



Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa

PATIENTENS FÖRVÄNTNINGAR PÅ OCH UPPLEVELSER AV MÖTET MED SJUKSKÖTERSKAN I PRIMÄRVÅRD

– EN LITTERATURSTUDIE –

LISELOTTE S BERGSTRÖM
BIRGITTA WARNQUIST

Examensarbete på kandidatnivå
I vårdvetenskap 15 hp
VO1301 HT 08 LP 1
Mars 2009

Examinator Ania Willman
Handledare Amina Jama
Blekinge Tekniska Högskola
Sektionen för hälsa
371 79 Karlskrona

PATIENTENS FÖRVÄNTNINGAR PÅ OCH UPPLEVELSER AV MÖTET MED SJUKSKÖTERSKAN I PRIMÄRVÅRD

– EN LITTERATURSTUDIE –

LISELOTTE S BERGSTRÖM
BIRGITTA WARNQUIST

S Bergström L & Warnquist B. Patientens förväntningar på och upplevelser av mötet med sjuksköterskan i primärvård. En litteraturstudie. *Examensarbete i vårdvetenskap 15 högskolepoäng.*

Blekinge Tekniska Högskola: Sektionen för hälsa, 2009

Sammanfattning

Ett besök i primärvården är oftast den första kontakten med sjukvården för de flesta patienter. Hur patienten blir bemött av sjuksköterskan präglar vårdrelationen. Rätt bemötande leder ofta till ökat förtroende för sjuksköterskan och gagnar den fortsatta vården. Syftet med studien var att beskriva patienternas förväntningar på och upplevelser av mötet med sjuksköterskan i samband med besök i primärvården. Litteraturstudien genomfördes med kvalitativa och kvantitativa studier. En innehållsanalys utfördes. Resultatet av litteraturstudien visade att patientens förväntning på ett bra möte innebar, god tillgänglighet, bra möte och att de blev bekräftade av sjuksköterskan. Patienterna upplevde mötena bekväma. De upplevde även en trygghet i relationen och kände förtroende för sjuksköterskans kompetens vid mötena. För att patienterna ska uppleva bra bemötande och känna sig bekräftade krävs det att sjuksköterskan visar respekt och integritet, har god förmåga att lyssna och visa empati.

Nyckelord: Bemötande, förväntningar, kommunikation, möte, tillgänglighet och upplevelser.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
BAKGRUND	5
Bemötande och kommunikation... ..	6
Teoretisk referensram.....	7
Definitioner	8
SYFTE	9
METOD	9
Urval	9
Analys	10
RESULTAT	11
Patientens förväntningar på mötet med sjuksköterskan.....	12
<i>God tillgänglighet</i>	12
<i>Bra möte</i>	13
<i>Bekräftelse</i>	14
Patientens upplevelser av mötet med sjuksköterskan.....	15
<i>Bekväma mötet</i>	15
<i>Sjuksköterskans kompetens</i>	16
<i>Trygghet i relationen mellan patienten och sjuksköterskan</i>	17
DISKUSSION	18
Metoddiskussion.....	18
Resultatdiskussion.....	20
Slutsats.....	23
REFERENSER	25
BILAGEFÖRTECKNING	28

”Kvalitet i omvårdnad både börjar och slutar med enskilda sjuksköterskors kompetens, hur de bemöter vårdtagaren och hur vårdarbetet genomförs. Att kritiskt reflektera över den egna verksamheten är ett av de viktigaste kännetecknen på kvalitetsutveckling ”(Svensk sjuksköterskeförening, 2008)

INLEDNING

Primärvården är porten till hälso- och sjukvården, hit vänder sig de flesta människor någon gång under sin livstid med olika besvär från skoskav till hjärtbesvär. Åldern på patienterna varierar från nyfödda till hundraåringar, detta medför att det ställs stora krav på sjuksköterskans flexibilitet vid mötet med patienterna. Antal besök till sjuksköterskan ökar vilket kan medföra att besökstiden för varje enskild patient kan komma att bli kortare. Detta kan medföra att en del av dessa möten inte blir som varken patienten eller sjuksköterskan förväntat sig. Många gånger handlar det om brister i bemötandet eller i kommunikationen. Enligt egna erfarenhet vet vi att den första kontakten har stor betydelse för förtroendet för den fortsatta vården. Därför är det viktigt att som sjuksköterska reflektera över vilka förväntningar patienten har inför besöket och vilka faktorer som kan inverka på patientens upplevelse av mötet med sjuksköterskan i primärvården. Med denna litteraturstudie vill vi beskriva patientens förväntningar på och upplevelse av mötet med sjuksköterskan inom primärvården. Detta för att få studier har genomförts inom detta område.

BAKGRUND

Primärvård är den första nivån av kontakt för de flesta vårdsökande och för många vårdsökande innebär det en kontakt med sjuksköterskan. Primärvården tillhandahåller hälsoutbildning, miljö- sanering, vaccinationer, förebyggande näringslära, barnhälsovårdsprogram, familjeplanering och lämpliga behandlingar av sjukdomar. Primärvården varierar från olika länder beroende på dess behov och resurser (Modeste & Tamayose, 2004). I Sverige har primärvården sina rötter i det gamla statliga provinsialläkarväsendet från 1600- talet. Idag har primärvården ansvar för hälsotillståndet hos befolkningen i ett geografiskt avgränsat område, så kallat *primärvårdsområde* (Nationalencyklopedin). Ansvarsområdet för primärvården tydliggörs i Hälso- och Sjukvårdslagen 1982: 763 5 §

”Primärvården skall som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.”

Vårdbehovet ökar med stigande ålder. Andelen äldre personer över 65 år har ökat med fyra procent sedan 70- talet (Folkhälsorapport, 2007). Hög och ökande belastningen inom primärvården gör att det kan vara svårt att leva upp till Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt Hälso- och Sjukvårdslagens mål i 2a§ skall vården ges till alla människor med respekt och alla ska behandlas med lika värde. Ett krav som ställs på vården är att patientens behov av trygghet skall tillgodoses. Vidare finner man i kap 2 § 1 i SFS (1998:531) ”att patienten ska visas omtanke och respekt”. Med hänsyn till detta kan det bli svårt för sjuksköterskan att nå målen i HSL när besöken ökar i antal och tiden för mötet blir kortare. Då är det viktigt att sjuksköterskan har förståelse och tar reda på patientens förväntningar inför det korta mötet.

Bemötande och kommunikation

Bemötande handlar om vårdpersonalens förhållningssätt till patienten. Rätt bemötande och god kunskap i verbal och icke- verbal kommunikation är ett viktigt arbetsredskap i mötet med patienten. Ibland fungerar inte kommunikationen utan kan tolkas fel och leda till missförstånd. Bemötandet omfattar även vårdpersonalens människosyn och deras förhållningssätt till kulturer, religioner, sociala grupper, sexualitet och kön. Om patienten inte upplever att detta sker kan det leda till otrygghet och att vårdrelationen försvåras eller skadas. Tonfallet som används är också en viktig del av bemötandet, likaså respekt, engagemang, värme och äkthet (Fossum, 2007). I det korta mötet är det aktiva lyssnandet en viktig del av kommunikationen. För att sjuksköterskan ska kunna fånga upp och förstå patientens tankar, mentala bilder och känslor är det viktigt att känna till patientens förväntningar inför mötet (d'Eila, 2004).

Sjuksköterskan arbetar efter etiska regler som grundades redan på Hippokrates tid (ca 460-370 f Kr). Göra gott, arbeta för patientens bästa, inte skada, inte styras av egen vinning eller egna behov, utnyttja sin ställning samt att arbeta under tystnadsplikt (Andersson, 2007). Detta är några av de regler som idag återfinns i ICN's kod för sjuksköterskor. Kodens fyra områden är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt lindra lidande. Vikten av att arbeta efter dessa grundläggande etiska värderingar inom sjukvården innebär bland annat respekt för patientens integritet och självuppfattning (Svensk sjuksköterskeförening, 2008). Genom att visa respekt och intresse för patienten som person, vara lyhörd och

uppmärksam leder till att patienten känner sig bekräftad och väl bemött (Jahren Kristoffersen, Nortvendt & Skaug, 2005). Om patienten upplever brister i bemötandet kan det medföra att vårdrelationen skadas. I Kvåles (2006) studie framkom vikten av att bli sedd och bemött som individ är förenat med god omsorg (Kvåle, 2006).

