

SJUKSKÖTERS KANS ROLL I PATIENTCENTRERAD VÅRD
Kommunikation, delat beslutsfattande och patientundervisning

FÖRFATTARE	Eva-Lena Andersson
PROGRAM/KURS	Examensarbete för kandidat Grundnivå OM 5120 HT 2009
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Kerstin Dudas
EXAMINATOR	Leeni Berntsson

Förord

Jag vill tacka min handledare Kerstin Dudas för att du med stort tålamod, inspiration och envishet gjorde detta arbete möjligt.

Titel (Svensk):	Sjuksköterskans roll i patientcentrerad vård – Kommunikation, delat beslutsfattande och patientundervisning
Titel (Engelsk):	The role of the nurse in Patient-centered care – Communication, shared decision making and patient education
Kurs/kurskod:	Examensarbete för kandidat, Omvårdnad – Eget arbete OM5120
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	21
Författare:	Eva-Lena Andersson
Handledare:	Kerstin Dudas
Examinator:	Leeni Berntsson

SAMMANFATTNING

Patientcentrerad vård har varit och är i fokus vid omorganisation och kvalitetsförbättringsarbete inom sjukvården. Det finns ett växande intresse hos myndigheter, forskare och patientföreningar nationellt och internationellt och det ställs numer krav på att vården skall vara mer patientcentrerad. Patientens upplevelse av vården och dennes livsvärld bör vara i fokus. Patientcentrerad vård är ett stort och komplext begrepp, vars definition kan tolkas som oklar och inte alltid enhetlig. Syftet med litteraturstudien var att försöka visa hur sjuksköterskans roll i patientcentrerad vård kan beskrivas. Litteraturstudien bygger på fjorton vetenskapliga artiklar och utgår från Mead & Bower's konceptuella dimensioner: Bio-psykosocialt perspektiv, Patienten som person, Delad makt och ansvar, den terapeutiska alliansen och Vårdgivaren som person. Resultatet kan delas in i tre kategorier: Kommunikation, delat beslutsfattande och information/undervisning. Resultatet visade att en grundlig intervju vid ankomst till sjukhus genererar värdefull information om patienten och dennes förutsättningar och att sjuksköterskan kommunicerar med närstående var viktigt för patienterna. Omsorgsfull planering vid utskrivning innebär att förbereda patienten och andra vårdgivare med samverkan och informationsöverföring och uppföljning det bidrar till en väl fungerande vårdkedja och kunde förhindra återinläggningar. Kunskap och information är förutsättningen för att patienten ska få delad makt och ansvar, kunskap skapar trygghet och ger självförtroende och stärker patienten att klara sin egenvård och att se sina möjligheter. Det är viktigt att omvårdnaden bygger på ett holistiskt salutogent synsätt med fokus på den enskilda människans personlighet, livshistoria och aktuell situation.

Nyckelord: Patient-centered care, chronic disease, nursing, communication, clinical decision, participate, interventions study.

INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	1
God vård	1
Historik	1
Projektet Nationella indikatorer för God vård.	2
Kommunikation och omvårdnadsprocessen	3
Omvårdnadsprocessen	3
Kontroll, sammanhang och känsla av mening	4
Se människan bakom sjukdomen dennes levnadshistoria	4
TEORETISK REFERENSRAM	5
<i>Bio-psykosocialt perspektiv.</i>	5
<i>Patienten som person.</i>	5
<i>Delad makt och ansvar.</i>	5
<i>Den terapeutiska alliansen.</i>	6
<i>Vårdgivaren som person.</i>	6
PROBLEMFORMULERING	6
SYFTE	6
METOD	7
RESULTAT	8
BIO-PSYKOSOCIALT PERSPEKTIV	9
PATIENTEN SOM PERSON	10
DELAD MAKT OCH ANSVAR	10
DEN TERAPEUTISKA ALLIANSEN	12
VÅRDGIVAREN SOM PERSON	13
DISKUSSION	14
METODDISKUSSION	14
RESULTATDISKUSSION	15
Kommunikation	16
Delat beslutsfattande	17
Kunskap/Patientundervisning	17
KONKLUSION	17
REFERENSER	19
BILAGA 1	1

INTRODUKTION

INLEDNING

Att arbeta som sjuksköterska inom medicin och geriatrik innebär många möten med patienter med varierande och komplexa behov, ofta med mer än en sjukdom, kroniska tillstånd och/eller åldersrelaterade kroniska tillstånd. Sjuksköterskans roll är multidimensionell och ansvarar för omvårdnaden. Sjuksköterskan gör bedömningar och ansvarar för att utarbeta vårdplaner, utvärdering av omvårdnadsåtgärder och samordning av kontakter med andra yrkesgrupper både på sjukhuset under vårdtiden och senare vid planering inför utskrivning. Sjuksköterskan ser till att berörda yrkesgrupper utanför sjukhuset får information för att få en sammanhållen vårdkedja. Det innebär ett självständigt arbete med egna beslut och bedömningar och med en helhetssyn på vårdtagarens medicinska, sociala och psykiska situation där det är viktigt att stödja patientens och att tillvarata patientens egna resurser och hanteringsstrategier. Under mina år som sjuksköterska har mitt intresse mer och mer fokuserat på människan bakom det vi benämner patienten. Jag har även erfarit hur betydelsefullt det är att helheten där bl.a. familj, boende och socialt nätverk finns med för att människan kan fungera och ha livskvalitet trots sjukdom och handikapp.

BAKGRUND

God vård

I socialstyrelsens handbok God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, betonas det att vården skall vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, dessutom skall vården bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utformas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt (1,2). Vården ska vara säker, vilket innebär ett aktivt riskförebyggande arbete (3), vidare att den skall vara patientfokuserad, ges med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, dessutom skall förväntningar och värderingar vägas in i de kliniska besluten (4). Patientens upplevelse av vården och dennes livsvärldsperspektiv bör vara i fokus. Vården ska vara effektiv så att tillgängliga resurser utnyttjas på bästa sätt, den ska vara jämlik, vården skall även ges med respekt för alla människors lika värde, den enskilda människans värdighet och ges inom rimlig tid (1).

Historik

Patienten har traditionellt tilldelats en passiv roll i vården men utvecklingen går mot att stärka patientens roll i vårdorganisationen. Den första januari 1999 ändrades flera lagar med syfte att stärka patienternas ställning i vården, Hälso- och sjukvårdslagen (3), Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (2) och Lagen om patientnämndverksamhet (5). År 2003 kom socialstyrelsen ut med rapporten: ”Patientens rätt till information delaktighet och medinflytande” läget efter lagändringarna januari 1999 (6).

Både nationella och internationella patientföreningar ställer numera krav på att vården ska vara mer patientcentrerad. I International Alliance of Patient's Organizations IAPO's deklARATION (7) om patientcentrerad vård står det.

”Essensen av patient-centrerad hälso och sjukvård är att planering och utförande byggs upp så att den motsvarar de behov och önskemål patienterna har, därmed skapar man en ändamålsenlig och kostnadseffektiv hälso- och sjukvård” (Svensk översättning av IAPO’s deklARATION) (8 sidan <http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/809/486/IAPO%20Deklaration.pdf>))

Institute of Medicine (IOM) definierar patientcentrering som att hälso- och sjukvården etablerar ett samarbete och partnerskap mellan vårdgivare, patienter och familjer för att garantera att beslut respekterar patientens önskemål av behov, och prioriteringar. Det ska också tillses att patienter har tillräckliga kunskaper och stöd de behöver för att kunna ta beslut och delta i sin egen vård (9).

Patientcentrerad vård kan beskrivas som att nyckelfokus ligger på patientens förväntningar, behov och resurser och att patienterna har den kunskap och stöd de behöver för att kunna ta beslut och delta i sin egen vård (7). Patienterna är ofta nöjda med de medicinska insatserna men har ofta synpunkter på bristande information, långa väntetider samt dålig kontinuitet (1).

I handboken God Vård (1) beskrivs patientcentrerad vård på ett liknande sätt, nyckelfokus ligger på patientens förväntningar, behov och resurser och att patienterna har den kunskap och stöd de behöver för att kunna ta beslut och delta i sin egen vård. Handboken (1) beskriver även att patienterna ofta är nöjda med de medicinska insatserna men har ofta synpunkter på bristande information, långa väntetider samt dålig kontinuitet (1).

Projektet Nationella indikatorer för God vård.

I november 2009 publicerade Socialstyrelsen ett första utkast till nationella indikatorer för kontinuerlig uppföljning av den svenska hälso- och sjukvården som kan följas över tid. Sex områden lyftes fram som viktiga förutsättningar för god vård, vården skall vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och den ska ges inom rimlig tid. En patientfokuserad hälso- och sjukvård innebär att vården bygger på respekt för människors lika värde och den enskilda människans värdighet, självbestämmande och integritet (10).

”Det är viktigt att patienten bemöts utifrån han/hennes sociala sammanhang och att vården utförs med respekt och lyhördhet för individens specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten. Största möjliga kontinuitet i kontakter och information bör eftersträvas och olika insatser bör samordnas på ett ändamålsenligt sätt så att möjligheter till oberoende i det dagliga livet stärks. Detta förutsätter i sin tur en dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdpersonal och ofta också närstående. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling. Patientens kunskap, förståelse och insikt är förutsättningar för att han eller hon ska kunna vara delaktig och ha inflytande över sin egen hälsa, vård och behandling” (10 sidan 21).

