenurse.customer.ntech.se/Content.aspx?c=47>
9. Socialstyrelsen. Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande - Läget efter lagändringarna 1 januari 1999. (Available from internet: 2010-12-15) <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2003/2003-103-5>
10. Svensk Sjuksköterskeförening. Östlinder G, Norberg A. Rapport om Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderas den? Stockholm: Förlagshuset Gothia. 2006
11. Ehrenberg A; Wallin, L. Omvårdnadens grunder, Ansvar och utveckling. Lund: Studentlitteratur, 2009.
12. Travelbee J. Interpersonal aspects of nursing. (2 ed). Philadelphia, F.A. Davis Co. 1971
13. Radwin, L E. "Knowing the patient": a review of research on an emerging concept. *Journal of Advanced Nursing*, 1995; 23: 1142-1146,
14. Friberg F. Att göra en litteraturoversikt. I: Friberg, F. (red), Dags för uppsats- vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur, (2006).
15. MESH termer. Available from internet: 2010-01-15) [http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm)

16. Berg L. Caring relationship in an out-patient clinic: Balancing between vulnerability and dignity. *International Journal of Human Caring*. 2006; 10(4): 23-30.
17. Woodward A. Successful cardiovascular risk reduction in Type 2 diabetes by nurse-led care using an open clinical algorithm. *Diabetic Medicine*. 2006; 23: 780-787.
18. Grogan, A. Patients' perceptions of information and support received from the nurse specialist during HCV treatment. *Journal of Clinical Nursing*. 2009; 19: 286-2878.
19. Törnkvist L. Patients' satisfaction with the care given by district nurses at home and at primary health care centres. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2000; 14: 67-74.
20. Kvale K. What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2008; 22: 582-589.
21. Larsson Inga E. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*. 2007; 21: 313-320.
22. Moons P. Nurse specialists in adult congenital heart disease: The current status in Europe. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2005; 5: 60-67.
23. Eldh A C. The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2004; 3: 239-246.
24. Attree M. Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" quality care. *Journal of Advanced Nursing*. 2001; 33(4): 456-466.
25. Fagerström L. The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of Advanced Nursing*. 1998; 28(5): 978-987.

## BILAGA

### Artikelpresentation

---

16

- Titel:** Caring relationship in an out-patient clinic: Balancing between vulnerability and dignity.
- Författare:** Berg, Linda
- Tidskrift:** International Journal of Human Caring.
- Årtal:** 2006
- Land:** Sverige
- Syfte:** Syftet var att belysa den vårdande relationens framträdande i möten mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor på en medicinsk mottagning samt deras erfarenheter av detta fenomen.
- Metod:** En kvalitativ tolkande fenomenologisk metod har använts.
- Urval:** Studien involverade tio patienter, sex män och fyra kvinnor, samt tre kvinnliga sjuksköterskor.
- Antal referenser:** 54
- Resultat:** Den vårdande relationen innefattar öppenhet och närvaro i samtal mellan patient och sjuksköterska. Man sökte efter patientens upplevda behov av vård. Både sjuksköterskan och patient använde sin kompetens och deras avsikt var att skapa ömsesidighet och förtroende.
- Diskussion:** Ömsesidigt åtagande mellan patienter med långvarig sjukdom och deras sjuksköterskor i medicinsk vård skapade förutsättningar för en helhetssyn i vården.
- 

17

- Titel:** Successful cardiovascular risk reduction in Type 2 diabetes by nurse-led care using an open clinical algorithm.
- Författare:** Woodward, A.
- Tidskrift:** Diabetic Medicine.
- Årtal:** 2006
- Land:** Storbritannien
- Syfte:** Att införa en protokoll styrd, sjuksköterske ledd hjärt-kärl risk reduktions klinik genom att använda en öppen klinisk algoritm. Det primära syftet med mottagningen var att optimera blodtryckskontroller; det sekundära var att reducera hjärt-kärl riskfaktorer.
- Metod:** En kvantitativ studie
- Urval:** Ethndratio personer med typ 2 diabetes som besökte en mottagning på Aintree Universitets sjukhus i Liverpool. Patienter som tog en eller fler blodtryckssänkande läkemedel och med ett blodtryck på mer > 140/85mmHg inkluderades. Sjuksköterskan gick igenom läkemedels användning samt tog upp livsstilsfrågor.

Antal referenser: 30

Resultat: Resultaten visar att 86 % av patienterna hade signifikant förbättrat sitt blodtryck vid sista besöket det förbättrade blodtrycket kvarstod också efter 9 månader. HbA1c och HDL- kolesterol förbättrades också. Läkemedelsterapin förbättrades också. Livsstilsförändringarna var begränsade. Dock förändrades rökvanorna från 20 % rökare till 13 %.

