

# **FAKTORER SOM PÅVERKAR PATIENTER TILL SAMSYN VID PREVENTION OCH BEHANDLING AV KRONISK SJUKDOM**

**-Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienter att följa sin  
behandlingsplan?**

<b>FÖRFATTARE</b>	Eliana Bruce-Dahlqvist
<b>PROGRAM/KURS</b>	Fristående kurs 15 högskolepoäng Omvårdnad- Examensarbete 1  VT-2009
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Agneta Sedström
<b>EXAMINATOR</b>	Joakim Öhlén

Titel(svensk):	Faktorer som påverkar patienter till samsyn vid prevention och behandling av kronisk sjukdom -Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienter att följa sin behandlingsplan?
Titel (engelsk):	Factors that influence patients to concordance when preventing and treating chronic disease -How can the nurse help patients to follow their treatmentplan?
Arbetets art:	Självständigt arbete.
Program/kurs:	Fristående kurs, Omvårdnad-Examensarbete 1. 15,0 hp
Kurskod/kursbeteckning :	GU-20340
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	18
Författare:	Eliana Bruce-Dahlqvist
Handledare:	Agneta Sedström
Examinator:	Joakim Öhlén

---

## SAMMANFATTNING

Det är känt att upp till 50% av patienter med kronisk sjukdom inte följer sin behandlingsplan. Detta kan leda till onödigt lidande, sjukdom och sämre livskvalitet för patienten samtidigt som det kan vara en ekonomisk förlust för samhället. **Syfte:** Syftet med denna studie var att beskriva faktorer som påverkar patienters samsyn till prevention och behandling vid kronisk sjukdom. **Frågeställning:** Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienter att följa sin behandlingsplan? **Metod:** Sökningar efter vetenskapliga engelska artiklar gjordes på databaserna Cinahl och Pub Med. Sökningen resulterade i 9 stycken artiklar som granskades med induktiv metod enligt Burnards modell för innehållsanalys. De granskade studiernas resultat som ansågs relevanta för syfte och frågeställning identifierades och kodades. Därefter analyserades koderna. De koder som hade liknande innehåll bildade sedan en kategori. **Resultat:** Analysen och bearbetningen resulterade i tre kategorier: *Kunskap, Kontinuitet och Tillgänglighet* samt *Känslor och Tro*. De patienter med högre grundutbildning hade bättre samsyn än de med lägre grundutbildning. Sjuksköterskeledd patientutbildning gav patienterna högre livskvalitet, symptomkontroll och var samhällsekonomiskt lönsamt. Patienterna sökte inte lika ofta vård och föräldrar till barn med astma tog inte lika många föräldradagar. Känslor som oro, ångest och otrygghet var förknippade med den okunskap som patienterna kände. Den genomgående önskan de hade var att få mer tid med sin sjuksköterska och övrig vårdpersonal samt kontinuitet i kontakterna med dessa. **Diskussion:** Sjuksköterskeledd patientutbildning är en positiv omvårdnadsåtgärd. Ur ett patientperspektiv är det lönsamt genom att det leder till högre livskvalitet då kunskap resulterar till att patienterna upplever att de själva har kontroll över sin situation. Kontinuitet i vårdrelationen skapar trygghet och bidrar till positiva känslor. **Sökord:** Nurse, education, factors, chronic disease, concordance, adherence, asthma, COPD compliance, medication, medicin.

# INNEHÅLL

---

	Sid
<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>1</b>
Samsyn	1
Kommunikation	2
Kronisk sjukdom	2
Sjuksköterskans professionella ansvar	3
Patientundervisning	3
Teoretiska referensramar	4
<i>Dorothea Orem</i>	4
<i>Katie Eriksson</i>	5
<b>SYFTE</b>	<b>6</b>
<b>FRÅGESTÄLLNING</b>	<b>6</b>
<b>METOD</b>	<b>6</b>
Litteratursökning	6
Urval	6
Analysmetod	6
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
<b>KUNSKAP</b>	<b>7</b>
Patientens kunskap	7
Patientundervisning	7
<b>KONTINUITET OCH TILLGÄNGLIGHET</b>	<b>8</b>
<b>KÄNSLOR OCH TRO</b>	<b>8</b>
<b>DISKUSSION</b>	<b>9</b>
<b>METODDISKUSSION</b>	<b>9</b>
Litteratursökning	9
Analys	9
Artiklarna	10
Urval	10
Överförbarhet	10
Kritik	10
<b>RESULTATDISKUSSION</b>	<b>10</b>
Kunskap	11
Sjuksköterskans patientundervisning	11
Kontinuitet och tillgänglighet	12
Känslor och tro	13
<b>AVSLUTANDE REFLEKTIONER</b>	<b>15</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>16</b>
<b>BILAGA 1 ARTIKELSÖKNING</b>	<b>1</b>
<b>BILAGA 2 ARTIKELPRESENTATION</b>	<b>3</b>