Kommunikation och omvårdnadsprocessen

Grundbegrepp inom omvårdnadsorienterad kommunikation enligt Eide och Eide (11) består av nio begrepp som är ömsesidigt förbundna med varandra genom omvårdnad som grundläggande värdering:

- Omvårdnadsprofessionalitet: empati, yrkeskunskap och målorientering.
- Omvårdnadsrationalitet: förnuft, känslor och etik.
- Omvårdnadstemporalitet: anknytning, hopp och berättelse.

En bra kommunikation ger kvalitet, patienten blir lugn och en bra kommunikation stärker även säkerheten kring patienten. Professionell omvårdnadsorienterad kommunikation är hjälpande genom att den är baserad på yrkets värderingsgrund (11). En viktig kommunikativ uppgift för sjuksköterskan är att skapa en arbetsallians, en ömsesidig positiv inställning mellan vårdgivare och patient för att på bästa sätt samarbeta mot ett gemensamt mål (11). Arbetsalliansen omfattar de avtal som ingås mellan vårdgivare och patient bl.a. om de mål, tillvägagångssätt och ansvarsfördelning mellan parterna (11).

Yrkeskunskap är viktig för förmågan att leva sig in i en annan människas situation. Det måste finnas ett samspel mellan yrkeskunskap och kommunikation. Symtomhantering är yrkeskunskap. När patienten tar kontakt med sjukvården är det ofta symtom som är orsaken (4,11). Symtom är ett subjektivt illabefinnande, till skillnad från tecken (kliniska fynd) som innebär objektiva uttryck för sjukdom. Tidigare forskning har funnit att symtom är viktiga för tolkningen och förståelse av patienter med kronisk sjukdom. De speglar antingen själva sjukdomen eller patienternas uppfattning av sjukdomen (12). Genom att fokusera på människors erfarenhet av att vara sjuka, lyssna på deras berättelser och försöka förstå deras sätt att vara och agera, så kan vi hjälpa människor utifrån deras livsvärld (13).

Omvårdnadsprocessen

En av sjuksköterskans viktigaste uppgifter är att hjälpa patienter att lösa eller förhålla sig på ett bättre sätt till sina hälsoproblem, detta är en viktig del av sjuksköterskans yrkeskunskap (4, 10). Omvårdnadsprocessen omfattar bland annat att identifiera problem, ställa diagnos, sätta upp mål, utarbeta en plan, genomföra planen och utvärdera resultatet och eventuellt justera handlingsplanen (tabell 1) (4,11).

Vård kan beskrivas på många olika sätt i samhället enligt Eide och Eide (11), de nämner fyra aktörer

- a. patienten/klienten
- b. de anhöriga eller närmaste vännerna
- c. samhället i stort
- d. vårdpersonalen, vårdgivaren

Tabell 1 Arnold & Boggs modell av omvårdnadsprocessen och kommunikation (11 sidan 51).

<p>I. Kartläggning</p> <ul style="list-style-type: none"> - Samla data - Analysera data - Verifiera data 	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdgivaren samlar information om patientens styrkor, begränsningar, tillgängliga resurser och förändringar i patientens tillstånd. - Vårdgivaren systematiserar informationen och drar slutsatser baserat på subjektiva och objektiva patientdata och personlig och vetenskaplig kunskap. - Vårdgivaren verifierar data och slutsatser tillsammans med patienten för att säkerställa att de är valida
<p>II. Diagnos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulera bio-psykosociala problemställningar - Komma fram till diagnos 	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdgivaren utvecklar omfattande bio-psykosociala formuleringar som omfattar essensen av patientens hälsoproblem/behov och validerar om detta är korrekt tillsammans med patienten. Denna formulering skapar grunden för diagnosen. - Vårdgivaren utvecklar relevanta diagnoser och prioriterar dessa utifrån patientens mest aktuella hjälpbehov i situationen.
<p>III. Resultatmål och behandlingsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifiera förväntat resultat - Specificera i form av kortsiktiga mål. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdgivaren och patienten utvecklar tillsammans det förväntade resultatet, realistiskt baserat på patientens behov, styrkor och resurser. - Vårdgivaren och patienten utarbetar tillsammans realistiska kortsiktiga mål och väljer ut de handlingar som bidrar till att nå de önskade målen.
<p>IV. Implementering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utföra de handlingar man kommit överens om 	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdgivaren uppmuntrar, stöttar och bekräftar patienten att utföra de handlingar man kommit överens om med hjälp av integrerade terapeutiska vårdhandlingar och kommunikationsstrategier.
<p>V. Utvärdering</p> <ul style="list-style-type: none"> - Utvärdera huruvida målet/målen har uppnåtts. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vårdgivare och patient utvärderar tillsammans huruvida målet har uppnåtts och om de enskilda faserna i processen har varit nyttiga, effektiva, ändamålsenliga och tidsmässigt välplanerade. Behandlingsplanen justeras så som utvärderingen kräver.

Översikten synliggör hur yrkeskunskaper (och systematisk metod för problemlösning och patientvård) och kommunikativa uppgifter (och färdigheter av olika slag) är nära förbundna med varandra. (11 s 51)

Kontroll, sammanhang och känsla av mening

Den salutogena teorin utvecklades av Aaron Antonovsky (13) och innebär en känsla av sammanhang. KASAM ger uttryck för hälsa som i sin tur speglar hur människan uppfattar livet och det som händer, det är den grad av känsla av sammanhang som individen upplever (13). Enligt Antonovsky skall livet vara begripligt, hanterbart och meningsfullt (13). Det salutogena begreppet och KASAM passar väl in i omvårdnadssammanhang eftersom hälsa och egenvård är centrala begrepp inom omvårdnad och kan öka förståelsen för människans komplexitet. Genom att försöka identifiera friskfaktorer och en persons förmåga att hantera och anpassa sig till ett sjukdomstillstånd och hur en situation kan göras begriplig, hanterbar och meningsfull är värdefullt inom omvårdnaden (13). För den som har en sjukdom och lever med den dagligen innebär sjukdom något annat än för den som ser sjukdomen i ett medicinskt sammanhang (13).

Se människan bakom sjukdomen dennes levnadshistoria

Patricia Benner & Judith Wrubels (14) omvårdnadsteori bygger på Heideggers fenomenologiska tolkning av världen. Centrala begrepp i teorin är: Omsorg vilket innebär att bry sig om en person, dess situation, kontext, upplevelse av stress, bemästring av sjukdom och

symtom. Det innebär även att ta hänsyn till var människan befinner sig i sin livscykel, upplevd och befintlig hälsa samt den betydelse händelser och ting har för individen (15).

Benner och Wrubel (14) identifierar fyra karaktäristiska egenskaper hos människan, kroppslig intelligens, bakgrundsförståelse, speciella intressen samt att vara placerad i en situation. Kroppslig intelligens är en högt utvecklad intelligens, den finner man bl.a. hos en kronisk sjuk person som har utvecklat speciella färdigheter för att bemästra sin situation. Bakgrundsförståelse definieras som den förståelse som en människa direkt tillägnar sig genom att växa upp i en viss bestämd kultur vilken har avgörande betydelse för hans/hennes tolkning av omvärlden (15). Kroppslig intelligens och bakgrundsförståelse förklarar hur människan lever i sin omvärld och förstår dess mening, det är hennes ”speciella intressen” som förklarar varför hon involveras. Människan uppfattar sin omvärld i ljuset av det som engagerar henne (15).

Nära knutet till situationsbegreppet är kontextbegreppet, kontexten inkluderar också tidsaspekten d.v.s. vid vilken punkt i livet individen befinner sig med sin personliga levnadshistoria som påverkar tolkningen av en upplevelse. Många sidor av livet som tidigare tagits för givet fungerar inte längre i situationer av allvarlig eller livshotande sjukdom (15).

Ett annat viktigt begrepp är bemästring. Benner och Wrubel (14) förklarar förhållandet mellan stress och bemästring med att ”*Stress är en upplevelse av störd mening, förståelse och invand funktion. Bemästring är individens sätt att hantera denna störning*” (15 s 234).

Sjukdomsupplevelse är en betydande stressfaktor och författarna ser den enskilda individens upplevelse av sin sjukdom som ett från omvårdnadssynpunkt centralt element (15). Benner och Wrubel (14) hävdar att hälsobefrämjande åtgärder måste baseras på individens upplevelse av sin situation, på vad vederbörande betraktar som väsentligt och vilka bemästringsmöjligheter han/hon förfogar över.

TEORETISK REFERENS RAM

Som utgångspunkt för har jag använt mig av Mead & Bower´s metaanalys av patientcentrerad vård som innehåller fem konceptuella dimensioner (16).

Bio-psykosocialt perspektiv.

Det bio-psykosociala perspektivet är en kombination av biologiska, psykologiska och sociala hälsoproblem, behov och resurser. Dessa består av psykosociala förhållanden och effekter, såsom samband mellan miljö och hälsa, familj, socialt nätverk yrke, socialgrupp, etnicitet och kön men även upplevda psykiska krav, kontrollmöjligheter och socialt stöd.