Fossum (2007) menar att förutsättningarna för att ett möte ska bli lyckat beror på både sjuksköterskan och patienten. I vården är det sjuksköterskan som genom sitt agerande ska vara professionell och har ansvaret för att samtalet fungerar på ett tillfredställande sätt. Detta kan ibland brista och leder då till att patienten kan känna sig illa bemött. Om detta sker kan patienten vända sig till förtroendenämnden. Förtroendenämndens uppgift är att vara brobyggare mellan allmänheten och sjukvården. Patienterna kan vända sig till förtroendenämnden om de anser att det finns brister i vården. Bristerna i vården är ett växande problem. Antalet anmälningar till förtroendenämnderna i Sverige ökar, många av anmälningarna handlar om brister i förtroendet och att patienter upplever att bemötandet inte har blivit som förväntat. Målen i HSL uppfylls inte alltid och detta redovisas i patientnämndernas årsberättelse. I den senaste "Patientnämndernas rapportering till Socialstyrelsens" 2003, visade att antalet anmälningar till patientnämnderna har ökat med 15 procent från år 2001 till år 2002 när det gäller brister i bemötande och kommunikation (Socialstyrelsen, SFS 1998:1656). Även i Blekinge har antalet anmälningar som gäller bristande bemötande och kommunikation ökat. Den senaste statistiken visar att antalet anmälningar ökat med 27 procent från år 2006 till år 2007. Anmälningarna ligger till grund för att förebygga brister i bemötande och kommunikation i vården (Förtroendenämnden Blekinge, 2007).

Teoretisk referensram

Ett sätt att underlätta mötet är att arbeta enligt Travelbees (1971) teori som handlar om mötet och att bygga upp en relation mellan patient och sjuksköterska i vården. Enligt Travelbee är interaktionen mellan sjuksköterska och patient en viktig del i omvårdnadsprocessen där sjuksköterskan systematiskt utforskar patientens behov ur ett patientperspektiv. Den professionella sjuksköterskan kännetecknas av förmågan att använda sig själv terapeutiskt, för att lindra eller reducera patientens lidande. Denna förmåga innebär att använda sin kunskap och personlighet för att möta patientens behov. För att känna sig delaktig i den erbjudna vården är det viktigt att

patienten blir sedd som en unik person och inte ”bara” som patient. Ett centralt begrepp i Travelbees omvårdnadsteori är empati och dess tyngdpunkt är de mellanmännsliga dimensionerna inom omvårdnaden. Travelbee menar att för att uppnå en mellan- männslig relation genomgås fem interaktionsfaser; *Det första mötet*: sjuksköterskan och patienten är främmande för varandra. I den här fasen är det viktigt att sjuksköterskan ser patienten inte bara som en patient utan också som en individ, för att kunna gå vidare i relationen. *Framväxt av identitet*: i den här fasen etableras och fördjupas kontakten mellan sjuksköterska och patient och de upplever varandra som individer. *Empati*: är en process mellan två eller flera personer. Sjuksköterskan har empati när hon kan uppfatta patientens tankar och känslor. Detta skapar en större förståelse för patienten som individ och individerna upplever en närhet till varandra. För att känna empati krävs en viss erfarenhet, saknas den bör sjuksköterskan vara extra lyhörd. *Sympati*: är en önskan om att lindra lidande, en äkta medkänsla kan medföra att lidandet lindras genom att patienten upplever att han inte är ensam med sin börda. *Ömsesidig förståelse och kontakt*: i den sista fasen i den mellanmännsliga relationen har en kontakt och förståelse uppstått. Den ömsesidiga förståelsen har byggts upp genom de tidigare faserna i relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Travelbee anser vidare att för att förstå vad som händer i samspelet mellan sjuk-sköterska och patient, måste sjuksköterskan förstå vad omvårdnad är och hur den bör vara. Viktiga begrepp inom teorin är kommunikation, lidande, männsliga relationer, mening och människan som individ. Hur patienten tillgodogör sig omvårdnaden beror till stor del på kvaliteten på relationen mellan patienten och sjuksköterskan. Travelbees teori bygger på en existencialistisk åskådning, har en individualistisk människosyn och sätter den enskilda individen i centrum. Kommunikation är en målinriktad process och ett av sjuksköterskans viktigaste verktyg för att skapa mellanmännsliga relationer. Bristen på engagemang från sjuksköterskan kan leda till att patientens behov inte blir tillfredsställda (Travelbee, 1971).

Definition

I denna litteraturstudie används begreppet *bemöta* för att beskriva hur vi betar oss och vårt förhållningssätt mot varandra. *Mötet* avser den fysiska träffen mellan sjuksköterska och patient. Begreppet *kommunikation* innefattar samtalet och bemötandet (Fossum, 2007) *Patient* betyder den lidande (Svenska Akademiens ordbok). Patientbegreppet kan betecknas som en person som befinner sig i någon

kontakt med vård systemet, såväl öppen som sluten vård. (Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud & Fagerberg 2003).

Ökad belastning inom primärvården och ökad medellivslängd hos befolkningen kan leda till ökat antal besök. Detta kan medföra att mötet blir kortare med den enskilda patienten. Risken för att mötet inte blir som förväntat ökar därmed också. Ett dåligt bemötande från sjuksköterskan kan leda till en försämrad vårdrelation. Det är angeläget att lyfta fram patientens synpunkter för att förbättra bemötandet i primärvården.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienternas förväntningar på och upplevelser av mötet med sjuksköterskan i samband med besök i primärvården.

Frågeställningar som ska besvaras:

- Vilka förväntningar har patienter på mötet med sjuksköterskan i primärvården?
- Vilka upplevelser har patienter på mötet med sjuksköterskan i primärvården?

METOD

Metoden som användes var en litteraturstudie med syfte att granska och sammanställa ett urval av tidigare dokumenterad kunskap (Forsberg & Wengström, 2003).

Litteraturstudien har gjorts utifrån en manifest ansats och fokuserat på det uppenbara.

Urval

De databaser som användes var CINAHL, MedLine, SveMed+ och ELIN.

Sökningarna i SveMed+ gjordes med svenska sökord. Fritextsökning har använts i samtliga databaser samtidigt användes MeSH-termer i Medline och ”subject heading list” i CINAHL för att hitta relevanta artiklar som överrensstämde med litteraturstudiens syfte. Sökorden som användes var: *primary health care, nurse patient-relations, patient satisfaction och communication*. Eftersom antalet träffar blev lågt, utökades sökorden med: *experience, patient experience, outpatient, first*

contact care och *patient expectations*. Sökorden kombinerades med hjälp av Booleska sökoperatorm >AND< så att de mest relevanta artiklarna identifierades (se bilaga 1). Limits sattes med *peer reviewed*, *research article* och *engelska* i CINAHL. I Medline användes *Journal Article* och *engelska* som limits.

Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle beskriva mötet mellan patient och sjuksköterska och handla om patienter över 16 år. Artiklarna skulle vara på engelska eller svenska och publicerade de senaste fem åren (Forsberg & Wengström, 2008). Artiklarna skulle vara omvårdnadsrelaterade, etiskt godkända och vetenskapligt granskade samt skrivna utifrån patientens upplevelse av bemötandet. Exklusionskriterier var artiklar som handlade om barn under 16 år, annat språk än engelska eller svenska och artiklar som var äldre än fem år gamla. Tillvägagångssätt och resultat av sökningar presenteras i bilaga 1. När antalet träffar betraktades som hanterbart, ca 100 stycken eller färre, lästes titlarna. När titeln väckt intresse och inklusionskriterierna fanns, lästes abstrakten, totalt cirka 50 stycken. Av dessa togs 20 artiklar ut i fulltext och fem artiklar beställdes via BTH:s bibliotek. Databassökningarna skedde mellan 2009-01-13 och 2009-02-02. Sökningar har även skett manuellt i *Vård i Norden* i årgångarna 2003 till 2009.

Analys

Åtta artiklar som uppfyllde syftet valdes ut gemensamt. Artiklarna granskades med utgångspunkt från Forsberg och Wengströms (2008) granskningsmallar för kvalitetsgranskning.

Av de åtta studierna var det fem studier som granskades enligt checklista för artiklar med kvalitativ metod (bilaga 2) och tre artiklar granskades enligt checklista för artiklar med kvantitativ metod (bilaga 3). Bedömningen gjordes med antal ”ja” och ”nej” svar. Frågorna i den kvalitativa checklistan kunde besvaras med sju ton ”ja” och ett ”nej”. ”Ja” gav 1 poäng och ”nej” 0 poäng, förutom i en fråga där ”nej” gav 1 poäng och ja 0 poäng. De övriga frågorna som besvarades med text kontrollerades att syfte, metod, urval, beskrivning på undersökningsgruppen, vilken metod för datainsamling som använts och om begrepp, tema och kategorier var presenterade. Dessa data gav inga poäng. Enligt den kvantitativa checklistan kunde frågorna besvaras med tretton ”ja”. Även i denna checklista kontrollerades att syfte, inklusions- och exklusionskriterier, urvalsmetod, undersökningsgruppens storlek,

mätmetod fanns med. Dessa data gav inga poäng. Antalet poäng delades med antalet frågor. Över 80 procent var högt, 70-79 procent medel och 60- 69 procent var lågt (Willman & Stoltz, 2002). Kvalitetsgranskningen gjordes oberoende av varandra. Varje artikel som ingår i litteraturstudiens resultat presenteras i en artikelmatris (bilaga 4)

Artiklarna bearbetades enligt Graneheim och Lundmans modell (2004) för manifest innehållsanalys.