## INLEDNING

Denna uppsats handlar om att hitta faktorer som påverkar samsyn till behandling och prevention hos den kroniskt sjuke patienten och om hur jag som sjuksköterska i mitt omvårdnadsmöte med patienter kan hjälpa dem att följa sin individuella behandlingsplan.

När en människa får en kronisk sjukdom så förändras den personens hela livssituation. Livsstilsförändringar och behandlingar kan komma att krävas trots att man kanske inte känner sig sjuk. Hur detta hanteras beror på dels på varje persons erfarenheter och dels på i vilken fas i livet man befinner sig. Kombinationerna av detta kan bli många och troligtvis skulle en persons reaktion och acceptans bli olika vid olika tillfällen i livet. Sjuksköterskan skall möta patienten i den omvårdnadssituation där den befinner sig just då och nu, genom att lyssna och försöka förstå patientens önskemål, känslor och åsikter kring sin situation. Lyhördhet är viktigt för att fånga upp eventuella missuppfattningar kring behandling. Mötet mellan patienten och sjuksköterskan kan vara avgörande för hur fortsättningen blir.

Som sjuksköterska på en vårdcentral har jag blivit intresserad av hur jag kan hjälpa mina patienter att följa sin individuella behandlingsplan. Det är inte ovanligt att patienterna kan ha flera kroniska sjukdomar såsom t.ex. astma, KOL, hypertoni och hjärtsvikt samtidigt. I vårdmötet vävs därför olika frågeställningar från patienten samman. Dagligen möter jag patienter som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet skulle må betydligt bättre både i sin vardag och vid försämring om de levde enligt de råd de fått.

## BAKGRUND

### Samsyn

Concordance betyder på svenska samstämmighet, harmoni eller samsyn. Med detta menar man att vårdgivaren och patienten tillsammans bestämmer vilken behandling som är bäst för patienten. Det råder en samsyn mellan dem vad gäller sjukdom och behandling. Man är överens om varför behandling sätts in, hur länge den skall pågå, hur den skall se ut och vilket resultat man kan förvänta sig. Patienten skall här vara delaktig i behandlingsbeslutet och ta eget ansvar för att den följs (1). Behandling används i denna studie som begrepp för både omvårdnadsbehandling och medicinsk behandling. Författaren har även valt att använda ordet samsyn som ett gemensamt begrepp för compliance, adherens och concordance. Ordet vårdpersonal har valts som ett samlingsnamn för alla kategorier av personal i ett vårdteam, som ej är sjuksköterskor..

Samsynen mellan vårdpersonal och patienter med kronisk sjukdom är så låg som att endast varannan patient följer sin behandling. Detta leder ofta till ökad sjukdom och lidande. De patienter som står på förebyggande behandling och som inte har symptom står för det högsta bortfallet. Korta behandlingar ger bättre samsyn, men den sjunker efter ca 10 dagars behandling. I de fall då man har dokumenterat samband mellan sjuklighet och icke samsyn så tyder data på att icke samsyn är starkt knutet till ökad sjuklighet. Både över och underbehandling kan leda till onödigt lidande och sjukdom, misslyckad behandling samt höga kostnader p.g.a. vårdbesök och inläggningar på sjukhus, förlorad arbetsinkomst samt att dyr medicin blir oanvänd. Man räknar med en total kostnad på upp till 20 miljarder i Sverige (2001) men exakta siffror saknas. Underanvändning är vanligare än överanvändning. Hälften av de läkemedelsorsakade

intagningarna på sjukhus berodde på bristande samsyn till behandling. Kroniska långvariga sjukdomar ökar och man har sett att oavsett ålder, kön, ekonomi, diagnos, utbildning och sjukdomstillstånd så förekommer bristande följsamhet lika mycket och det finns beskrivet i alla delar av världen (2).