Diskussion: Studien visar att tillhandahållandet av en sjuksköterskeledd, protokollstyrd mottagning, har påvisat att det finns ett stort behov för personer med diabetes att följas regelbundet med hänsyn till framförallt blodtryck och lipid sänkande åtgärder. En sjuksköterskeledd mottagning som denna kan förstärka sjuksköterskans roll.

---

18

Titel: Patients' perception of information and support received from the nurse specialist during HCV treatment.

Författare: Grogan, A.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing.

Årtal: 2009

Land: Irland

Syfte: Att identifiera patientens uppfattning av stöd från specialist sjuksköterska under Hepatit C virus (HCV) behandling.

Metod: En kvantitativ beskrivande design. Ett 59 punkters frågeformulär med samlad data besvarades.

Urval: Ethundraset patienter med HCV som besökte en mottagning för personer med HCV.

Antal referenser: 42

Resultat: I det stora hela var patienterna nöjda med det stöd de fick. De patienter som infekterats genom blod eller blodprodukter, indicerade att de erhållit mer stöd i relation till information om bieffekter av behandlingen, livskvalitet och stödgrupper jämfört patienter som smittats på annat sätt.

Diskussion: Resultatet av studien påvisar vikten av denna typ av specialist sjuksköterskemottagning och utvecklande av liknande. Det är också viktigt att ge stöd med information och psykologiskt stöd som behövs.

---

19

Titel: Patients' satisfaction with the care given by district nurses at home and at primary health care centres.

Författare: Törnkvist, Lena.

Tidskrift: Skandinavien Journal of Caring science.

Årtal: 2000

Land: Sverige

Syfte: Syftet med studien var att utvärdera patientens tillfredsställelse med den omvårdnad som distriktsköterskan ger i hemmet och på mottagning.

Metod: En kvantitativ studie.

Urval: 272 HC (home care) och 365 OC (outpatient clinic) erbjöds att delta i studien. 168 HC och 264 OC besvarade frågorna. En reabilitets och validitets testad frågetest "Quality of care from the patients' perspective" (QPP) användes.

Antal referenser: 25

Resultat: HC patienterna var äldre än OC patienterna. HC patienterna behövde hjälp med läkemedel och blodtrycks tagning. OC patienterna behövde hjälp med blodtryck och lägga om sår eller få en injektion. De flesta patienter var tillfredställda med omvårdnaden. Många tyckte att de fick bra information och kände sig delaktiga.

Diskussion: Ingen i patient grupperna var helt nöjda med informationen som gavs. Sjuksköterskan måste lära sig att dela besluten med patienten på ett meningsfullt sätt. De kommer att bli mycket viktigt i framtiden när patienterna i västvärlden ofta är välutbildade och ställer krav på sjukvården.

---

20

Titel: What is important for patient centered care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer.

Författare: Kvåle, K.

Tidskrift: Scandinavien Journal of Caring Science

Årtal: 2008

Land: Norge

Syfte: Att nå in i patienters med cancers uppfattning av vikten av att bli respekterad som partner och dela kontrollen över interventioner och management om deras hälsoproblem och anledningen till deras önsknings.

Metod: Studien var en kvalitativ studie innehållande intervjuer med öppna frågor enligt en fenomenologisk ansats.

Urval: Tjugo cancer patienter i slutenvården med olika cancerdiagnoser i olika stadier med olika prognoser deltog i studien.

Antal referenser: 51

Resultat: De identifierade enheterna kan samlas under tre teman. Självbestämmande- att bli respekterad, lyssnad till, ges ärlig information, bli räknad med. Delaktighet i beslut angående behandling. Medverkan i omvårdnad.

Diskussion: Vid utförande av patientcentrerad vård är det viktigt att behandla patienten med respekt, ge ärlig information och låta patienten vara delaktig i beslut.

---



- Titel:** Patient participation in nursing care from a patient perspective: a grounded theory study.
- Författare:** Larsson, Inga E.
- Tidskrift:** Scandinavian Journal of Caring Science
- Årtal:** 2007
- Land:** Sverige
- Syfte:** Att undersöka meningen med patientens delaktighet i omvårdnaden utifrån ett patient perspektiv.
- Metod:** Fokusgrupps intervjuer. Intervjuerna bandades och analyserades utifrån grounded theory.
- Urval:** Tjugosex svenska patienter från en somatisk vårdavdelning samt utskrivna patienter från samma avdelning ingick i studien.
- Antal referenser:** 50
- Resultat:** Patienten betonade vikten av samarbete för att förbättra delaktighet. Kärnkategorin, förståelse genom omtanke genererade ur fyra internrelaterade kategorier. Tillmötesgående atmosfär, känslomässigt gensvar, enighet samt rättigheter och dess femton underkategorier.
- Diskussion:** Innebörden av patientdelaktighet i omvårdnad visar sig från ett patient perspektiv. I huvudsak bestående av inte enbart yttre faktorer utan också gällande inre faktorer hos patienten. Det är viktigt att utveckla omvårdnaden med handlingsprogramutvecklings och kvalitetsförsäkrings kriterier.
- 