Patienten som person.

Begreppet patienten som person består av hans/hennes upplevelse och erfarenhet av sjukdom, människans historia som den berättas och upplevs av henne själv och hur hon presenterar sina symtom och i vilka livsbetingelser hon lever i hennes unika kontext.

Delad makt och ansvar.

En ömsesidighet och växelverkan mellan två parter, en ömsesidig delaktighet som bygger på en relation mellan vuxna människor och är motsatsen till paternalism. Begreppet delad makt

och ansvar ser patienten som expert på sin egen sjukdom. Det omfattar även förhandling, samstämmighet, självbestämmande och empowerment. Rätten att få god vård och service, bli behandlad med respekt och aktivt bli inbjuden och involverad i beslutsfattande av sin egen vård och behandling. Information resulterar ofta i att patienter tar större ansvar för sin hälsa.

Den terapeutiska alliansen.

En bra relation är en förutsättning för positiva resultat vid behandlingsbeslut. I en emotionell relation och i ett empatiskt förhållningssätt tar patientcentrerad vård hänsyn till patientens uppfattning av relevansen och styrkan i de interventioner som erbjuds. Det finns en överenskommelse och att patienten håller med om målet med behandlingen. Den terapeutiska alliansen innehåller kognitiva och affektiva komponenter och personella band mellan patient och vårdgivare.

Vårdgivaren som person.

En medvetenhet om den känslomässiga delen i relationen mellan vårdgivare och patient, är centralt gällande vårdgivaren som person där två parter som påverkar varandra hela tiden. Och det uppstår en interaktion mellan parterna.

Patientcenterad vård såsom Mead & Bower (16) presenterar den innehåller 6 komponenter nära förbundna med varandra:

1. Undersöka/utforska både sjukdomen och upplevelsen av det
2. Se och förstå hela personen
3. Finna gemensam plattform i beaktandet av behandling.
4. Inkorporera prevention och hälsobefrämjande åtgärder.
5. Förbättra vårdgivare-patient relationen.
6. Vara realistisk angående personella begränsningar och förutsättningar som tidsåtgång och resurser.

PROBLEMFORMULERING

Patientcentrerad vård har varit i fokus vid omorganisation och kvalitetsförbättringsarbete inom sjukvården. Det har skrivits mycket om patientcentrerad vård på senare år men det finns många olika tolkningar och tillämpningar av detta begrepp. Det som skrivits om patientcentrerad vård kan delas in i två kategorier: Omorganisation av sjukvårdens tjänster för att få en kostnadseffektiv vård som kan möta ett ökande behov. Den andra kategorin definierar patientcentrerad vård som en förståelse av patientens upplevda behov, resurser, prioriteringar och förväntningar. Hur kan sjuksköterskan utforma sin profession för att uppfylla behoven och möta kraven på personcentrerad vård. Sjuksköterskan behöver evidens som stöder den vitala rollen hon/han har för att kunna tillhandahålla god kvalitetssäkrad vård (9).

SYFTE

Att genom litteraturstudier beskriva sjuksköterskans betydelse/roll i patientcentrerad vård vid omvårdnaden av äldre patienter och/eller patienter med kronisk sjukdom.

METOD

Litteraturstudien grundar sig på fjorton vetenskapliga artiklar som sökts i databaserna PubMed och Cinahl. MESH termer Patient-Centered care, Chronic Disease/nursing eller Chronic Disease/rehabilitation användes i PubMed (17). För att försöka få en så heltäckande sökning av begreppet som möjligt avseende patientcentrerad vård användes även sökorden goal settings, clinical decision, participate och integrated pathway, utifrån Mead & Bower's analys av patient-centrerad vård. Omvårdnadsperspektivet söktes genom att använda sökorden nursing, care, nurse's role och clinical competens. Kombinationer av sökord och antal träffar redovisas i tabell 2. Artikelnumren i tabell 2 motsvarar artikelnumren som finns med i bilaga 1 och i referenslistan. Urvalet gjordes genom att först läsa artiklarnas titel, om de ansågs vara relevanta lästes abstrakten och om abstrakten verkade vara av betydelse lästes artiklarna i sin helhet (18). De artiklar som vid närmare granskning inte motsvarade syftet, inte var relevanta och tillgängliga valdes bort. Artiklarna granskades enligt institutionens checklista för artikelgranskning för att bedöma artiklarnas kvalitet (19). Två manuella artikelsökningar gjordes. Det första tillfället via Gunda med sökordet patientdelaktighet, vilket gav 2 träffar på författare som publicerat artiklar om patienters uppfattning om patientdelaktighet (Delad makt och ansvar) och sjuksköterskors strategier för att optimera patientens delaktighet (Vårdgivaren som person). Den andra manuella sökningen gjordes via PubMed då en tidigare funnen artikel hade en intressant metodbeskrivning av en intervention.

Artikelsökning tabell 2
Sökhistorik och redovisning antalet träffar

Datum för sökning	Databas	Sökord + kombinerat med AND/OR	Träffar	Granskade	Använda artiklar Ref.nr
090903	PubMed	Patient-centered care. Limits: Publicerade 10 senaste åren	1026	20	(20) Review
090903	PubMed	Patient-centered care, model. Limits: Publicerade 10 senaste åren	685 review 147	50	(32)
090910	Cinahl	Patient-centered care, assessment	60	20	
090911	PubMed	Patient-centered care, nurse, participation. Limits: Publicerade senaste 10 åren, aged 65+, abstracts available.	2	2	
090911	PubMed	Patient-centered care, nurse, participation	140 review 48	20	
090924	PubMed	Clinical pathway, nursing, geriatric assessment	27 Related articles	7 1	(23)
090924	PubMed	Patient-centered care, goal settings, clinical decision, participate	8 Review 1	2	(25,26)
090927	PubMed	Patient-centered care, chronic disease or chronic disease/nursing or chronic disease/rehabilitation	196	40	(21,24,28,31)
091002	PubMed	Patient-centered care and cross-over studies or evidence-based nursing	280 Review 98	20	
091002	PubMed	Integrated care pathway, interventions study, elderly	11 review 1	11	(22)
091010	PubMed	Sökning på författare I Larsson och M Sahlsten			(27,33)
091210	PubMed	Sökning på titel The care transitions intervention	69	2	(29,30)

Analysen av de utvalda artiklarna utgick från ett deduktivt förhållningssätt. Artiklarna granskades öppet och lästes igenom flera gånger innan innehållet sorterades efter hur de belyst eller besvarade problemet (18, 19), där sammanfallande kategorier samlades under begreppsmässiga huvudkategorier utifrån Mead & Bower teoretiska referensram (16).

Patient-centered, person-centered, client-centered är olika träffar på MESH termen Patient-centered care.

RESULTAT

Patientcentrering har diskuterats i olika kontexter och definition av patientcentrerad vård växlar beroende på vilken bakgrund eller ur vilket perspektiv det diskuteras. (20) Robinson et al (20) delar in patientcentrering i 4 olika perspektiv: Nationellt politiskt med allmänna riktlinjer, ekonomiskt perspektiv, kliniskt perspektiv eller individ/patient perspektiv. Se tabell 3 (20).

Tabell 3

	Allmänna riktlinjer	Ekonomiskt definition	Kliniskt praktik definition	Patient definition
Patient involvering	Partnerskap Undervisning Delaktighet i vården Delaktighet i beslut	Delad beslutsfattande Empowerment	Egenvård Patientens mål Familjens involvering	Involveras i behandlingsplanen Information om förutsättningar Partnerskap
Individuell vård	Respekt för patientens önsningar, behov och preferenser	Patientens efterfrågan, kostnader, kvalitet, bekvämlighet	Psykosociala erfarenheter Kunskap Individanpassad behandling Medmänsklighet Kommunikation	Respektfull behandling Tid Kommunikation Patienten i fokus/prioritet Tillgänglighet

BIO-PSYKOSOCIALT PERSPEKTIV

Studien SAHealthPlus: A Controlled Trial of a statewide Application of a Generic Model of Chronic Illness Care (21) var en av nio koordinerade nationella studier i Australien som innefattade patienter med kronisk sjukdom. Syftet var att testa om koordinering av vården kunde förbättra hälsoläget för kroniskt sjuka inom ramen vad vanlig vård kostar. Studien (21) jämförde en generisk icke sjukdomsspecifik modell för 3115 patienter med vanlig vård för 1488 kontrollpatienter. Interventionen innehöll en prospektiv preventiv vårdplanering som var designad för att få en allmän översikt av patientens planerade vård under tolv månader. Vårdplanen var ämnad att vara ett redskap för motivation för patienten och gav ett mått på resultat av vården över tid och användes som ett kommunikativt redskap. En patientjournal upprättades som innehöll demografiska detaljer, vilket inkluderade uppgifter om anhörigvårdare eller nyttjande av kommunal hemtjänst, olika vårdgivare, medicinska diagnoser, undersökningsresultat, aktuell medicinering, planerad och beviljad service för att klara det dagliga livet. Den gemensamt framförhandlade vårdplanen signerades av patienten och dennes husläkare. Patienten och service-koordinatören fick var sin kopia av vårdplanen. Processen med att skapa vårdplanen var ämnad att involvera patienten i sin egen vård och starta en process av livsstilsförändringar för att förbättra sin egenvård av sitt kroniska tillstånd. Vårdplanen avsåg även att hjälpa patienten med att reducera eller försena oförmåga och handikapp genom att hjälpa patienten att nå sitt mål. Service-koordinatören var en legitimerad sjuksköterska som arbetade i team med andra professioner. Studien visade att de patienter som hade störst nytta av service-koordination var de som levde under svåra omständigheter och som inte hade haft någon fast kontakt med sjukvård och/eller kommunal service. Även de med föga kunskap om sin sjukdom och tillgänglig service hade god nytta av studien. Bra egenvård, bra stöd av familj och vänner minskade behovet av service-koordination, trots co-morbiditet, mycket medicinering och låg funktionsförmåga (21).