Steg 1. Artiklarna kopierades i två upplagor och de med kvalitativ metod lästes igen oberoende av varandra för att få en helhetsförståelse och meningsbärande enheter som motsvarade syftet markerades med penna.

Steg 2. Meningsbärande enheter jämfördes och översattes tillsammans (bilaga 5).

Steg 3. De meningsbärande enheterna kondenserades utan att ändra innebörden.

Steg 4. Framträdande enheter som formulerades till subkategorier.

Steg 5. Subkategorier sammanfördes till kategorier (Graneheim & Lundman, 2004).

Sex kategorier identifierades utifrån frågställningarna: god tillgänglighet, bra möte, bekräftelse, bekväma möten, sjuksköterskans kompetens och trygghet i relationen.

De kvantitativa artiklarna lästes för att studera likheter och skillnader i resultatet (Friberg, 2006). De likheter och skillnader som identifierades och överresstämde med de kvalitativa artiklarna skrevs upp på whiteboard och sammanställdes. Fyra kategorier identifierades i analysen av de kvantitativa artiklarna. Dessa redovisas i resultatet tillsammans med analysen för de kvalitativa artiklarna. Kategorierna som identifierades var följande: god tillgänglighet, bra möte, bekväma möten och trygghet i relationen.

RESULTAT

Åtta artiklar ansågs ha tillräckligt hög kvalitet för att vara med i litteraturstudien. Analysen av artiklarnas beskrivning av patienternas förväntningar och upplevelser mynnade ut i sex kategorier; god tillgänglighet, bra möte, bekräftelse, bekväma möten, sjuksköterskans kompetens och trygghet i relationen. Tiden visade sig vara av stor betydelse i alla kategorier men togs inte med som en enskild kategori eftersom tiden finns med genom hela resultatet. Nedan presenteras de två

frågeställningarna med tillhörande kategorier. Varje kategori illustreras med ett eller flera citat för att tydliggöra resultatet.

Patienters förväntningar på mötet med sjuksköterskan i primärvården

Resultatet visade att patienterna hade förväntningar inför mötet med sjuksköterskan. Det framkom att förväntningarna var god tillgänglighet (*tillgänglighet, tid* och *kontinuitet*), bra möte (*information* och *kunskap*) och bekräftelse (*sedd, lyssnad på* och *förtroende*).

God tillgänglighet

Kategori god tillgänglighet består av subkategorierna *tillgänglighet, tid* och *kontinuitet*. De flesta patienterna förväntade sig en bra *tillgänglighet* och ett lätt bokningssystem. I flera av studierna framkom det att patienterna tyckte att *tillgängligheten* var hög och att det inte var några svårigheter att boka ett besök till sjuksköterskan (Edwall, m.fl. 2008; Lloyd-Williams m.fl., 2005; Williams & Jones, 2006). Detta tydliggörs av en av patienterna i Lloyd-Williams m fl. (2005) studie, som beskriver hur enkelt det var att boka en tid till sjuksköterskan.

“It was useful and nice, friendly and nice, and I always feel that it’s available on request, conveniently and quickly” (Lloyd-Williams m fl. 2005 sid. 43)

Patienterna i Pascoe, Neil, Bedford och McMMain (2007) studie ansåg också att det var lätt att boka en *tid*. Patienterna tyckte att deras förväntningar infriades, det var enkelt att boka *tid* och besöken skedde på utsatt tid med sjuksköterskan de hade bokat. Däremot i Carrasco, Caire och Stockins, (2003) studie var 75 procent av patienterna missnöjda på grund av en upplevd svårighet att boka en *tid* för ett besök samt att väntetiden var för lång till behandlingen. I flera studier infriades patienterna förväntningar om att de skulle få tillräckligt med *tid* att ta upp problem samt uttrycka sina behov av omvårdnad på den inbokade tiden hos sjuksköterskan (Arthur & Clifford, 2004; Laurant m fl. 2008; Lloyd-Williams m fl. 2005; Redsell, Jackson, Stokes, Hastings och Baker, 2007). I Williams och Jones (2006) studie kom det fram att patienterna uppskattade den *tid* som var avsatt för mötet med sjuksköterskan. Många patienter hade förväntningar att det skulle finnas *tid* för dem att diskutera, inte enbart deras sjukdom och dess symtom, utan även deras sociala situation och hur sjukdomen påverkade familjen, arbetet och relationerna med

omgivningen. En av patienterna i Redsell m fl. (2007) studie tyckte att sjuksköterskan avsatte tillräckligt med *tid* för honom och att han fick den förväntade informationen om vad som skulle hända under besöket.

”She went into a lot more detail than I thought she was going to... I expected to be in and out in sort of a minute rather than, I think it took about ten or 12 minutes...”(Redsell m fl. 2007 sid. 8)

I Arthur och Cliffords (2004) studie förväntade sig patienterna att få gå till samma sjuksköterska vid sina behandlingstillfällen. Patienternas uppskattning tydliggjordes i uttryck som “it was nice to see the same nurse” eller “you get to know them”(sid.239) Flertalet patienter tyckte att en förutsättning för den fortsatta vården var *kontinuitet*. En av anledningarna till patienternas förväntning att träffa samma sjuksköterska varje gång var att inte behöva upprepa sin sjukdomshistoria vid varje möte (Williams & Jones, 2006). Edwall m fl. (2008) fann i sin studie nödvändigheten av regelbundna kontakter för att patienten skulle utveckla en säkerhet i sin sjukdom samt känna trygghet i egenvården. En annan viktig faktor för *kontinuiteten* var att bygga upp en relation med förtroende och respekt mellan sjuksköterska och patient.

Bra möte

Kategori bra möte består av subkategorierna *information* och *kunskap*. I flera studier framkom det att patienten hade en önskan om att få *information* och *kunskap*. Patienterna hade förväntningar innan mötet att den tid som var avsatt för dem skulle räcka till rådgivning och *information*, de uppskattade att sjuksköterskan hade tid att förklara varför de hade fått medicin utskriven och hur kroppen skulle reagera på den (Arthur & Clifford, 2004; Lloyd-Williams m fl. 2005).

“She´s very, very obliging in that way; you can ask her anything and she talks back in a way you understand “(Lloyd-Williams m fl 2005 sid. 42)

“... she told me about the beta-blocker. She said you may not feel too well for about 6 weeks with taking these but after that; there’ll be a marvelous improvement”
(Lloyd-Williams m fl 2005 sid. 44)

I Laurants m fl. (2008) studie framkom det att patienterna föredrog att få råd från sjuksköterskan framför läkaren vad det gällde sin sjukdom och hur de skulle hantera sin vardag. Patienterna förväntade sig att få hälsoförebyggande råd och *information* under sitt samtal med sjuksköterskan. En del patienter kände sig dessutom tryggare av att få råd av samma sjuksköterska vid samtliga besök (Williams & Jones, 2006). Patienterna i Lloyd-Williams m fl. (2005) studie förväntade sig inte bara den rådgivning sjuksköterskan gav dem om deras sjukdom, utan uppskattade även *information* om kost, alkohol, motion, vikt och vaccinationer. *Informationen* och råden underlättade deras vardagsliv och stärkte självständigheten, vilket ledde till att patienterna lättare kunde hantera sin sjukdom.

“I think I’m a bit more cautious in respect of what I should be doing, what I should be eating and taking, and I definitely ought to have more exercise. Even if you’re not doing it properly, you’re making more effort” (Lloyd-Williams m fl. 2005, sid. 43)

Bekräftelse

Kategori bekräftelser består av subkategori *bli sedd*, *lyssnad på* och *förtroende*. Många patienter hade en förväntan att bli bekräftad som individer, detta innebar enligt Edwall m.fl. (2008) att som patient *bli sedd* som en unik person och bli ihågkommen av sjuksköterskan. Patienterna förväntade sig att sjuksköterskan skulle ha en förmåga att *lyssna på* dem vilket var en viktig faktor för det fortsatta *förtroendet* mellan sjuksköterska och patient.