Vidare kan information från apoteket spela stor roll. Konsistens, smak, utseende, form och tablettstorlek har påverkat patientens samsyn till behandling men även doseringsintervall och pris (3).

Att etablera en terapeutisk allians mellan patient och vårdpersonal är nyckeln till bättre samsyn (4). En förutsättning för att uppnå önskad effekt av en behandling är att den används på rätt sätt och att den genomförs i samråd med patienten (1,5,6). God organisation med kontinuitet och tillgänglighet är en grund. Då kan man ge patienten kunskap och trygghet för en fungerande behandling (5,6).

Eftersom varje människa är unik så är det som är bra för den ene kanske inte lika bra för den andre. Ju enklare behandling och desto färre behandlingstillfällen ju större är chansen till att patienten följer sin behandlingsplan (7).

En Amerikansk metanalys (8) där 116 stycken artiklar analyserades fann man att hos patienter som hade en icke allvarlig sjukdom (t.ex. hypertoni ) men uppfattades objektivt som att vara vid sämre hälsa så var det troligt att samsynen var högre jämfört med om patienten uppfattades vara vid bättre hälsa. Vid mycket allvarlig sjukdom(t.ex. hjärtsvikt,cancer) och samtidigt objektivt sämre hälsa var det mindre troligt med samsyn jämförelsevis med om patienten uppfattades ha bättre hälsa. Vid icke allvarlig sjukdom där patienter trodde sig vara vid sämre hälsa fanns inget konstaterat samband med samsyn. Vid allvarlig sjukdom där patienten själv upplever bättre hälsa fanns större samsyn än hos patienter som upplevde sämre hälsa (8).

### **Kommunikation**

I omvårdnadsmötet med patienten överförs sjukvårdens uppfattning om prevention och behandling till patienten. Patienten läser av och uppfattar det som sägs inte bara genom den givna verbala informationen. Språket utgörs endast av en tredjedel av människans totala kommunikation. Oftast förmedlar den icke-verbala kommunikationen en sannare bild av ens känslor och tankar än vad ord gör. Av den anledningen bör man vara lyhörd för risker att man kan misstolka det som sker på det icke verbala planet lika mycket som det som sker vid det verbala mötet. Man kan uttrycka icke verbal kommunikation på olika sätt genom ansiktsuttryck, röstklang, ögonkontakt, olika rörelser med huvud, armar, händer och fötter, kroppsställningar, personligt utrymme, samtalsavstånd och fysisk kontakt (9,10,11).

### **Kronisk sjukdom**

Kronisk sjukdom är enligt WHO (12) den största orsaken till människors nedsatta funktion och död i världen. 35 miljoner människor dog till följd av kronisk sjukdom år 2005. Hälften av dessa var under 70 år och hälften var kvinnor. Kronisk sjukdom ökar globalt över alla socioekonomiska klasser och religioner. År 2020 tros kronisk sjukdom vara orsaken till 60 % av all nedsatt funktion hos människor och 73% av all död (12).

När man får en kronisk sjukdom leder det ibland till kraftiga förändringar i livet. Ur patientperspektiv kan man beskriva dessa som:

- Evighetsperspektivet: Jag blir aldrig mer frisk
- Beroendeperspektivet: Jag kommer att bli beroende av andras hjälp samt
- Utanförperspektivet: Jag kommer att hamna utanför den stora friska gemenskapen.

Patienten ihop med närstående går igenom en sorgprocess som inte nödvändigtvis måste komma i samband med beskedet om kronisk sjukdom (4).

Att bli sjuk betyder mer än att man drabbats av en sjukdom. Få situationer i livet kan så kraftigt aktualisera människors dolda psykologi och deras inre problem som just det faktum att de blivit sjuka. Inte bara sjukdomen i sig utan den därefter följande omvårdnadssituationen blir en gemensam belägenhet. Förändringar inte bara inom individen utan även utom individen kan påverka upplevelsen av sjukdom. Därför är det viktigt att vi också försöker få en insikt i patientens relationer till sin omgivning (13).

Genom kroppen har vi människor tillgång till livet. Varje subjektiv förändring i kroppen innebär en förändring av tillgången till livet och världen. Detta blir tydligt då en människa drabbas av en kronisk sjukdom (14).