PATIENTEN SOM PERSON

Forskning har visat att en grundlig intervju vid ankomst till sjukhus genererar värdefull information om patienten och dennes förutsättningar, inte bara den fysiska dimensionen utan också psykologiska, psykosociala och andliga dimensioner, i en interventions studie från Sverige (22) låg fokus på patientens motivation och förutsättningar till rehabilitering efter en höftfraktur. Utgångspunkten var hur patienten hade klarat sitt dagliga liv innan frakturen och under ankomstsamtalen kunde sjuksköterskan bilda sig en grundlig kunskap om patienten som sedan låg till grund för vård och rehabilitering som överensstämde med patientens individuella förmåga. Rehabilitering kan jämföras med en transition från ett tillstånd (hjälpplöshet) till ett annat (oberoende) som är en stor ansträngning för patienten. Patientens upplevelse av sina symtom och funktionell status är exempel på processindikatorer som sjuksköterskan behöver övervaka under patientens återställande (22).

Även i Glasson et al studie (23) var startpunkten en grundlig ankomstintervju där patientens funktionella förmåga före insjuknandet, under vårdtiden och vid utskrivning skattades för att kunna bedöma patientens egenvårdförmåga. Patienternas kunskap om sina mediciner mättes vid ankomst och vid tiden för utskrivning.

I Australien gjordes en studie (24) i ett nationellt uppdrag att utveckla ett egenvårdsprojekt för personer med kroniska sjukdomar, som t.ex. diabetes, astma, kardiovaskulär sjukdom och osteoporos. Personerna erbjöds formell vårdplanering med frågor som var menade att fastslå problem och mål som en startpunkt för planeringen. Frågorna var; Vad är det huvudsakliga hälsoproblemet? Hur förändrar det ditt liv? Saker du gör mer eller mindre och livsstilsförändringar? Hur påverkar det ditt välbefinnande? Vad skulle du vilja göra som du inte kan nu, är det realistiskt? Hur ofta, hur länge och med vem? En förskjutning från det sjukdomsorienterade, där utgångspunkten är behandlingen som den rekommenderas av sjukvården, till det livsorienterade. I interventionen ingick också erbjudande att delta i patientundervisning i grupp om kroniska sjukdomar och egenvårdsbehandling. Det var också möjligt att få kontakt med ett hälsoinformations- och resurscenter där personerna kunde få hjälp att söka information bl.a. via webben och pappersbaserad information men även informella träffar med andra kroniskt sjuka var möjlig. Syftet var att ge patienten kunskap och skicklighet för att kunna förstå och sköta sitt tillstånd/sjukdom men likväl kunna stärka dem i sina kontakter med sjukvården för mer självförtroende. Studien visade att det fanns en hunger efter kunskap hos patienterna och deras anhöriga/närstående. Med mer kunskap blev patienterna hjälpta att sätta upp och nå egna mål och att acceptera sin sjukdom. Interventionen gav dem även trygghet och självförtroende att prata om sjukdomen. Det medförde också en mer likställd/jämlig ställning vid planering och kontakt med sjukvården och beskrevs både av patienter och vårdpersonal som mer personligt, inte så påskyndat och mer komplett diskussion (24).

DELAD MAKT OCH ANSVAR

I en interventionsstudie från England (25) vid en neurologisk rehabiliteringsavdelning användes en arbetsbok/dagbok där patienterna tillsammans med familj och/eller vänner fick prioritera aktiviteter och deltagande. Tillsammans fick de identifiera specifika uppgifter inom de områden de ville arbeta med och vad de ville uppnå inom tidsramen rehabiliteringen pågick. Sedan följde en utökad intervju med diskussion om tilltänkta resultat med rehabiliteringen och anledningen till dem. Patientens uppfattning av relevansen med att sätta upp mål och deras autonomi i den processen blev verktyg för att kunna identifiera, definiera och prioritera mål i rehabiliteringen. Resultatet blev att majoriteten av

interventionspatienterna rapporterade att de var kapabla att välja sina egna mål, de satte färre men mer relevanta mål och var också mer nöjda med rehabiliteringen. Kontrollgruppens patienter uppfattade att de blev tillfrågade att acceptera de mål som behandlingsteamet satt upp. Forskarna i interventionsstudien fann ingen skillnad i ADL-förmåga eller vårdtid mellan grupperna (25).

Att äldre personer inte är lika benägna som yngre personer att delta i beslut som rör deras vård och behandling var frågeställningen i en studie från USA (26). Syftet var att fördjupa förståelsen för hur äldre tänker och diskuterar sina livs och hälso mål vid mötet med vårdgivare. Studien genomfördes med utgångspunkt från fokusgrupper bestående av patienter, läkare och sjuksköterskor. Det framkom i fokusgrupperna att både patienter och vårdgivare var villiga att diskutera mål men det varierade om de höll med om att de faktiskt gjorde så i praktiken. Skälet för att inte diskutera mål inkluderade att målsättning inte var prioriterat under tidspress, istället låg fokus på sjukdomssymtom och en ömsesidig förmodan att ingendera part var intresserad. Några patienter tog avstånd från att tala om mål med sin läkare, de ansåg inte att mål för vård och behandling var en del i konsultationen, men majoriteten av patienterna önskade emellertid kunna diskutera mål med behandlingen. Patienterna hade stor tilltro till sin läkare och betraktade läkaren som en auktoritet och teknisk expert. Patienterna kände att det var personligt t.o.m. generande att diskutera mål. Det tar tid att bygga upp ett förtroende till en auktoritet innan man vågar diskutera så känsliga saker. I läkargruppen framkom det att läkarna inte var tränade för att ta patientens mål i beaktande eftersom det biomedicinska statuset låg i fokus, däremot tyckte läkarna att det var viktigt att på ett tidigt stadium diskutera hur patienten såg på behandlingsmål. Läkarna uppgav att de saknade instrument för att diskutera och fokusera på behandlingsmål och på så vis lära känna patienten bättre. Sjuksköterskor däremot uppfattade att målsättning var något som pågick ständigt. Rehabilitering är en process där detta framgår tydligt, t.ex. när patienten klarat ett moment, uppmuntrade sjuksköterskan patienten till nästa nivå och var samtidigt en support under hela vårdtiden och inte som en engångskonversation, utan som ett kontinuum under hela vårdtiden. De hinder som framkom för att diskutera mål för vård och behandling i studien var brist på tid under konsultationen och att det inte prioriterades. Varken patienter eller vårdpersonal är tränade att sätta upp mål, kunskap och rätt verktyg saknas för att diskutera mål för vård och behandling (26).

I en studie från Australien (23) var syftet att förbättra kvaliteten på omvårdnaden av äldre på en akutvårdsavdelning. I en förstudie identifierades möjliga förbättringsområden i kvaliteten av omvårdnaden, fem områden identifierades och rankades högt bland patienterna och som de inte var nöjda med: Hjälpt att behålla eller återfå normal elimination, stöd och uppmuntran till att ta ansvar för sin egen vård under sjukhusvistelsen, hjälp att finna ett bekvämt och lämpligt läge, information och undervisning om medicineringen och hur den skulle skötas efter utskrivning samt att sjuksköterskan tog sig tid att kommunicera med familjen och besvara deras frågor. I studien valdes två av de fem förbättringsområdena ut att försöka förbättra genom ”participatory action research” deltagande aktionsforskning. Det första förbättringsområdet var att ge stöd och uppmuntran till att ta ansvar för sin egen vård under sjukhusvistelsen. Det andra förbättringsområdet som valdes var information och undervisning om medicineringen. Insatserna inorporerades i den dagliga vården. Patienterna i studien var mer nöjda med den fysiska vården, hade högre ADL förmåga och bättre kunskaper om sin medicinering vid utskrivning än kontrollgruppen (23).

Vad patienter tycker är meningsfullt och viktigt för patientdelaktighet i omvårdnad har utforskats i en studie från Sverige (27). Intervjuer med patienter analyserades och delades in i kategorier. En huvudkategori utkristalliserades ”Insikt genom övervägande”. Insikt innebär att som patient förstå relevant information om sin situation och händelseförloppet, ju mer insatta patienterna kände sig desto bättre förberedda var de att medverka i sin egen vård. Övervägande innebär patientens förmåga att bilda sig en uppfattning om omvårdnadssituationen och jämföra den med sina egna förväntningar eller önskemål. Delaktighet sågs som både värdefull och viktig, det sågs också som en självklarhet och i linje med rådande lagstiftning (27).