“We chat generally, a nice conversation, without any lecturing...I am very pleased with it. If I have any small questions or problems, I can take them up with the DNS and we resolve them together. Every time I have been there and had this discussion, it gives me a little kick. It confirms that things are just as good as I think they are” (Edwall m fl 2008 sid. 776)

Förväntningarna att bli ihågkommen och bli tillfrågad bekräftades i Arthur och Cliffords (2004) studie. Vidare upplevde patienterna att de hade en bra relation och kände sig bekräftade av sjuksköterskan. Dessutom hade patienterna ett stort *förtroende* för sjuksköterskan eftersom de upplevde att de kände henne (Lloyd-Williams m fl. 2005). Flertalet patienter i Arthur och Cliffords (2004) studie

betonade betydelsen av att sjuksköterskans förmåga att visa empati genom att vara artig, vänlig, tillmötesgående, ha en positiv attityd till patienten och visa förståelse för deras situation. Många patienter förväntade sig dessutom att sjuksköterskan tog sig tid och möjlighet att *lyssna på* dem (Arthur & Clifford 2004; Lloyd-Williams m fl. 2005; Redsell m fl. 2007).

Patienters upplevelser av mötet med sjuksköterskan i primärvården

Tre kategorier framkom i resultatet. Den första handlade om det bekväma mötet som innebar att patienterna upplevde sig avslappnade och otvungna i sjuksköterskans sällskap (*bekväma*). Den andra kategorin var upplevelsen av sjuksköterskans kompetens (*kunskap*) och den tredje kategorin tog upp upplevelser av trygghet i relationen mellan patienten och sjuksköterskan (*omtanke, kommunikation och stöd*).

Bekväma mötet

Kategorin bekväma mötet består av subkategorin *bekväma*. I flera studier framkom det att övervägande delen av patienterna upplevde att det var lätt att prata med sjuksköterskan och mötena upplevdes *bekväma* och otvungna (Arthur & Clifford, 2004; Lloyd-Williams m fl. 2005; Pascoe m. fl., 2007).

"...the atmosphere is very friendly, and anyway, my wife and I know them well, so it's always good-humoured and very pleasant" (Lloyd-Williams m fl 2005 sid. 42)

Patienterna upplevde förtroende för sjuksköterskan på olika sätt i studierna. I Williams och Jones (2006) studie upplevde flertalet av patienterna en trygghet i samtalet med sjuksköterskan om sin livssituation. En del av patienterna upplevde att samtalen var okomplicerade och de kände sig *bekväma* under samtalet (Lloyd-Williams m fl. 2005). Flera patienter upplevde även att de fick möjlighet att prata med sjuksköterskan om sina psykiska besvär, vilket gjorde att patienterna kände sig lättade och mådde bättre efter sitt besök. Patienterna uppfattade sjuksköterskan som en fantastisk resurs enligt William och Jones (2006). De upplevde att hon kunde sätta sig in i deras situation, ha en förståelse för vad de gick igenom och att hon inte jäktade dem. Sjuksköterskan lät dem beskriva sina känslomässiga behov och gav dem tid för eftertanke och genom detta upplevdes hon mer mänsklig, mer normal.

En patient beskrev sin besvikelse, han kände sig misstrodd av läkaren som trodde att han ljög om sina symtom för att slippa jobba, för sjuksköterskan på följande sätt:

“...I was trying to skive off work, which couldn't have been further than the truth, because I missed the company. It was just that I'd wake up some days and I just couldn't face it – couldn't face anything really. But when I started seeing her (nurse practitioner), she made me feel it's perfectly OK to feel the way I do” (William & Jones 2006 sid. 191)

Sjuksköterskans kompetens

Kategorin sjuksköterskans kompetens består av subkategorin *sjuksköterskans kunskap*. Flera patienter kände stort förtroende för *sjuksköterskans kunskap*, råd, information och hennes kompetens att skriva ut medicin (Redsell m fl. 2007).

“I feel that the cream that she gave me has done the trick. The doctor couldn't have done any better in my opinion” (Redsell m fl. 2007 sid. 8)

En fördel som patienterna upplevde med sjuksköterskan framför läkaren var att sjuksköterskan hade tid och *kunskap* att diskutera olika alternativ till medicinska behandlingar, exempelvis hälsoförebyggande samtal (Williams & Jones, 2006). I Edwall m fl. (2008) studie upplevde patienterna att de kände sig trovärdiga i mötet med sjuksköterskan och att de kunde diskutera sin sjukdom, sina symtom och att de fick hjälp att uppdatera sin kunskap, fick råd och kunde diskutera sina problem med sjuksköterskan och därigenom öka sitt välbefinnande.

Någon patient uttryckte att de kände att sjuksköterskan hade hög kvalitet i sin information och rådgivning samt hjälpte till att sortera information. Vidare var patienterna tillfredsställda med de råd och den information de fick av sjuksköterskan. De tyckte att det var viktigt att få prata om ”mjukvara” i deras omvårdnad (Williams & Jones, 2006).

“She's an absolute mine of information and I mean good quality information. I mean, I can look out there on the Internet, but there's such a lot of rubbish out there- you really could waste a lot of your own time. So she's my kind of”filter” (Williams & Jones, 2006 sid.192)

“...she is good, too, with all sorts of... lifestyle tips... I come away knowing that I've dealt with everything that needs dealing with and that my time hasn't been wasted. So yes, it's the quality, really, that I notice” (Williams & Jones, 2006 sid.192)

Trygghet i relationen mellan patienten och sjuksköterskan

Kategorin Trygghet i relationen mellan patienten och sjuksköterskan består av subkategorierna *omtanke*, *kommunikation* och *stöd*. Patienterna uppskattade den uppmärksamhet, omsorg och behandling de fick. Det gjorde att de kände sig nöjda med sjuksköterskans omsorg (Carrasco m fl. 2003). En tredjedel av patienterna i Laurants m fl. (2008) studie föredrog att konsultera sjuksköterskan framför läkaren för sina emotionella behov, eftersom de upplevde att sjuksköterskan visade *omtanke* om deras problem i det dagliga livet. Ju mer patienterna lärde känna sin sjuksköterska ju mer föredrog de att gå till henne. Flertalet patienter upplevde att de hade en bra relation och en *bra kommunikation* med sjuksköterskan (Laurants m fl. 2008).

God *kommunikation* mellan patient och sjuksköterska genererade mindre känsla av övergivenhet, vilket ledde till att patienten upplevde en frihetskänsla (Edwall m fl.2008). Ökad information, tillgänglighet och kontinuerligt *stöd* från sjuksköterskan medförde att patienterna upplevde mindre oro och att självförtroendet ökade. Detta genererade att patienterna kände sig trygga i sin sjukdom och lättare klarade av vardagssituationerna.

“If you have problems... do I dare to do this or that... because this or that will happen... she may say that I can come down and we can talk about it instead... and it's easier when we meet...” (Edwall m fl.2008 sid. 777)

Sammanfattningsvis framkom det vilka förväntningar patienternas hade på mötet, framkom det i resultatet att de hade förväntningar inför mötet på god tillgänglighet, att mötet skulle innehålla information och de hade en önskan om att bli bekräftade som individer av sjuksköterskan. I frågeställningen om hur de upplevde mötena framkom att mötena upplevdes bekväma, att sjuksköterskan hade en hög kompetens samt att patienterna upplevde en trygghet i relationen.

DISKUSSION

Diskussionen delas upp under två rubriker för att ge en tydligare läsbarhet; metoddiskussion och resultatdiskussion.

Metoddiskussion

Valet av metod för uppsatsen föll på en litteraturstudie vars fördel är att redan insamlad kunskap analyseras och bearbetas till ny kunskap. För att få fram lämpliga MeSH-termer och för att söka på rätt sätt, togs hjälp av en bibliotekarie. Valet av databaser föll på Medline, CINAHL, ELIN och Swemed+ då dessa är omvårdnadsrelaterade (Forsberg & Wengström, 2008). Trots hjälp från bibliotekarie och relevanta databaser var det var svårigheter att få fram relevanta artiklar som motsvarade syftet. Sökningarna kombinerades med >AND<, hade sökningarna kompletteras med >OR< kunde det möjligen ha resulterat i ett bredare resultat. Möjligen hade kanske trunkering* ha använts i fritextsökningen för att få fram fler artiklar (Forsberg & Wengström, 2008). Resultaten av sökningarna i CINAHL och Medline gav många dubletter vilket skulle kunna tolkas att databaserna har liknande innehåll. Kanske skulle en utökning av sökningen i andra databaser möjligen ha gett annat resultat. Dubbletterna har räknats som lästa abstrakt varje gång men endast räknats en gång som använd artikel. Dessa är markerade som dubletter i bilaga 1. En del artiklar fick beställas genom biblioteket, tyvärr fanns inte alla tillgängliga. Möjligen hade dessa artiklar kunnat generera ett annat resultat. Manuella sökningar i *Vård i Norden* gav inga resultat som motsvarade syftet.