Upplevelsen av att vara frisk eller sjuk står inte alltid i relation till patientens tillstånd. Människors självbedömda hälsa förutspår överlevnad och framtida sjukdom mer än medicinska riskbedömningar. Patienter som fått en kronisk sjukdom vänjer sig ofta så småningom vid sin nya tillvaro, försonar sig med de begränsningar som sjukdomen innebär och de finner olika sätt att leva med den. Sjukdomen blir en integrerad del av dem själva (4).

### **Sjuksköterskans professionella ansvar**

Sjuksköterskan skall enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för sjuksköterskor (15) i dialog med patienten motivera patienten till samsyn vid behandlingar och ge stöd och vägledning för att optimera delaktighet i vård och behandling genom att informera och undervisa samt förvissa sig om att patienten förstår given information. Hon skall identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och beteenden som kan leda till men för patienten (15).

Hälso och sjukvårdslagen HSL 1982:763 2b säger att vård skall utformas och genomföras så långt det är möjligt i samråd med patienten (16).

I Västra-Götalandsregionens Krav och Kvalitetsbok för att få driva primärvård (17) står att läsa att ett hälsofrämjande förhållningssätt innefattar att stödja, informera motivera individer att ta eget ansvar för sin hälsa och för att förbättra den.

### **Patientundervisning**

Undervisning är ett samspel och resultatet är en effekt av gemensamma strävanden. Kunskapen blir här resultat av en process som nås genom att en undervisare och en studerande bidrar med sin förståelse av tillgänglig information och skapar på så sätt kunskap (18). Undervisningens främsta syfte är att stärka och stödja patientens egna kontroll över sjukdomen, sin behandling, sin möjlighet och förmåga att kunna hantera kravet som det dagliga livet medför. Detta för att göra möjligt för optimal läkning, förhindra onödig försämring, återfall eller komplikationer. En ömsesidig relation och en fungerande kommunikation mellan patient och vårdare är då en förutsättning.

Patientundervisning räknas som en integrerad del av den totala omvårdnaden. Samtliga faser av omvårdnadsprocessen ingår: bedömning, diagnos, planering och genomförande samt utvärdering/uppföljning. Patientundervisning innebär alltså även en affektiv del som bearbetar reaktioner och känslor samt en psykomotorisk del för att kunna utföra beteenden/ageranden som är önskade (19).

Om målet är att underlätta för människan att göra val som är hälsofrämjande så finns det inga genvägar. Det som krävs är att innehåll och utformning av budskap sker i både skriftlig och muntlig form samt tillgodoser de önskemål och behov som grupper av patienter eller individer frågar efter för, att kunna göra egna hälsosamma val, grundade på egna kunskaper och förståelser (20). Patienten bör bli en samarbetspartner vilket bara sker om han känner sig trygg. Då vågar han även berätta saker som kan kännas

obehagliga att tala om. Ju större medverkan av patienten ju större förutsättningar att man kan hjälpa patienten finna lösningar på sina specifika problem. Informationen kan behöva delas upp på flera tillfällen och ges vid olika möten, då den inte skall innehålla mer än patienten kan ta emot. Människor kan ta emot upp till sju upplysningar vid samma tillfälle. Man bör anpassa innehållet till sociala situationer och vanor och på ett språk som patienten förstår. Annars blir informationen inte meningsfull och patienten kan missförstå det som sagts och resultatet blir inte det tilltänkta (11).

Patientundervisning sker lämpligen både individuellt och i grupp. Då gruppundervisning planeras görs det utifrån den enskilda patientens behov och önskemål (19).

En svensk randomiserad enkätundersökning (21) av 1477 patienter från tre grupper inom primärvården fann att patienter som tillhör vårdcentraler där det finns sjuksköterskeledd astmamottagning har mer kunskaper om sin sjukdom än patienter som tillhör vårdcentraler utan sjuksköterskeledd astmamottagning. Det är också en större andel patienter som uppnår astmakontroll om astmamottagningen har mer tid tilldelat sig. Att de uppnår målen för astmakontroll ger också större livskvalitet (21). Enligt nya riktlinjer 2008 för astma-KOL mottagning i primärvård bör det finnas möjlighet till 1,5-4 timmars mottagningstid per vecka per 1000 listade patienter (22).