DEN TERAPEUTISKA ALLIANSEN

Äldre patienter får under en period av sjukdom många gånger vård av flera vårdgivare. Det blir ofta en fragmenterad vård med dåligt utförda överföringar mellan vårdgivarna. Negativa konsekvenser kan vara att det blir dubbelt utfört arbete, olämpliga och motsägelsefulla rekommendationer, medicineringsfel och antalet förskrivningar av läkemedel ökar (26). När information om patienten mellan vårdgivare inte når fram skapas stress och frustration. För att möta behoven hos kroniskt sjuka äldre vuxna i kontexten av ett komplext och decentraliserat sjukvårdssystem, beskrivs i studien (28) en intervention med ambitionen att få en väl fungerande vårdkedja och att förhindra återinläggningar. I interventionen skapades ett patientcentrerat interdisciplinärt team med övergripande mål att utrusta patienten med ett verktyg som befrämjar kunskap om och egenvård av deras tillstånd. Interventionen byggde på två hörnstenar, den första delen var en dynamisk hälsojournal med patientens hälsohistoria, vad som gjorts och vad som planerades att göra upprättades, den innehöll dessutom uppgifter om medicineringsfel, allergier och varningssignaler som skulle beaktas. Det fanns även plats för patienten att själv skriva ner frågor och orosmoment. Den dynamiska journalen följde patienten genom vårdkedjan och ägdes av honom/henne (28). En specialistutbildad sjuksköterska som ”transition coach” vars funktion var att vara kontaktperson i övergången mellan olika vårdgivare var den andra delen i interventionen (28). Sjuksköterskan mötte patienten på sjukhuset innan utskrivning för att upprätta en inledande rapport och introducera den personliga hälsojournalen och även förbereda för ett hembesök två till tre dagar efter utskrivningen. Vid hembesöket gick patienten och sjuksköterskan igenom var och en av medicinerna för att förena all medicineringsfel inkluderat det patienten fått utskrivet av annan vårdgivare för att undvika medicineringsfel och för att patienten skulle få kunskap om syftet med och instruktioner hur medicinerna skulle tas. Sjuksköterskan hade sedan telefonkontakt tre gånger under den följande månaden med patienten för att undersöka om patienten hade fått de återbesök och insatser som planerats vid utskrivningen från sjukhuset. Den statistiska analysen visade att återinläggningar minskade i denna grupp (29). I en uppföljande kvalitativ studie undersöktes patienternas erfarenhet och upplevelse av denna intervention (30). Intervjuer med 32 av de 976 patienterna som inkluderats i studien genomfördes och analyserades. Forskarna fann att det var sjuksköterskans uppföljande arbete som värdesattes mest, hembesöket som sjuksköterskan gjorde var mycket uppskattat, i hemmiljön kände sig patienterna sig säkrare och en mer avspänd och jämlik diskussion och undervisning om behandling, egenvård och medicineringsfel kunde genomföras. Många gånger hade patienterna glömt en del av den information de fått, eller fått bristfällig information, i samband med utskrivningen. Under hembesöket kunde den informationen repeteras. Behovet av att få kunskaper om sin medicineringsfel kan belysas av följande citat,

” They sent me home from the hospital with that nebulizer. I had no idea how to use it, witch medication to put it, nothing, because they (hospital staff) never

told me what to do. They just said "Here, it's yours. Take it home and use it." So she (coach) helped us out with that, she was helpful" (30).

I en studie från England (31) var syftet att förbättra möjligheten till egenvårdsförmåga hos patienter med kronisk tarmsjukdom. I genomförandet användes guideböcker för att stödja/uppmuntra patienten till egenvård. Guideboken innehöll information om sjukdomen, om för och nackdelar med olika behandlingar samt en egenvårdjournal där den av teamet framförhandlade egenvårdsplanen skrevs ner. I dagboksdelens skrev patienterna själva ner sina observationer om symtom och vilka strategier i egenvård de använde. Patienterna fick tillgång till polikliniska besök utan fasta besökstider. Interventionen resulterade i färre sjukhusvistelser. Patienterna kände sig även mer kapabla att handskas med sitt tillstånd, däremot ökade inte nöjdheten med de flexibla polikliniska läkarbesöken signifikant. I intervjuer med patienter framkom att patienter kunde uppleva en marginalisering av oro och behov av mer information, bland annat fanns det olika definitioner vad ett skov var och vad det betydde för fortsatt behandling. Patientens egen värdering av sina symtom beaktades inte alltid. Patienter som haft sin sjukdom länge kände sin kropp och hade lärt sig av misstag, men egna experiment med egenvård diskuterades inte. Det fanns en inkongruens mellan lekmannens bedömning och professionens (31).

VÅRDGIVAREN SOM PERSON

Olsson et al (22) visade i sin forskning att sjuksköterskans roll i ett rehabiliteringsteam kan beskrivas innehålla sex funktioner; analys/bedömning/utvärdering, emotionellt stöd och involvera familjen, koordination och kommunikation, teknisk och fysisk omvårdnad och att föra processen framåt (22).

I en studie från Danmark (32) analyserades inspelade samtal mellan sjuksköterska och patient med Grounded theory som metod, ankomstsamtal och utskrivningssamtal gjordes, inspelade diskussioner som sjuksköterskan hade med någon kollega, läkare eller dietist om någon av hennes patienter som hon kände att hon måste ha för att bedöma patientens situation. Dessa inspelade samtal lyssnades igenom innan djupintervjuer med patienterna 3 och 6 månader efter vårdtiden (32). Resultatet visade att kommunikation är svårt, svårigheten ligger i att se personens situation och sjuksköterskan applicerade sin egen generella kunskap baserad på forskning och erfarenhet istället för situationen här och nu. Effektiva samtal var svåra att få till därför att personerna i kommunikationen cirkulerade omkring mer eller mindre vaga problem. Invitationer till att diskutera problem, rädslor och bekymmer var ofta ofokuserade så ämnet skilde sig åt från vad som var intentionen i samtalet. De flesta aktiviteter var främst sjukdomsorienterade och centrerade på patientens symptom, samt på resultat av tester och behandling, istället för att ha en livsorienterad inställning och fokusera på den speciella patientens reaktion på diabetes i det dagliga livet. Patienterna upplevde att de sågs som en sjukdomsfall snarare än en människa. Många sjuksköterskor medgav att de hade misslyckats med att gå från ett sjukdomsorienterat perspektiv till ett livsorienterat perspektiv fast de insåg att det var nödvändigt för att se patienten som människa och inte ett sjukdomsfall. Forskarna fann ett gap mellan två uppenbarligen konfliktande ideologier, dels patientcentrerad vård och dels evidens baserad vård. De få gånger meningsfull och effektiv problemlösning uppnåddes var när personspecifik kunskap genom samarbete användes (32).

Sjuksköterskans strategier för att optimera patientdelaktighet i omvårdnad efterforskades i en studie från Sverige (33) genom intervjuer med sexton sjuksköterskor i fyra fokusgrupper.

Deltagarna arbetade inom somatisk sjukhusvård i västra Sverige. Intervjuerna koncentrerades på informanternas erfarenheter hur man som sjuksköterska kan stödja och stimulera patienters delaktighet i omvårdnaden. Undersökningens resultat sammanfattades i kategorisystem, tre kategorier hittades, Det första var att bygga ett nära samarbete som baserades på sjuksköterskornas kommentarer om att etablera ett samarbete med patienten som en värderad medarbetare vilket var baserat på tydliga förväntningar och roller genom att skapa förtroende, visa respekt och mod samt skapa engagemang. Den andra kategorin var att Lära känna personen och uppnåddes genom att fokusera på att lyssna genom en total och odelad uppmärksamhet på personens historia här och nu. Den sista kategorin som framkom var att Förstärka egenvårdskapaciteten och som sjuksköterskorna använde sig av för att stödja patienten genom att finna vägar att identifiera patientens egna resurser och styrkor genom att använda sig av avsiktliga strategier som bygger på att generera ansvar, fokusera på mål, utmana och uppmuntra (33).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Studien bygger på fjorton vetenskapliga artiklar som blev granskade efter institutionens checklistor (19). Alla artiklar är hämtade från PubMed. Sökningarna gjordes under tolv olika tillfällen under hösten 2009. En medveten sökning var att hitta artiklar skrivna efter år 2000 för att vara aktuella, äldre artiklar skrivna innan år 2000 valdes bort direkt. Alla artiklar var skrivna på engelska. De utvalda artiklarna är publicerade mellan år 2003 – 2009. Det fanns vissa svårigheter att hitta artiklar om patient-centrerad vård ur ett omvårdnadsperspektiv som inte var teoretiska ramverk eller reviews. Fokus i min artikelsökning var interventionsstudier och vård av äldre och kronisk sjukdom, en av artiklarna handlade om kroniska tarmsjukdomar där åldersspannet låg mellan 30->50 år det kan bedömas tveksamt att ta med den, men den innehöll viktiga aspekter om hur patienter med kroniska sjukdomar upplevde sin situation och är samstämmig med de resultat som återkommer i studier om äldre med hjärtsvikt (12). Artiklarna som ingår litteraturstudien är från Sverige, Danmark, USA, England och Australien Artiklarna som efter granskning, valdes ut behandlar olika vårdformer såsom akutsjukvård, rehabilitering och öppenvård. Etiskt tillstånd redovisas i åtta av artiklarna.