En av svagheter i litteraturstudien kan vara att artiklarna är på engelska och eftersom det inte är vårt modersmål, kan det vara en del osäkerhet i översättningen. En annan svaghet kan vara att urvalet är för snävt dvs. att artiklarna skulle vara högst fem år gamla, vilket kan ha påverkat resultatet (Forsberg & Wengström, 2008).

Inga avgränsningar angående kvalitativ/kvantitativ forskningsansats hade gjorts i databassökningen, vilket resulterade i tre kvantitativa och fem kvalitativa studier som inkluderades i litteraturstudien. Möjligen skulle en begränsning på kvalitativa artiklar eventuellt varit lämpligare på grund av vissa svårigheter att redovisa ett gemensamt resultat på ett tydligt sätt. Samtidigt kan vara en fördel att en

litteraturstudie innehåller både kvalitativa och kvantitativa studier. Detta för att ökar förståelsen och att kunna studera problemet ur olika perspektiv (Graneskär & Höglund-Nielsen, 2008).

Svårigheten med litteraturstudien var att hitta studier som motsvarade syftet. Under arbetets gång upptäcktes att patienternas upplevelser av bemötandet ofta var förknippade med förväntningar. Detta ledde till att syftet utökades till att även innefatta patientens förväntningar på mötet.

Endast tre av de analyserade studierna tar enbart upp patient- och sjuksköterskerelationen. De övriga fem har även läkare eller annan vårdpersonal med i studierna, då inkluderades bara de delar som innefattade patient-sjuksköterskerelationen. Detta kan ha medfört felaktiga slutsatser i resultatet eftersom helheten inte kommer fram. I de kvantitativa studierna är frågorna ställda om både sjuksköterskan och läkarens bemötande, men vi har valt att använda endast den del av studien som berör patientens förväntningar och upplevelser av sjuksköterskans bemötande. Detta kan ha påverkat resultatet på grund av att flera personalkategorier var involverade. Två av de kvantitativa studierna Laurants m fl. (2008) och Pascoe m fl. (2007), hade låg generaliserbarhet på grund av låg svarsfrekvens men bedömdes ha tillräcklig hög kvalitet för att inkluderas i föreliggande litteraturstudie eftersom bortfallsdiskussion fanns (Forsberg & Wengströms 2008)

Innehållsanalysen av de kvalitativa studierna har genomförts efter modell av Graneheim & Lundman (2004). Det var enkelt att följa beskrivningen av de fem stegen. Efter genomläsning av artiklarna var för sig upprepade gånger, togs meningsenheterna ut enskilt för att sedan jämföras och diskuteras så att en samstämmighet kunde uppnås. Målet var att meningsenheter skulle vara lagom stora, eftersom för stora meningsenheter kan vara svårt att hantera då de kan innehålla fler betydelser och det skulle ha inneburit en risk att innebörden kan gå förlorad. För små meningsenheter kan medföra att innehållet blir fragmenterat (Graneskär & Höglund-Nielsen, 2008). Eftersom att detta gjordes först enskilt och sedan kontrollerades tillsammans kan detta ha inneburit att trovärdigheten i litteraturstudien ökat. Tillsammans översattes meningsenheterna och kondenserades och de enheter som framträdde formulerades i koder. Även här råde

samstämmighet, vilket kanske kan förklaras med att förförståelsen var likartad. Utifrån koderna skapades subkategorier som sammanfördes till kategorier efter att samstämmighet uppnåts. Resultatet redovisas sedan under de kategorier som framkommit under analysprocessen. Om litteraturstudien gjorts av några andra, med annan förförståelse hade kanske andra subkategorier och kategorier utkristalliserats. I litteraturstudien har en manifest ansats använts, för att utgå från det skrivna och inte en latent ansats som innebär att tolka budskapet i textmassan (Graneheim & Lundman, 2004). Det var svårigheter att bara se till det manifesta budskapet på grund av förförståelsen. Detta kan ha inneburit att det även kan ha förekommit latent analys till viss del. Focus hölls på det manifesta budskapet. Resultatet utgår från de två frågeställningarna, vilket inte var självklart i början av processen, utan framträdde under arbetets gång och efter diskussioner. I de utvalda studierna är det både kvinnor och män samt i olika åldrar representerade, vilket ökar möjligheten att belysa området från olika håll. Detta borde öka giltigheten för litteraturstudien (Granskär & Höglund- Nielsen, 2008). Skulle litteraturstudien genomföras idag skulle nog resultatet bli något annorlunda, med ny förförståelse för analysarbetet och ny kunskap om patienternas förväntningar och upplevelser av bemötandet i primärvården

Resultatet bygger företrädesvis på nordeuropeiska studier. Primärvården är inte identisk organiserad i de olika länderna men det borde inte vara av betydelse hur primärvården är *organiserad* utan vi har valt att undersöka *hur* patienterna upplever sjuksköterskans bemötande i olika vårdssituationer.

Resultatdiskussion

I resultatet framkommer att patienten hade tydliga förväntningar på bemötande av sjuksköterskan i primärvården. Dessa förväntningar avgjorde ofta hur patienten sedan upplevde mötet med sjuksköterskan. De granskade studierna visade att patienterna överlag var nöjda med sjuksköterskans bemötande. De positiva upplevelserna tillskrevs i de flesta fall sjuksköterskans egenskaper som empati, sympati och professionell kunskap. Detta är förmågor som enligt Travelbee ska användas i terapeutiskt syfte av den professionella sjuksköterskan, för att lindra eller reducera patientens lidande. I de granskade studierna framkommer att tidsaspekten är av stor vikt för patienterna, både när det gäller förväntningar och hur de upplever bemötandet.

Förväntningarna på tillgängligheten innebar att kunna boka tid, få ”rätt” tid och till rätt sjuksköterska. Det är av stor vikt för patienterna att redan vid bokningstillfället kunna framföra sina förväntningar för att mötet skall bli bra och för att minimera missförstånd. Endast i Carrasco m fl. (2003) studie, som var gjord i Chile, blev det inte som patienterna förväntade sig, missnöjet var stort med att inte kunna boka tid. Skillnaden kan till viss del förklaras med att en tredjedel av deltagarna i studien var analfabeter, vilket kan medför en del svårigheter. Detta kan ha påverkat resultatet. Övriga studier var gjorda i Nordeuropa där analfabetism inte är lika utbrett. I två av de kvantitativa studierna (Laurent m fl., 2005; Pascoe m fl., 2007) var svarsfrekvensen låg vilket kan förklaras med att patienterna inte ville svara på enkäten på grund av rädsla för att svaren skulle påverka den fortsatta vården negativt. Detta kan ha påverkat resultatet i en falsk positiv riktning.

I resultatet framkommer det också att den förväntade besökstiden med sjuksköterskan är av stor betydelse för patienterna och deras upplevelser av mötet. Om besökstiden motsvarar förväntningarna så upplever patienten besöket mer positivt. Patientens förväntningar på kontinuitet tydliggörs i resultatet genom att rådgivning och information upplevs mer värdefullt om patienten träffar samma sjuksköterska vid varje tillfälle. Förtroendet och respekten för varandra ökar i samtalen och mötet blir mer givande (Kovero, 1999). Besökstiden behöver inte gå åt att berätta sin sjukdomshistoria på nytt, och därmed känner sig patienten mer bekräftad. Detta stämmer med Travelbees (1971) omvårdnadsteori där man i *första fasen* ser varandra som främmande individer för att senare fördjupa identiteten, vilket förutsätter kontinuitet i mötena. *Framväxt av identitet* är ett begrepp som Travelbee (1971) beskriver som att sjuksköterskan etablerar en närmare kontakt med patienten för att förstå dennes behov.

Det framkommer i vårt resultat att patienterna även vill ha hälsoförebyggande information och råd av sjuksköterskan. Patienterna föredrar att få information av sjuksköterskan framför läkaren eftersom de känner sig lugna och avslappnade. Om sjuksköterskan inte uppmärksammar patientens förväntningar och anpassar informationen till patienten, spelar det ingen roll hur mycket information som ges. Patienterna tar inte till sig informationen. Detta kan leda till att det blir fler besök och att det tar längre tid för patienten att ta till sig informationen och förstå hur den kan påverka deras hälsa. Stress är en annan faktor som påverkar patientens förmåga

att ta till sig information och råd (Kovero 1999). Även Travelbee (1971) påtalar vikten av att sjuksköterskan måste vara väl medveten och lyhörd för att möta patientens behov.