Den fenomenologiska avhandlingen från Göteborg (23) visade att patienter och sjuksköterskor upplevde frustration då de försökte få en vårdande relation till stånd under korta möten i en hektisk vårdmiljö med brist på kontinuitet och sammanhållen tid. Patienten använde sin kompetens för att upprätthålla sin värdighet och begränsa sin sårbarhet. Patienten blev vårdad av all personal och detta skapade förtroende för vården men gav ej tillräcklig upplevelse av trygghet. Bristen på kontinuitet gjorde att patientens upplevelse av sårbarhet förstärktes. Erfarenhet av vårdande relation innefattande vården som gav stöd och stärkte patienters hälsa visade sig om det fanns tillgänglighet och kontinuitet som möjliggjorde förtroendet (23).

## **Teoretiska referensramar**

### ***Dorothea Orem***

Dorothea Orem beskriver egenvård (self-care) som en handling individer själva utför och tar initiativ till för sin hälsa, sitt liv och sitt välmående.

Dorothea Orem säger att när man använder undervisning som metod krävs det att läraren vet vad den lärande behöver veta. Sjuksköterskan som lärare måste känna till patientens erfarenhet, bakgrund och hur det dagliga livet ser ut. Sjuksköterskan måste känna till hans sätt att tänka och ta emot information och hon måste också ha erfoderlig kunskap om egenvård för att kunna lära ut detta till patienten. Orem betonar vikten av att omvårdnadsrelationen mellan sjuksköterskan och patienten måste baseras på själva orsaken som skapar omvårdnadsbehovet.

Teorier är utvecklade i syfte att patienten skall nå egenvård.

Teorin om egenvård, teorin om egenvårdsbrist och teorin om omvårdnadssystem.

Omvårdnadssystemen kan vara stödjande och undervisande, fullständigt kompenserande eller delvis kompenserande.

Sjuksköterskan hjälper patienten att utföra alla omvårdnadshandlingar vid fullständigt kompenserande system. Vid delvis kompenserande system så hjälps sjuksköterskan och patienten åt att utföra handlingen. I det stödjande och undervisande systemet utför patienten själv sin egenvårdshandling med stöd och undervisning av sjuksköterskan. En patient kan finnas vara i behov av samtliga omvårdnadssystem under sin sjukdomsperiod (24).

I teorin om egenvårdsbrist säger Orem att egenvårdsbrist uppstår då patienten själv inte förmår att tillgodose sina egenvårdsbehov och därigenom blir ett omvårdnadsbehov identifierat. Olika begränsningar kan vara orsak till att egenvårdsbehovet ej kan tillgodoses. Dessa begränsningar kan vara brist på kunskap, ålder m.m.

I teorin om egenvård kan egenvård beskrivas som en medveten handling för att uppnå ett syfte eller mål för att upprätthålla välbefinnande, hälsa och liv, därför måste kunskap om egenvården inhämtas. Individens måste få tid på sig att utvecklas och mogna för att kunna utföra egenvård (24).

### ***Katie Eriksson***

”Att vårda är att ansa, leka och lära, att fungera i tro hopp och kärlek” (25 s.9).

Enligt Katie Eriksson pågår det ständigt olika hälsoprocesser inom individen då hälsan utgör ett dynamiskt tillstånd. Hälsa innebär att man leker, ansar och lär sig själv d.v.s man idkar en naturlig optimal vård genom sina egna handlingar i samspel med sina vänner och anhöriga vilket kan skapa välbehag, tillfredsställelse och tillit. I det moderna samhället har den naturliga vården fått ersättas men den professionella. Självvård är en mellanform mellan professionell vård och naturlig vård och innebär att man har stöd från en yrkesarbetande vårdare. I bland tar den professionella vården över ansvaret för Vårdandet. Vårdandet kan ses som en balansering mellan självvård, naturlig vård och professionell vård.

Ansningen kännetecknas av beröring, närhet och värme och att man vill den andre väl. Ansning innefattar även basbehov som hygien, föda m.m. Livsupphållande processer hos människan fungerar självreglerande och detta gör att man känner sig som en separat individ. Dessa förhållanden regleras när ansaren stimulerar till självaktivitet och bara då de egna möjligheterna för individen begränsats så griper ansaren in. Syftet är njutningen, den fulländade tillfredsställelsen och det kroppsliga välbehaget vilket innehåller en livgivande källa för utveckling och tillväxt. Individens identitet och individualitet bekräftas i den kravlösa ansningen då människan upplever sig vara älskad för sina handlingar skull och då hon är accepterad sådan hon är.