En svårighet att leta artiklar till arbetet har varit att patientcentrerad vård är ett stort och komplext begrepp och att definitionen varierar under vilken kontext man diskuterar begreppet, eller också har mina sökord inte varit tillräckligt precisa, det kan innebära att material kan ha missats som behandlar ämnet. Artiklarna som slutligen valdes ut delades först in i olika teman och placerades sedan i kategorier utifrån Bower's metaanalys (16). Samtliga artiklar ingick i mer än en kategori och det gjorde att det fanns vissa svårigheter att placera dem i den kategori som belyste resultatet tydligast.

Tabell 4 Redovisning av valda artiklar

Referens	Bio-psykosocialt perspektiv	Patient som person	Delad makt och ansvar	Den terapeutiska alliansen	Vårdgivaren som person	Kvalitativ	Kvantitativ	Review
20								X
21	X		X	X			X	
22	X	X		X	X		X	
23	X	X	X	X	X	X	X	
24	X	X	X			X		
25			X	X			X	
26	X	X	X		X	X		
27		X	X	X	X	X		
28	X			X			X	
29	X		X	X			X	
30	X		X	X	X	X		
31			X	X	X	X		
32	X	X	X	X	X	X		
33				X	X	X		

Fem av artiklarna var kvantitativa (21,22,25,28,29) och tre av dem har stora populationer i sina undersökningar (21,28,29), en artikel har både kvalitativa och kvantitativa mätmetoder(23). Resterande sju artiklar bygger på kvalitativa metoder (24,26,27,30 - 33).

Artikelsökningen har gett mig en fördjupad inblick hur stort och komplext ämnet patientcentrerad vård är. Nackdelen med att skriva själv har varit att inte kunnat diskutera och reflektera i ämnet med någon annan, materialet tolkades enbart av mig vilket kan vara en nackdel för resultatet.

RESULTATDISKUSSION

Patientcentrerad vård är ett svårfångat och komplext begrepp. Definition av patientcentrerad vård kan tolkas som oklar och upplevs inte alla gånger som enhetlig. Forskning som behandlar patientcentrerad vård har främst gjorts inom medicinsk vetenskap och av läkare, t.ex. allmänläkare och inom familjevård. Få interventionsstudier är gjorda inom omvårdnadsforskning med patientens perspektiv.

Mead & Bower´s (16) fem dimensioner går in i och väver samman varandra och är beroende av varandra. Bio-psykosocialt perspektiv och patient som person med människans historia som den berättas av henne själv, som i sin tur påverkar delad makt och ansvar och den terapeutiska alliansen. Det är viktigt att vårdgivaren som person har ett salutogent perspektiv på omvårdnaden, med fokus på den enskilda människans personlighet, livshistoria och aktuell situation (14). För att sjuksköterskan ska kunna ge patientcentrerad omvårdnad av god kvalitet måste ansvaret belysas, det är också en organisatorisk fråga, förutsättningar behöver skapas på flera nivåer (18). Hos den enskilda sjuksköterskan förutsätts ett personligt intresse, engagemang och kunskap (33).

Resultaten kan delas in i kommunikation, delat beslutsfattande och patientundervisning då dessa är ständigt återkommande och mer eller mindre frekvent använda begrepp i de granskade artiklarna (20 - 33). Personcentrerad vård förbättrar kommunikationen,

gynnar/stöder patientens involvering i vården, det finns även potential att skapa positiv relation med vårdgivaren och resulterar i ökad följsamhet med behandlingsplanen (20).

Forskning har identifierat patienternas prioriteringar för vad bra vård är, exempel på detta är ömsesidig respekt, personalens förmåga att vara tillmötesgående/hövlighet, kompetens, effektivitet, involvera patienten i beslut, tillräckligt med tid, tillgänglighet, information, och utforska patientens behov och kommunikation (1,7,8, 20 - 32).

Det finns svårigheter att ändra traditionella mönster, historiskt sätt har patient - vårdgivare relationen varit kontrollerande eller paternalistiskt av naturen. Fokus i hälso- och sjukvården har flyttats från ett paternalistiskt sätt till ett mer inbjudande förfaringssätt som involverar patienten till att delta i beslut och egenvård. Patientcentrerad vård har sina rötter i ett holistiskt synsätt som skiljer sig från traditionellt sjukdomsorienterad modell (20). Studierna (31,32) redovisar svårigheter för vårdpersonal att växla från ett kontrollerande sjukdomsinriktat perspektiv till ett mer livsorienterande där patienternas egna strategier och kunskaper tas tillvara.

Kommunikation

Sjuksköterskan kan genom att använda sig av en omfattande ankomstintervju identifiera patientens rehabiliteringspotential och förebygga eller lindra problem och också urskilja individen bakom sjukdomen (22). Omfattande bedömning av en äldre persons hälsostatus innefattar också funktionell status, mental status och välbefinnande, det blir en startpunkt både för framtida planering och resultatkriterier i omvårdnadsprocessen (22). Rehabilitering kan beskrivas som ett lagarbete där flera professioner i ett multiprofessionellt team arbetar tillsammans med patienten och det är viktigt att sjuksköterskan kan arbeta effektivt i teamet (22). I studien från en neurologisk rehabiliteringsavdelning (25) rapporterades att rehabiliteringen blev mer målinriktad när en grundlig intervju lade grunden för patientens egna mål och önsknings, målen blev mer centrerade kring aktiviteter i det dagliga livet (25).

Genom att etablera ett samarbete och se patienten som en samarbetspartner på ett jämställt plan skapas en arbetsallians, det var en av strategierna som sjuksköterskor använde sig av visade en studie från Sverige (33). Sjuksköterskornas attityd var att inget kunde tas för givet, genom att utforska patienten som person och dennes hälsoproblem fick de värdefull information. De fokuserade på att lyssna, både på ord, intonationer, kroppsspråk men även outtalade problem noterades (33). Sjuksköterskorna i denna studie var alla erfarna och arbetade på vårdavdelningar med uttalad vårdfilosofi och hade deltagit i systematisk klinisk grupphandledning vilket kan ha bidragit till deras reflektioner.

Att lyfta ett problem genom att uttryckligen ange det och komma överens med patienten att det verkligen var ett problem var viktigt, eftersom det blev föremål för ömsesidigt situationsmedvetande och en anledning till diskussion mellan patient och sjuksköterska (32). Något som de äldre patienterna värderade högt var att sjuksköterskan tar sig tid att kommunicera med familj och vänner det framkom i studien om äldre som var akut sjuka (23). Resultaten överensstämmer väl med vad som Socialstyrelsen i Nationella indikatorer för God vård beskriver att patient-fokuserad vård skall innehålla ”Kommunikationen skall vara en integrerad del av all vård och behandling” (1). I socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska(4) beskrivs att en del av sjuksköterskans ansvarsområde är bemötande, information och undervisning och att det är viktigt att sjuksköterskan har förmåga

att kommunicera med patient, närstående, personal och andra på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt (4).

Utgångspunkten i studien ”The Care Transition Intervention” (28 - 30) var att kommunikation och samarbete mellan professioner vid vård av äldre som behöver vård från fler vårdgivare var något som behövde förbättras. I en förstudie med fokusgrupper identifierades fyra domäner som angelägna att förbättra, Information om utskrivningen, förbereda patient och vårdgivare inför utskrivningen, egenvårds information och stärka patienten till att våga hävda sina behov och se sina möjligheter. Bristande samverkan och samarbete är en patientsäkerhetsrisk och behöver förbättras vilket också Socialstyrelsen skriver i God Vård och i Socialstyrelsens författning om samverkan vid in och ut skrivning av patienter i slutenvård (1,34).

Delat beslutsfattande

I flera av artiklarna belystes det att kunskap och information var förutsättningen för att patienterna skulle kunna få delad makt och ansvar (21,24,25,27,31). Olika modeller för att nå dit har använts i interventionsstudier: självhjälpsgrupper, patientgrupper, egenvårdsjournaler och dagböcker (21,24,28,31).

Att ha kunskap och tillåtelse ändra sin medicinering själv efter en framförhandlad plan när symtomen förändrades var något som uppskattades av de flesta patienter i studien om kroniska tarmsjuka och innebär ett delat beslutsfattande (31). De flesta ville ha en öppen och likställd relation till sjukvårdspersonal och kunde identifiera en positiv förändring i attityden hos sjukvården som sammanföll med den patientcentrerade interventionen.