I resultatet visade det sig att patienterna förväntar sig att bli bekräftade av sjuksköterskan. Om patienterna inte upplever att sjuksköterskan lyssnar på deras bekymmer resulterade detta till att de känner sig ovärdigt behandlade, detta kan medför att vårdrelationen kan skadas (Eriksson, Chiappe & Sellström, 2003) Enligt d'Eila (2004) är det viktigt att lyssna och bekräfta patientens ord och handlingar med korta summeringar för att skapa en god kommunikation. Förmågan att lyssna är inte medfödd utan kräver underhåll för att utvecklas. Travelbee (1971) betonar också vikten av att patienten blir sedd som en unik individ för att skapa en bra relation. Vidare kommer sjuksköterskans *empatiska förmåga* fram genom att lyssna på patienten, förstå patientens behov lindra eller reducera patientens lidande genom sin kunskap, leda till att patienten känner sig bekräftad i mötet (Travelbee, 1971).

Det framkommer tydligt i resultatet att patienterna upplever sjuksköterskemötena som trygga, bekväma och otvungna. Om patienterna inte upplever att sjuksköterskan ger dem tid att prata, inte bara om sin sjukdom eller om andra bekymmer leder detta ofta till ett minskat förtroende för sjuksköterskan. För att patienten skall uppleva mötena som trygga bör patientens behov diskuteras. Det sociala småpratet kan leda till att patienterna upplever en ökad trygghet och mår bättre (Kvåle, 2006). Travelbee (1971) menar att sjuksköterskans förmåga att förstå patientens upplevelse av sin situation är en viktig förutsättning för den fortsatta relationen.

I resultatet framkommer att patienterna upplever att sjuksköterskans har en god kompetens och god kvalité på information och rådgivning. Patienter som upplever att de får råd och information på ett bra sätt är mer motiverade att ta sin medicin och ta den på rätt sätt. Patienter som blir behandlade med respekt i vården mår bättre och tar till sig behandling bättre (Hogan, 2000). Sjuksköterskans förmåga att lyssna, uppmärksamma och guida patienten att tänka i ett annat perspektiv är en förutsättning för en bra kommunikation och en fortsatt god relation (d'Eila, 2004). Om patienterna inte upplever en öppen och ärlig kommunikation kan det leda till att patienten inte vågar fråga eller ifrågasätta råd och behandling vilket kan leda till att

patientens självkänsla påverkas negativt (Kovero, 1999). För att stärka patientens självkänsla krävs att sjuksköterskan har avsatt tillräckligt med tid och är förberedd inför mötet. Det har även stor betydelse för patienten att sjuksköterskan är närvarande i mötet. Hennes förmåga att under samtalets gång ta del av patientens upplevelser av dennes situation och anknyta till patientens tankar för att se något positivt. Travelbee (1971) påtalar vikten av att sjuksköterskan har ett engagemang och använder sin kunskap för att skapa en god relation.

I resultatet framkommer det att patienterna upplever trygghet och tillit i relationen med sjuksköterskan. Patienterna uppskattar dessutom sjuksköterskans omsorg och värderar hennes kompetens högt. Sjuksköterskans yrkeserfarenhet leder ofta till att patienten får ett ökat förtroende och känner sig väl bemötta av sjuksköterskan (Kovero, 1999). Om patienten inte upplever förtroende bildas sprickor i vården. Brister i bemötandet leder ibland till att patienten känner sig kränkt och ifrågasatt, vilket kan skada förtroendet inte bara för sjuksköterskan utan även för hela sjukvården (SOU 1999:21). Travelbee (1971) menar att kvalitén på relationen mellan patient och sjuksköterska avgör hur patienten tillgodogör sig omvårdnaden och att kommunikationen är ett av sjuksköterskans viktigaste hjälpmedel för att bygga upp en *mellanmänsklig relation*.

Slutsats

Syftet med denna litteraturstudie var att beskriva patientens förväntningar på och upplevelser av mötet med sjuksköterskan i primärvården. Resultatet visar att det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar på patientens förväntningar inför mötet. För att patienterna ska uppleva ett bra bemötande och känna sig bekräftade krävs det att sjuksköterskan visar respekt och integritet och har god förmåga att lyssna. Tiden har i många fall en avgörande betydelse för hur patienten upplever bemötandet. Med tid avses inte bara längden på mötet utan kvaliteten på mötet är minst lika viktig samt att tiden ska vara anpassad efter patientens behov.

Denna litteraturstudie skulle kunna bidra till att sjuksköterskor och studenter får en ökad förståelse för bemötandets betydelse. Hur mötet mellan patient och sjuksköterska kan utvecklas behöver vi mer kunskap om. Litteraturstudien visar även att det finns ett utbildningsbehov i bemötande och kommunikation. För att kontrollera om förväntningarna på bemötandet uppfylls, kan vidare studier vara

aktuellt. Detta kan förslagsvis göras med frågeformulär som delas ut personligen efter besöket.

REFERENSER

Artiklarna som igår i resultatet är markerade med * i referenslistan

Andersson, P-O & Fossum, B (red) (2007) *Kommunikation- samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

*Arthur, V & Clifford, C (2003) Rheumatology: the expectations and preferences of patients for their follow-up monitoring care: a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 234-242.

Backman, J (1998) *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.

Bemötandeutredningen (SOU 1999:21) (Elektronisk version)

Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/26/14/9a4dd644.pdf> (2008-12-19)

*Carrasco, B, Caire, V & Stockins, B (2003) Evaluation of Senior Citizens' Satisfaction in Primary Health Centres as Assessment of the Academic Model. *Education for Health*, 16, 4-13.

Dahlberg, K, Segesten, K, Nyström, M, Suserud, B-O & Fagerberg, I (2003) *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

D'Eila, G.(2004). *Det kognitiva samtalet i vården*. Stockholm: Natur och Kultur.

*Edwall, L-L, Hellström, A-L, Öhrn, I & Danielsson, E (2008) The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, Mars, 17, 772-81.

Eriksson, U, Chiappe, I & Sellström, E (2003) Att vårdas på sjukhus. Vad är patienterna missnöjda med? *Vård i Norden*, 26(2), 36-39.

Folkhälsorapport, 2007 (Elektronisk version)

Tillgänglig:

<http://www.foklhalsoguiden.se/upload/folkh%C3%A4Isoarbte/Folkh%C3%A4Isorapport%202007.pdf> (2009-03-29)

Friberg, F (2006) *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C & Wengström, Y (2008) *Att göra Systematiska litteraturstudier*. Lund: Studentlitteratur.

Fossum, B (red) (2007) *Kommunikation- samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Förtroendenämnden Blekinge (2007). *Verksamhetsberättelse 2007*, Landstinget Blekinge.

Graneheim, U-H & Lundman, B (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Hogan, B (2000) Patient satisfaction: Expectations and experiences of nursing care. *Contemporary Nurse*, 9, 275-283.

ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Elektronisk Version)

Tillgänglig:

<http://www.swenurse.se/PageFiles/2582/SSF%20Etisk%20kod%20t%20webb2.pdf>
(2009-03-28)

Jahren Kristoffersen, N, Nortvedt, F & Skaug, E-A (2005) *Grundläggande omvårdnad del 1*. Danmark: Narajyana Press.

Kovero, C (1999) Den upplevda yrkesrollen och dess relation till bemötande av klient. *Vård i Norden*, 19, (2) 17-25

Kvåle, K (2006) Den omsorgsfulle sykepleier-slik pasienter ser det. *Vård i Norden*, 26,(1) 15-19.

*Laurant, M, Hermens, R, Braspenning, J, Akkermans, R, Sibbald, B & Grol, R (2008) An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2690-2698.

*Lloyd-Williams, F, Beaton, S, Goldstein, P, Mair, F, May, C & Capewell, S (2005) Patient's and nurses views of nurse-led heart failure clinics in general practice: A qualitative study. *Chronic Illness*, 1, 39-47.

Modeste, N & Tamayose, T (2004) *Dictionary of public health promotion and education*. San Francisco: Jossey-Bass

Nationalencyklopedin (Elektronisk Version)

Tillgänglig: <http://www.ne.se/lång/primärvård> (2009-02-24)

* Pascoe, S, Neil, R, Bedford, Y & McMain, S (2007) Initiation, choice and satisfaction of nursing appointments in general practice: a cross-sectional survey of patient and nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1068-1071.

*Redsell, S, Jackson, C, Stokes, T, Hastings, A & Baker, R (2007) Patient expectations of 'first-contact care' consultations with nurse and general practitioners in primary care. *Quality in Primary Care*, 15, 5-10.