- Titel:** Nurse specialists in adult congenital heart disease: The current status in Europe.
- Författare:** Moons, P.
- Tidskrift:** European Journal of Cardiovascular Nursing.
- Årtal:** 2005
- Land:** Belgien
- Syfte:** Att kartlägga förhållandet utbildning och aktiviteter hos specialist sjuksköterskor i vården av vuxna med medfödd hjärtsjukdom i Europa.
- Metod:** Kvantitativ metod.
- Urval:** 4168 patienter från 79 institutioner i 26 länder i Europa inkluderades i studien.
- Antal referenser:** 31
- Resultat:** Specialistenheterna för patienter med medfödd hjärtsjukdom hade i medeltal två specialistsjuksköterskor. Fysisk undersökning var den vanligaste åtgärden följt av telefonrådgivning, patientutbildning, samordning av vården samt uppföljning efter utskrivning. Patientutbildningen innehöll information om bland annat prevention och profylax, kardiovaskulära riskfaktorer, sportaktiviteter och ärftlighet. Två tredjedelar av specialistsjuksköterskorna deltog i forskning.
- Diskussion:** Denna översikt avslöjar hål i vård åtgärderna i Europa för denna patientgrupp och visar att det finns utrymme för förbättring för att hantera vården för kroniskt sjuka adekvat.

23

- Titel:** The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure.
- Författare:** Eldh, A C.
- Tidskrift:** European Journal of Cardiovascular Nursing.
- Årtal:** 2004
- Land:** Sverige
- Syfte:** Att undersöka meningen med delaktighet och icke delaktighet i vården med den upplevda erfarenheten från patienter med CHF kronisk hjärtsjukdom.
- Metod:** Berättande intervjuer.
- Urval:** Tio patienter som besökte en mottagning för hjärtsjukdomar på ett mellanstort sjukhus i Sverige.
- Antal referenser:** 57
- Resultat:** Patientens berättelser innehöll erfarenheter från andra delar av sjukvården, inte enbart från hjärtsjukvården.  
Trygghet med sig själv och den som vårdar. Respekt för varandras kunskap och erfarenhet. Förstå information och vara delaktig.
- Diskussion:** Patienten är experten om symtom och om hur det är att leva med sin sjukdom. Information är delad inte given, för att främja ett ömsesidigt förhållande.  
En sjuksköterskeledd mottagning där man har en relativt lång kontakt främjar kontakten med patienten.
- 

24

- Titel:** Patients' and relatives' experiences and perspectives of "Good" and "Not so Good" Quality care.
- Författare:** Attree, M.
- Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing.
- Årtal:** 2001
- Land:** Storbritannien
- Syfte:** Att undersöka patienters och närståendes uppfattning av vård och identifiera nyckel kriterier användbara att utvärdera vårdkvalitet via skildringar av aktuella vårderfarenheter.
- Metod:** En kvalitativ ansats använda Grounded Theory.
- Urval:** Data insamling halvstrukturerade intervjuer med trettiofyra akutmedicinska patienter och sju närstående.
- Antal referenser:** 61
- Resultat:** God kvalitativ omvårdnad karaktäriserades av att den var individualiserad, patientfokuserad och behovsrelaterad. Inte så god omvårdnad karaktäriserades av rutin som inte relaterade till behov och som gavs på ett opersonligt sätt av distanserad personal som inte kände eller gjorde patienten delaktig.

- Titel:** The patient's perceived caring needs as a message of suffering.
- Författare:** Fagerström, L.
- Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing
- Årtal:** 1998
- Land:** Finland
- Syfte:** Att få en djupare förståelse av patientens upplevelse av dennes omvårdnads behov, vad är problem, behov och önskemål, genom att studera och illustrera hur dessa uttrycks och skapas i en vårdrelation och att illustrera delaktighet i omvårdnad.
- Metod:** Kvalitativ studie.
- Urval:** Sjuttiofem patienter från en kirurgisk och en medicinsk vårdavdelning på ett sjukhus i västra Finland. Halvstrukturerade intervjuer.
- Antal referenser:** 52
- Resultat:** Intervjuerna resulterade i tre typer av patienter, de nöjda, de klagande och nöjda och de klagande och missnöjda samt tre typer av sjuksköterskor de kompetenta och vänliga, de kompetenta och kontakt skapande samt de kompetenta och modiga. Patientens omvårdnadsbehov kan bli tolkad och förstådd utifrån deras erfarenhet av lidande men också i relation till deras erfarenhet av glädje och välbefinnande.
- Diskussion:** Patientens omvårdnadsbehov kan innehålla nya möjligheter av mognad och utveckling. Sjuksköterskan kan lindra patientens lidande genom att upphöja deras erfarenhet av välbefinnande.
-