Leken är ett centralt element i vården och ett medel för att uppnå hälsa. Begrepp i samband med leken är önskan, skapande, lust, prövning och övning. Man har här möjlighet att utifrån egna förutsättningar sätta in information i sitt sammanhang. Till sin karaktär är leken interaktiv och man kan urskilja 5 grundformer. Vid assimilation anpassar människan information som kommer utifrån till att motsvara egna aktuella krav. Den lustbetonade leken är ett uttryck för glädje och livslust. I vården ger detta möjlighet till rekreation och vila. I den skapande leken kan patienten aktivt forma sin hälsa. Detta kan ske abstrakt i tanken eller konkret i handling. I leken som uttryck för önskningar får människan möjlighet att i tanken vara den hon skulle vilja vara genom sina önskningar. Detta ger vila och ny energi innan man går tillbaka till verkligheten. I leken som övning och prövning övas och prövas olika färdigheter.

Lärandet innebär en ständig förändring och utveckling. Lärandet kan ha olika grad av intensitet, olika syften och mål. I relation till den enskilda människan är målet för lärandet självförverkligande. Lärandet hör i vården samman med lekandet och skall innebära glädje. Det är vårdarens uppgift att underlätta och möjliggöra lärandet.

Eriksson menar att vårdandet kan uppdelas i de två metoderna reflexion och produktion. Vårdaren reflekterar och gör sig en bild av hur hälsan skall se ut efter produktionen. Reflektionen är förmågan till tänkande att kunna se framför sig den form hälsan skall genomgå och anta hos individen som enskild person. Produktionen sker genom tänkande, genom konsten eller genom någon förmåga. När reflektionen slutar börjar produktionen, läke och vårdkonsten. Här sker en ständig växelverkan mellan reflektion och produktion Denna process benämns målformulering (25).



Eriksson säger också att människan är hälsa och att vi inte kan ge hälsa till någon annan. Däremot kan vi stödja någon i att vara hälsa. Hälsa är helhet och den upplevelsen avgör människans egna upplevelse av att vara hälsa. Hälsan är också relativ utan exakta mått den är även personlig och individuell (26).

## **SYFTE**

Syftet med denna studie var att beskriva de faktorer som påverkar patienters samsyn till prevention och behandling vid kronisk sjukdom.

## **FRÅGESTÄLLNING**

Hur kan sjuksköterskan hjälpa patienter att följa sin individuella behandlingsplan?

## **METOD**

Denna studie har genomförts som en litteraturstudie av 9 stycken vetenskapliga artiklar skrivna på engelska språket och som motsvarade syftet och frågeställningen. Bakgrunden är baserad på artiklar, avhandlingar, lagar och facklitteratur.

### **Litteratursökning**

Sökning efter artiklar har gjorts vid ett flertal tillfällen på olika datum mellan 12/3 2009-13/4 2009 och i olika kombinationer av sökord. Sökningarna har gjorts i databaserna Cinahl och PubMed. De sökord som användes var: Nurse, education, factors, chronic disease, concordance, adherence, compliance, asthma, COPD, medication och medicin. Författaren har valt att visa även de sökningar som inte gav några träffar för att visa de kombinationer av sökord som använts. Se bilaga 1 artikelsökning.

### **Urval**

Urvalet av artiklar gjordes efter att deras abstract lästs igenom. Ytterligare djupgranskning av artikelns syfte, metod och resultat gjordes och de artiklar som inte motsvarade syftet valdes då bort. Exempel på artiklar som exkluderades var artiklar som inte såg patientperspektivet utan bara inriktade sig på hur mycket medicin patienten fick i sig (27,28). Artiklar inkluderades då de ansågs belysa patientens uppfattning om samsyn och/eller om de kunde påvisa på faktorer som hade betydelse för hur man kan hjälpa patienter med kronisk sjukdom att följa sin behandlingsplan. Artiklar som verkade motsvara syftet granskades åter och till slut fanns nio artiklar kvar. De begränsningar som gjorts var att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 1999-2009.