SFS (1998:531) *Lag om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område*. Svensk författningssamling (Elektronisk version)
Tillgänglig: <http://www.riksdagen.se/webnav/index.aspx?nid=3911&bet=1998:531> (2009-03-28)

SFS, 1998:1 656. *Lag om patientnämndsverksamhet mm* (Elektronisk version)
Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/lag/19981656.htm> (2009-03-29)

Socialstyrelsen. *Patientnämndernas rapportering till socialstyrelsen* (Elektronisk version)
Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/329BAF50-F897-4709-A4F9-C5B72A126632/1129/20031319.pdf> (2009-03-26)

SOSFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslagen*. Svensk författningssamling (Elektronisk version)
Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm> (2008-12-13)

Svenska Akademiens ordbok
Tillgänglig: <http://g3.spraakdata.gu.se/saob> (2008-12-13)

Svensk sjuksköterskeförening: *Kvalitet*
Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Svensksjukskoterskeforening/Verksamhet/Kvalite/> (2008-12-20)

Travelbee, J (1971) *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: Davis Company.

*Williams, A & Jones, M (2006) Patient's assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor. *Journal of Advance*

Willman, A & Stoltz, P (2002) *Evidensbaserad omvårdnad- en bro mellan forskning och klinisk verksamhet Lund: Studentlitteratur.*

BILAGEFÖRTECKNING

Databassökning.....BILAGA 1

Tabell 1. Sökning i CINAHL

Tabell 2. Sökning i MEDLINE

Tabell 3. Sökning i ELIN

Tabell 4. Sökning i SveMed+

Checklista kvalitativa artiklar.....BILAGA 2

Checklista kvantitativa artiklar.....BILAGA 3

Artikelmatris.....BILAGA 4

Tabell 5:1 Artikelmatris

Tabell 5:2 Artikelmatris

Tabell 5:3 Artikelmatris

Tabell 5:4 Artikelmatris

Illustration över analysprocessen.....BILAGA 5

Tabell 6. Meningsbärande enheter

Bilaga 1:1

Tabell 1: Databassökning CINAHL

Nr	Databas/sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Kvalitetsgranskade och använda
1	Nurse- Patient Relations	2446	0		
2	Primary Health Care	4833	0		
3	Patient Satisfaction	8353	0		
4	Communication	4900	0		
5	"Experiences"	15511	0		
6	"Patient experiences	117	0		
7	"Patient expectations	109	0		
8	"First contact care"	6	5	1(3)*	
9	Outpatient	8980	0		
10	1 AND 2	43	0		
11	1 AND 3	192	0		
12	1 AND 4	333	0		
13	1 AND 5	459	0		
14	1 AND 6	9	4	1	
15	1 AND 7	4	4	2	
16	1 AND 8	0			
17	1 AND 9	103	10	0	
18	1 AND 2 AND 3	4	4	4	Artikel nr1, nr2 och nr3
19	1 AND 2 AND 4	6		0(2)*	
20	1 AND 2 AND 5	8	8	1(1)*	Artikel nr5
21	1 AND 2 AND 6	0			
22	1 AND 2 AND 7	0			
23	1 AND 2 AND 8	0			
24	1 AND 2 AND 9	7	2	0(1)*	
25	2 AND 3	353	0		
26	2 AND 3 AND 4	30	0		
27	2 AND 3 AND 5	29	0		
28	2 AND 3 AND 6	2	2	0	
29	2 AND 3 AND 7	6	5	3 (2)*	
30	2 AND 3 AND 8	2	2	0(2)*	

*Siffran i parantes är dubletter

Bilaga 1:2

Tabell 2: Databassökning MEDLINE

Nr	Databas/sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Kvalitetsgranskade och använda
1	Nurse patient relations	17652	0		
2	Primary Health Care	35611	0		
3	Patient satisfaction	36827	0		
4	Communication	140349	0		
5	Experience	53242	0		
6	Patient experience	393	0		
7	Patient expectations	592	0		
8	First contact care	33	0		
9	outpatient	54177	0		
10	1 AND 2	228	0		
11	1 AND 3	647	0		
12	1 AND 4	3089	0		
13	1 AND 5	976	0		
14	1 AND 6	16	4	1	
15	1 AND 7	9	2	0	
16	1 AND 8	1	0		
17	1 AND 9	145	0		
18	1 AND 2 AND 3	22	10	9	Artikel nr6, nr7 och nr8
19	1 AND 2 AND 4	62	4(1)*	0	
20	1 AND 2 AND 5	22	2	0	
21	1 AND 2 AND 6	0			
22	1 AND 2 AND 7	0			
23	1 AND 2 AND 8	0			
24	1 AND 2 AND 9	5	0		

*Siffran i parantes är dubletter

Bilaga 1:3

Tabell 3: Databassökning ELIN

Nr	Databas/sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Kvalitetsgranskade och använda
1	Nurse patient relations	21	0		
2	Primary health care	6074	0		
3	Patient satisfaction	4244	0		
4	Communication	198616	0		
5	2 OCH 3	189	19	3	Artikel nr4
6	2 OCH 3 OCH 4	18	9	1	

Bilaga 1:4*Tabell 4: Databassökning SveMed+*

Nr	Databas/sökord	Antal träffar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Kvalitetsgranskade och använda
1	Sjuksköterska patient relation	0			
2	Primärvård	1493	0		
3	Patient tillfredsställelse	0			
4	Kommunikation	1882	0		
5	Bemötande	34	10		
6	Vårdcentral	134	0		
7	5 AND 6	0			
8	1 AND 5	0			
9	1 AND 2	0			

Checklista för kvalitativa artiklar

Syftet med studien?

Vilken kvalitativ metod har använts?

Är designen av studien relevant för att besvara frågeställningen?

Ja Nej

A. Undersökningsgrupp

Är urvalskriterierna för undersökningsgruppen tydligt beskrivna?
(Inklusions- och exklusionskriterier ska vara beskrivna.)

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

Urval – finns det beskrivet var, när och hur undersökningsgruppen kontaktades?

Vilken urvalsmetod användes?

- strategiskt urval
- snöbollsurval
- teoretiskt urval
- ej angivet

Beskriv undersökningsgruppen (ålder, kön, social status samt annan relevant demografisk bakgrund).

Är undersökningsgruppen lämplig?

Ja Nej

B. Metod för datainsamling

Är fältarbetet tydligt beskrivet (var, vem och i vilket sammanhang datainsamlingen skedde)?

Ja Nej

Beskriv:

Beskrivs metoderna för datainsamling tydligt (vilken typ av frågor användes etc.)? Beskriv:

Ange datainsamlingsmetod:

- obstruerande intervjuer
- halvstrukturerade intervjuer
- fokusgrupper
- observationer
- video/bandinspelning
- skrivna texter och teckningar

Är data systematiskt samlade (finns intervjuguide/studieprotokoll?)

Ja Nej

C. Dataanalys

Hur är begrepp, teman och kategorier utvecklade och tolkade?

Ange om:

- teman är utvecklade som begrepp
- det finns episodiskt presenterade citat
- de individuella svaren är kategoriserade och bredden på kategorierna är beskrivna
- svaren är kodade

Resultatbeskrivning:

Är analys och tolkning av resultat diskuterade?

Ja Nej

Är resultaten trovärdiga? (källor bör anges)

Ja Nej

Är resultaten pålitliga (undersökningens och forskarens trovärdighet)?

Ja Nej

Finns stabilitet och överensstämmelse (är fenomenet konsekvent beskrivet)?

Ja Nej

Är resultaten återförda och diskuterade med undersökningsgruppen?

Ja Nej

Är de teorier och tolkningar som presenteras baserade på insamlade data (finns citat av originaldata, summering av data medtagna som bevis för gjorda tolkningar)?

Ja Nej

D. Utvärdering

Kan resultaten återkopplas till den ursprungliga forskningsfrågan?

Ja Nej

Stöder insamlade data forskarens resultat?

Ja Nej

Bilaga 2:3

Har resultaten klinisk relevans?

Ja Nej

Diskuteras metodologiska brister och risk för bias?

Ja Nej

Finns risk för bias?

Ja Nej

Vilken slutsats drar författaren?

Håller du med om slutsatserna?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

Ska artikeln inkluderas?

Ja Nej

Checklista för kvantitativa artiklar Kvasi- experimentella studier

A. Syftet med studien?

Är frågeställningarna tydligt beskrivna?

Ja Nej

Är designen lämplig utifrån syftet?

Ja Nej

B. Undersökningsgruppen

Vilka är inklusionskriterierna?

Vilka är exklusionskriterierna?

Vilken urvalsmetod användes?

- Randomiserat urval
- Obundet slumpmässigt urval
- Kvoturval
- Klusterurval
- Konsekutivt urval
- Urvalet är ej beskrivet

Är undersökningsgruppen representativ?