Kunskap/Patientundervisning

Kunskap skapar en trygghet och självförtroende och hjälper patienten att klara sin egenvård (23,24,27). Genom att få kunskap nog för att kunna väga olika behandlingsalternativ mot varandra kände sig patienterna mer delaktiga i sin egen vård (24,27). Det gav dem en mer jämlik ställning som både patienter och vårdpersonal uppskattade (24). Det fanns även en stor efterfrågan efter kunskap både hos patienterna och också hos deras anhöriga som många gånger hade huvudansvaret för vården i hemmet. Kontakt med andra i liknande situation gav både patienter och anhöriga större självförtroende att börja prata om problem och hur de kunde lösas. Undervisning som omvårdnadsåtgärd inorporerad i den dagliga vården gav bättre kunskaper och nöjdare patienter (23). Undervisningen fokuserades på medicineringen och hur den skulle skötas efter vårdtiden på sjukhus. I denna studie (23) ville forskarna genom metoden deltagande aktionsforskning utveckla ett förändringsarbete för att omvårdnaden skulle bli mer patientcentrerat, en fråga som man kan ställa sig är varför de valde de två områdena som de gjorde när det i förstudien identifierade förbättringsområdet som rankades högst bland patienterna var; hjälp att få behålla eller återfå normal elimination, Det andra området de valde ut i studien var information och undervisning om medicineringen och hur den skulle skötas hemma, det är viktigt att informationen och undervisningen även skulle involvera patientens anhöriga, det är ofta en anhörig till den äldre patienten som hjälper till eller har hela ansvaret för vården och det dagliga livet hemma i bostaden.

KONKLUSION

Sjuksköterskans roll i patientcentrerad vård kan beskrivas som:

- En grundlig ankomstintervju som identifierar den enskilda individens specifika behov, förutsättningar, resurser och förväntningar.
- Ett helhetstänkande, salutogent perspektiv på omvårdnaden, med fokus på den enskilda människans personlighet, livshistoria och aktuell situation och kontext som innefattar personens hela situation och kontext
- Inbjuda patienten till ett aktivt deltagande i sin egen vård, vården skall planeras och genomföras i samråd med patienten, att planera tillsammans med patienten gör att han/hon känner sig placerad i ett meningsfullt sammanhang.
- Information och undervisning.
- En bra kommunikation med patient, familj och andra vårdgivare.

Det är få interventionsstudier om patientcentrerad vård gjorda inom omvårdnad, framför allt inom akutsjukvården. Mer och fler studier behövs och framtida forskning skulle kunna ta reda på vad och hur god patientcentrerad omvårdnad utförs och vad den betyder för patienterna i det dagliga livet. Det är viktigt att synliggöra omvårdnadens betydelse för en god och säker vård. Vad kostar det att inte ha god omvårdnad?

Det är viktigt att sjuksköterskan har den kunskap och kompetens som krävs för att kunna bedriva patientcentrerad vård, ett förslag till möjlig väg skulle vara att öka spetskompetensen inom omvårdnad med specialistutbildade sjuksköterskor med kunskaper om bl.a. teamsamverkan och förbättringskunskap för kvalitetsutveckling för att garantera säker vård och finna bra former för utbildning på grund och specialistnivå för att stärka sjuksköterskors förmåga till kommunikation genom bra samtals och reflektionsmodeller och ge bra kunskaper inom informations och kommunikationsteknologi.

REFERENSER

1. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet I hälso och sjukvården. Stockholm; 2006
2. Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
3. Hälso och sjukvårdslagen. Författningshandbok; SFS 1982:763
4. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf [Tillgänglig 2009-12-21]
5. SFS 1998:1656 Lagen om patientnämndverksamhet.
<http://www.riksdagen.se/Webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:1656> [Tillgänglig 2009-12-21]
6. ”Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande” läget efter lagändringarna 1 januari 1999.
http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10582/2003-103-5_20031035.pdf [Tillgänglig 2009-10-16]
7. International Alliance of Patient’s Organisations.
<http://www.patientsorganizations.org/showarticle.pl?id=20;n=310> [Tillgänglig 2009-11-30]
8. Svensk översättning av IAPO deklARATION angående patientcentrerad vård
<http://www.patientsorganizations.org/attach.pl/809/486/IAPO%20Deklaration.pdf>
[Tillgänglig 2009-10-07]
9. Wolf D, Lehman L, Quintlin R, Rosenzweig M, Friede S, Zullo T, Hoffman L. Can Nurses Impact Patient Outcomes Using a Patient-Centered Care Model? J Nurs Adm 2008; 12: 532-40
10. Nationella indikatorer för God vård
Socialstyrelsens hemsida www.socialstyrelsen.se artikel nr 2990-11-5 [Tillgänglig 2009-11-12]
11. Eide H, Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation, Relationsetik, samarbete och konfliktlösning. Lund: Studentlitteratur; 2009.
12. Ekman I, Cleland JGF, Andersson B, Swedberg K. Exploring symptoms in chronic heart failure. Eur J Heart Fail 2005; 7:699-703.
13. Klang Söderkvist B.(red.) Patientundervisning. Lund: Studentlitteratur; 2008.
14. Benner P, Wrubel J. The Primacy of Caring. Stress and Coping in Health and Illness. Menlo Park, CA: Addison-Wesley; 1989.

15. Kirkevold M. Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering. Lund: Studentlitteratur; 2000
16. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000; 51:1087-110.
17. Nyberg R. Skriv vetenskapliga uppsatser och avhandlingar med stöd av IT och Internet. Lund: Studentlitteratur; 2000.
18. Friberg F. Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten. Lund: Studentlitteratur; 2006.
19. Checklista för kvalitativa och kvantitativa artiklar och checklista för systematiska litteraturstudier utformade av Institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Sahlgrenska akademien vid Göteborgs universitet.
20. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20: 600-07.
21. Battersby M, Harvey P, Mills PD, Kalucy E, Pols RG, Frith PA, Mc Donald P, Esterman A, Tsourtos G, Donato R, Pearce R, McGowan C. SA HealthPlus: A Controlled Trial of a Statewide Application of a Generic Model of Chronic Illness Care. *Milbank Q* 2007; 85(1): 37-67.
22. Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I. Effect of nursing intervention within an integrated care pathway for patients with hip fracture, *J Adv Nurs* 2007;58(2):116-25.
23. Glasson J, Chang E, Chenoweth L, Hancock K, Hall T, Hill-Murray F, Collier L. Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward. *J Clin Nurs* 2006; 15: 588-98.
24. Fuller F, Harvey P, Misan G. Is client-centered care planning for chronic disease sustainable? Experience from rural South Australia. *Health Soc Care Community* 2004; 12(4): 318-26.
25. Holliday CH, Cano S, Freeman JA, Playford ED. Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal setting in a rehabilitation unit. *Neurol Neurosurg Psychiatry* 2007; 78:576-80.
26. Shulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, McCorkle R, Bogardus ST. Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Educ Couns* 2006; 63(1-2): 145-51.
27. Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scand J Caring Sci* 2007; 21: 313-20.

28. Parry C, Coleman EA, Smith JD, Frank J, Kramer AM. The Care Transitions Intervention: A Patient-Centered Approach to Ensuring Effective Transfers Between Sites of Geriatric Care. *Home Health Care Serv Q* 2003; 22(3): 1-15.
29. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S-J. The Care Transitions Intervention: Results of a Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med* 2006; 166: 1822 – 828.
30. Parry C, Kramer HM, Coleman E. A Qualitative Exploration of a Patient-Centered Coaching Intervention to Improve Care Transitions in Chronically Ill Older Adults. *Home Health Care Serv Q* 2006; 25(3/4): 39 – 53.
31. Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A. Uncovering the Limits of Patient-Centeredness: Implementing a Self-Management Trial for Chronic Illness. *Qual Health Res* 2005; 15: 224-39.
32. Zoffman V, Harder I, Kirkevold M. A Person-Centered Communication and Reflection Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care. *Qual Health Res* 2008; 18(5):670-85
33. Sahlsten MJM, Larsson IE, Sjöström B, Plos KAE. Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci* 2009; 23: 490-97.
34. Socialstyrelsens författningssamling: SOSFS 2005:27 Samverkan vid in och utskrivning av patienter i slutenvård.

BILAGA 1

ARTIKEL PRESENTATION

Referensnummer: 20
Författare: Robinson JH, Callister JC, Barry JA, Dearing KA
Titel: Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes
Tidskrift: Journal of the American Academy of Nurse Practitioners
2008;20:600-607
År: 2008
Land: USA
Syfte: Identifiera fundamentala karaktäristika av Patient-centrerad vård för att klargöra definitioner, föreslå metoder att mätning av Patientcentrering och rekommendera effektiva arbetssätt.
Metod: Review, litteraturstudier.
Urval: Studier som handlade om kroniska sjukdomar, vuxna över 18 år, från USA och England publicerade på engelska.
Antal referenser: 50

Referensnummer: 21
Författare: Battersby M, Harvey P, Mills D.P, Kalucy E, Pols R.G, Frith P.A, Mc Donald P, Esterman A, Tsourtos G, Donato R, Pearce R, Mc Gowan C
Titel: SA HealthPlus: A Controlled Trial of a Statewide Application of a Generic Modell of Chronic Illness Care.
Tidskrift: The Millbank Quartely 2007; 85(1):37-67
År: 2007
Land: Australien
Syfte: Testa om koordinerad vård kan förbättra hälsoläget för kroniskt sjuka inom ramen för vad vanlig vård kostar.
Metod: Interventionsstudie, en av nio nationellt koordinerade studier.
Urval: 3115 patienter i interventionen, 1488 patienter i kontrollgrupp. Studien är en del i ett nationellt program. Randomiserade till intervention eller kontrollgrupp i ratio 2:1.
Antal referenser: 46