Ja Nej

Var genomfördes undersökningen?

Vilket antal deltagare inkluderades i undersökningen?

C. Mätmetoder

Vilka mätmetoder användes?

Var reliabiliteten beräknad?

Ja Nej

Var validiteten diskuterad?

Ja Nej

Bilaga 3:2

D. Analys

Var demografiska data liknande i jämförelsegrupperna?

Ja Nej

Om nej, vilka skillnader fanns?

Hur stort var bortfallet?

Fanns en bortfallsanalys?

Ja Nej

Var den statistiska analysen lämplig?

Ja Nej

Om nej, varför inte?

Vilka var huvudresultaten?

Erhölls signifikanta skillnader?

Ja Nej

Om ja, vilka variabler?

Vilka slutsatser drar författarna?

Instämmer du?

Ja Nej

E. Värdering

Kan resultatet generaliseras till annan population?

Ja Nej

Kan resultaten ha klinisk betydelse?

Ja Nej

Ska denna artikel inkluderas i litteraturstudien?

Ja Nej

Motivera varför eller varför inte!

Tabell 5:1 Artikelmatris

Författare, titel, år, land, tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Undersökningsgrupp	Resultat	Kvalitet
Arthur & Clifford (2003) Storbritannien <i>Journal of clinical nursing</i> 13: 234-242 Nr 1	"Rheumatology: the expectations and preferences of patients for their follow-up monitoring care: a qualitative study to determine the dimensions of patient satisfaction"	Patienters förväntningar och tillfredsställelse på mottagning av personal	Semi strukturerad intervju	2 mottagningar 10 patienter 22-68 år	Patienten hade behov av information, tid och kontinuitet	Bra
Carrasco , Caire & Stockins (2003) Chile <i>Education for Health</i> 16: 4-13 Nr 2	" Evolution of Senior Citizens´ Satisfaction in Primary Health Centres as Assessment of the Academic Model"	Undersöka de äldres tillfredsställelse med vården på vårdcentral och identifiera förbättringsfaktorer, för att förbättra utbildningen för vårdpersonal	Kvantitativ, randomiserad frågeformulär	300 personer över 65 år. 75 % kvinnor och 25 % män.	75 % var nöjda eller mycket nöjda med den vård de fick av sjuksköterskor/läkare. 75 % var missnöjda med den tid det tog att få en konsultation	Medel

Tabell 5:2 Artikelmatris

Författare, titel, år, land, tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Undersökningsgrupp	Resultat	Kvalitet
Edwall, Hellström, Öhrn & Danielson (2008) Sverige <i>Journal of clinical Nursing</i> 17 : 772-781 Nr 3	” The lived experience of the diabetes nurse specialist regular check-ups, as narrated by patients with type 2 diabetes”	Hur patienten upplever mötet med diabetes-sjuksköterskan	Narrativ intervju	10 män +10 kvinnor 2 specialist sjuksköterskor 43-78 år	Fyra teman. bli bekräftad som person bli vägled, säker oberoende i sin sjukdom – vikten av regelbundna kontakter (kontinuitet)	Bra
Laurant, Hermens, Braspenning, Akkermans, Sibbald & Grol (2008) Holland <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 17: 2690-2698 Nr 4	”An overview of patients preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners”	En översikt över patienternas förväntningar och tillfredsställelse med vården av läkare och sjuksköterska	Kvantitativ tvärsnittsstudie	235 patienter frågeformulär	Resultatet visade att patienterna var nöjda med den vård de fick av sjuksköterska respektive läkare. Patienterna föredrog vård från läkare när det gällde bl.a. det medicinska och läkemedel Gällande information föredrog patienterna sjuksköterskan.	Medel

Tabell 5:3 Artikelmatris

Författare, titel, år, land, tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Undersökningsgrupp	Resultat	Kvalitet
Lloyd-Williams, Beaton, Goldstein, Mair, May C& Capewell (2005) Storbritannien <i>Chronic Illness 1: 39-47</i> Nr 5	“Patient’s and nurses views of nurse-led heart failure clinics in general practice: A qualitative study”	Undersöka patient och sjuksköterskors upplevelse av sjuksköterskeledd hjärtmottagning	Semi strukturerade intervju	8 mottagningar i nordvästra UK 15 patienter 13 män 2 kvinnor 60-88 år	Positiv till sjuksköterskan. Med tillgänglighet och förtroende och kontinuitet	Bra
Pascoe, Neil, Bedford & McMain (2007) Storbritannien <i>Journal of Clinical Nursing 16: 1068-1071</i> Nr 6	“Initiation, choice and satisfaction of nursing appointments in general practice: a cross-sectional survey of patient and nurses”	Att jämföra patienter och sjuksköterskans uppfattning om anledningen till besöket samt att utvärdera tillfredsställelsen med konsultationen	Kvantitativ tvärsnittsstudie	217 patientkonsultationer samt sjuksköterska	Resultatet visade att 42 % av patienterna var nöjda med konsultationen. Höga nivåer av bekvämlighet. Studien visar att vårdpersonal ger en tillgänglig service för patienter som är snabb, bekväm och mycket tillfredsställande.	Medel

Tabell 5:4 Artikelmatris

Författare, titel, år, land, tidskrift	Titel	Syfte	Metod	Undersökningsgrupp	Resultat	Kvalitet
Redsell, Jackson, Stokes, Hastings & Baker (2007) Storbritannien <i>Quality in Primary Care</i> 15: 5-10 Nr 7	"Patient expectations of 'first-contact care' consultations with nurse and general practitioners in primary care"	Att undersöka patienternas förväntningar av mötet med sjuksköterskan och distriktsläkare och om patienterna var nöjda med mötet	2-steps intervjuer	27 patienter 11 kvinnor 17 män 21-77 år 8 sjuksköterskor 10 läkare	De flesta deltagare var nöjda med sina sjuksköterske-ledda samtal. Hade lägre förväntningar på dem. Visste vad de kunde förvänta sig av sin vanliga GP och var allmänt nöjda med resultatet.	
Williams & Jones (2006) Storbritannien <i>Journal of Advanced Nursing</i> 53: 188-195 Nr 8	"Patient's assessments of consulting a nurse practitioner: the time factor"	Att undersöka patienternas åsikt om samråd(konsultation)med distriktsköterska	Kvalitativa intervjuer djupgående	10 patienter, 5 män, 5 kvinnor och 1 distriktsköterska	Patienten var nöjd med distriktsköterska pga. att hon tog sig tid med patienten i jfr med GP	

Bilaga 5

Tabell 6 Illustration över analysprocessen

Innehållsenhet	Översättning	Kondensering	Subkategori	Kategori
I expect to be in and out in sort of a minute rather than, I think it took about ten or 12 minutes...(Redsell mfl, 2007 sid 8)	Jag förväntade mig att vara inne och ute på ett par minuter eller så, jag tror det tog omkring tio till 12 minuter	Förväntad konsultationstid	Tid	God tillgänglighet
If I have any small questions or problems, I can take them up with the DNS and we resolve them together (Edwall mfl, 2008, sid 776).	Har jag några små frågor eller problem kan jag ta upp dem med DNS och vi löser dem tillsammans	Frågor och problem jag kan ta upp och löses gemensamt	Förtroende	Bekräftad
When diabetes is increased... that has to be taken more seriously by the diabetes nurse... (Edwall mfl, 2008, sid 776).	När sjukdomen blir förvärrad, måste jag bli tagen på allvar av diabetes sköterskan	Vid försämring måste jag bli tagen på allvar	Information	Bra möte
If you have problems...She may say I can come down and we can talk about it instead... (Edwall mfl, 2008, sid 777).	Om du har problem... kan hon säga att jag kan komma till ner, så kan vi prata om det...	Vid bekymmer eller behov får jag hjälp	Tillgänglighet	God Tillgänglighet
The benefit of a practitioner who had the time to consider the complexity of their emotional needs(Williams & Jones, 2006, sid 190-191)	Fördelen med en sjuksköterska som har tid att ta hänsyn till komplexiteten av deras emotionella behov	Sjuksköterskan tar hänsyn till emotionella behov	Omtanke	Trygghet i relationen
She was able to identify alternatives to prescribing medication(Williams & Jones, 2006, sid 191)	Hon hade kunskap att identifiera alternativ till ordinerade mediciner	Identifiera alternativa mediciner	Kunskap	Sjuksköterskans kompetens
I feel more at ease with her (NP) (Williams & Jones, 2006, sid 192)	Jag känner mig mer lugn med henne (ssk)	Sjuksköterskan gör mig lugn	Bekvämt	Bekväma mote