Referensnummer: 22
Författare: Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I.
Titel: Effects of nursing intervention within an integrated care pathway for patients with hip fracture
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing 2007; 58(2):116-125
År: 2007
Land: Sverige
Syfte: Evaluera sjuksköterskans roll i en integrerad vårdväg för patienter med höftfraktur.
Metod: Kvantitativ. En kvasiexperimenterad prospektiv studie jämför en interventionsgrupp med en kontrollgrupp.
Urval: Konsekutivt urval, 56 patienter i vardera gruppen.
Antal referenser: 37

Referensnummer: 23
Författare: Glasson J, Chang E, Chenoweth L, Hancock K, Hall T, Hill-Murray F, Collier L.
Titel: Evaluation of a model of nursing care for older patients using participatory action research in an acute medical ward
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing 2006; 15:588-598.
År: 2006
Land: Australien
Syfte: Förbättra kvaliteten på omvårdnaden för äldre patienter på en akut medicinavdelning genom att utveckla implementera och evaluera en ny omvårdnadsmodell genom ”using a participatory action research modell”.
Metod: Kvalitativ och kvantitativ triangulerad studie. Participatory action research metod. För att kunna införa en evidensbas för att utveckla en omvårdnadsmodell baserad på Orems egenvårdsteori.
Urval: 2 grupper, en pre-modell grupp med 41 patienter och en modellgrupp med 60 patienter. Konsekutivt urval.
Antal referenser: 37

Referensnummer: 24
Författare: Fuller F, Harvey P, Misan G.
Titel: Is client-centered care planning for chronic disease sustainable? Experience from rural South Australia.
Tidskrift: Health and Social Care in the Community 2004; 12(4): 318-326
År: 2004
Land: Australien
Syfte: Att utveckla ett egenvårdsprojekt/program för kroniskt sjuka för en hållbar/bärkraftig klient-centrerad planering av vården under rådande organisation och budget.
Metod: Kvalitativ, semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper
Urval: 5 intressegrupper med informanter från patienter, vårdpersonal, hälso och sjukvårdens leverantörer, patientföreningar och projektanställda.
Antal referenser: 28

Referensnummer: 25
Författare: Holliday RC, Cano S, Freeman JA, Playford ED
Titel: "Should patients participate in clinical decision making? An optimised balance block design controlled study of goal settings in a rehabilitation unit
Tidskrift: Journal Neurol Neurosurg Psychiatry 2007;78:576-580
År: 2007
Land: England
Syfte: Att mäta/utvärdera patienternas uppfattning av relevansen till att sätta upp mål och deras autonomi i den processen. Antal mål, typ och resultat av målen och funktionsnivån.
Metod: Kvantitativ. En AB optimerad balanserad block design. Interventionsstudie.
Urval: 201 patienter på en neurologisk rehabiliteringsavdelning.
Antal referenser: 22

Referensnummer: 26
Författare: Schulman-Green DJ, Naik AD, Bradley EH, Mc Corkle R, Bogaudus ST.
Titel: Goal settings as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients.
Tidskrift: Patient Education and Counselling 2006; 63:145-151
År: 2006
Land: USA
Syfte: Äldre vuxna är inte lika benägna som andra grupper till att delta vid kliniska beslut. Att förbättra/fördjupa delaktigheten för äldre vuxna vid kontakter med hälso och sjukvården, söktes förståelse för hur de tänker och diskuterar livs och hälsomål.
Metod: Kvalitativ metod, fokusgrupper diskuterade med semi-strukturerade intervjuguider som grund.
Urval: 42 patienter, 6 läkare, 5 sjuksköterskor
Antal referenser: 29

Referensnummer: 27
Författare: Larsson IE, Sahlsten MJM, Sjöström B, Lindecrona CSC, Plos K AE.
Titel: Patient participation in nursing care from a patient perspective a Grounded Theory study.
Tidskrift: Scandinavia Journal of Caring Sciences 2007; 21: 313-320
År: 2008
Land: Sverige
Syfte: Undersöka betydelsen av patientdelaktighet i omvårdnad från ett patientperspektiv.
Metod: Kvalitativ Grounded Theory intervjuer med fokusgrupper.
Urval: 26 patienter 18män och 8 kvinnor som vårdades eller hade vårdats på somatiska vårdavdelningar på sjukhus i västra Sverige.
Antal referenser: 50

Referensnummer: 28
Författare: Parry P, Coleman EA, Smith JD, Frank J, Kramer AM.
Titel: The Care Transitions Intervention: A Patient-Centered Approach to Ensuring Effective Transfers Between Sites of Geriatric Care
Tidskrift: The journal of community Care, Home Health Care Services Quarterly 2003; 22(3):1-15
År: 2003
Land: USA
Syfte: Att tillmötesgå behoven för patienter som behöver fortsatt vård och uppföljning efter en sjukhusinläggning, en patientcentrerad, interdisciplinär intervention med syfte att få kontinuitet i vården när fler vårdgivare är inblandade.
Metod: Förstudie med 6 fokusgrupper. Randomiserad kontrollerad studie.
Urval: 1400 patienter i 2 nationella sjukvårdssystem som vardera har hand om 55000 respektive 5000 geriatriska patienter. De deltagande sjukvårdssystemen var valda för att visa att interventionen kan implementeras i olika organisationer, i olika finansiella strukturer.
Antal referenser: 14

Referensnummer: 29
Författare: Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min S-J.
Titel: The Care Transition Intervention: Results of Randomized Controlled Trial
Tidskrift: Archives of Internal Medicine 2006; 166: 1822 – 182
År: 2006
Land: USA
Syfte: Att tillmötesgå behoven för patienter som behöver fortsatt vård och uppföljning efter en sjukhusinläggning, en patientcentrerad interdisciplinär intervention med syfte att få kontinuitet i vården när fler vårdgivare är inblandade.
Metod: Randomiserad kontrollerad studie
Urval: Studien är en del i en större studie som innefattar patienter i 2 olika nationella sjukvårdssystem som tillsammans har hand om mer än 60000 äldre patienter >65 år. 750 patienter ingår i denna studiedel.
Antal referenser: 41

Referensnummer 30
Författare: Parry C, Kramer HM, Coleman C.
Titel: A Qualitative Exploration of Patient-Centered Coaching Interventions in Chronically Ill Older Adults
Tidskrift: Home Health Care Services Quarterly; 25(3/4): 39 -53
År: 2006
Land: USA
Syfte: Att utforska patienternas upplevelse av interventionerna i en studie vars syfte var att tillmötesgå behoven för patienter som behöver fortsatt vård och uppföljning efter en sjukhusinläggning, en patientcentrerad interdisciplinär intervention med syfte att få kontinuitet i vården när fler vårdgivare är inblandade.
Metod: Kvalitativ intervjustudie med öppna frågor, semistrukturerat format.
Urval: 32 patienter 14 män och 18 kvinnor valdes avsiktligt ut för att få en relativt lika fördelning mellan kön och diagnoser.
Antal referenser: 17

Referensnummer: 31
Författare: Rogers A, Kennedy A, Nelson E, Robinson A.
Titel: Uncovering the Limits of Patient-Centeredness: Implementing a Self-Management Trial for Chronic Illness
Tidskrift: Qualitative Health Research 2005; 15: 224-238
År: 2005
Land: England
Syfte: Att stärka patienternas möjlighet till att delta i beslut hur deras sjukdom, kronisk inflammatorisk tarmsjukdom, skulle skötas.
Metod: Kvalitativ, djupintervjuer med patienter och läkare. Randomiserad kontrollerad studie. Interventionsstudie.
Urval: 28 patienter och deras behandlande läkare.
Antal referenser: 37

Referensnummer: 32
Författare: Zoffman V, Harder I, Kirkevold M
Titel: A person-centered Communication and Reflecting Model: Sharing Decision-Making in Chronic Care
Tidskrift: Qualitative Health Research 2008; 18: 670-685
År: 2008
Land: Danmark
Syfte: Utveckla en teori som visar hur patient-vårdgivare kommunikation och reflektion i det avancerade fältet av diabetes vård kan eller inte kan leda till framgång genom att använda ”sharing decision-making”.
Metod: Grounded theory, kvalitativ.
Urval: Konsekutivt, 11 patienter och 8 sjuksköterskor på en vanlig vårdavdelning och en dagvårdsavdelning, inspelade samtal mellan sjuksköterska och patient: ankomstsamtal och utskrivningssamtal och en inspelad diskussion mellan sjuksköterskan och någon annan sjuksköterska läkare eller dietist. Djupintervjuer 3 och 6 mån efter utskrivning med patienterna.
Antal referenser: 48

Referensnummer: 33
Författare: Sahlsten MJM, Larsson I, Sjöström B, Plos K AE.
Titel: Nurses strategies for optimising patient participation in nursing care.
Tidskrift: Scandinavia Journal of Caring Sciences 2009; 23: 490-497
År: 2009
Land: Sverige
Syfte: Utforska sjuksköterskors strategier stimulera och optimera patient delaktighet i omvårdnad.
Metod: Kvalitativ, innehållsanalys.
Urval: 16 legitimerade sjuksköterskor som arbetade inom somatisk vård från tre sjukhus i västra Sverige
Antal referenser: 49