### **Analysmetod**

Metoden som användes vid artikelgranskningen var innehållsanalys enligt induktiv metod. Induktiv metod beskrivs som ett grundläggande arbetssätt där man systematiskt och stegvis klassificerar och identifierar data och finner mönster att sedan sätta in kategorier (29,30). Artiklarna lästes först upprepade gånger. De granskade studiernas resultat som ansågs relevanta för syfte och frågeställning fördes samman, identifierades och kodades. Därefter analyserades koderna. De koder som hade liknande innehåll bildade sedan en kategori. Antalet kategorier som identifierades i denna uppsats var tre stycken. En kategori uteslöt inte alltid en annan utan de överlappade delvis varandra.

## RESULTAT

Resultatet visade att kvinnor hade högre samsyn än män (31,32) och att äldre personer generellt hade högre samsyn än yngre (32). Samsynen ökade om man hade symptom (31) men luftvägssymptom under en längre tid minskade samsynen (32).

Resultatet nedan presenteras utifrån kategorierna kunskap, kontinuitet och tillgänglighet samt känslor och tro.

### KUNSKAP

#### Patientens kunskap

I en kvalitativ studie från Storbritannien (33) där fem likadant sammansatta fokusgrupper intervjuades uppgav de flesta patienterna att de inte hade någon självhjälsplan och inte heller instruktioner för när man skulle söka vård. Många patienter hade fått oklara och olika instruktioner om sin sjukdom och behandling av olika personal. Patienterna tyckte att det var otillfredsställande att de inte visste vad deras sjukdom hette. En del visste bara att den var allvarlig och kronisk. Patienter hade ofta dåligt självförtroende angående inhalations och andningsteknik särskilt under försämring. En minoritet av patienterna var säkra på vad de skulle göra i en akut situation (33). Många patienter var osäkra på sin behandling (34). Patienterna hade fått höra att det var bra att motionera men alla var osäkra på hur mycket man vågade ta i. Många patienter med KOL hade fått rådet att ”äta hälsosamt” dra ner på kolesterol och att gå ner i vikt. Ingen hade dock fått konkreta och personliga råd att ha till hjälp (33).

Rökare med hypertoni var ofta ensamstående och hade bättre samsyn till diétråd (31). Många rökare visste inte när de började röka att det var farligt, då man inte visste detta förr. Nästan alla patienter hade fått reda på av sin doktor eller sjuksköterska att det var farligt att röka och att rökning var orsak till deras sjukdom. De hade dock inte blivit erbjudna hjälp att sluta röka (33). Patienterna ville även få möjlighet att få ta del av ny information (32).

En Finsk kvantitativ enkätstudie av 138 patienter med hypertoni fann att patienter med lägre utbildning sökte oftare sjukvårdshjälp än de med högre utbildning (31). Högutbildade såg behandlingens fördelar mer än lågutbildade (35) och hade högre samsyn till behandling än de med lägre utbildning (31). Högutbildade var inte lika negativa till biverkningar av medicin som lågutbildade (35). Patienter hade i allmänhet högre samsyn då de fått utbildning och ökad kunskap om sin sjukdom och möjligheter till behandling (32,34).

#### Patientundervisning

Den kvantitativt kvasi-experimentella studien (33) på hjärtsviktpatienter gjord i USA visade att sjuksköterskeledd patientundervisning gav högre livskvalitet jämförelsevis med traditionellt omhändertagande. Patienterna visade bättre hälsostatus såväl som social, ekonomisk, psykiskt, andlig och familjerelaterad livskvalitet. Patienter fick bättre symptomkontroll och blev bättre på självhjälp och de hade även högre samsyn till prevention och behandling (36). En prospektiv randomiserad kontrollstudie från Taiwan (37) med 148 patienter påvisade att av sjuksköterska individanpassad patientundervisning av astmatiker med PEF (Peak Expiratory Flow) gav ett bättre resultat än undervisning med data/video och skriven information.

Patienterna uppvisade ökad kunskap och ökad astmakontroll. De fick bättre självkänsla och var mer självständiga.

Även behovet av behandling i hemmet och akutbesök på sjukhus minskade (37).

Den från Sverige kontrollerade prospektiva studien(38) av grupp diskussioner med 60 föräldrar till barn med astma där sjuksköterska deltog vid varje tillfälle, gav ökad samsyn och bättre kunskap i astmakontroll och behandling. På lång sikt var försämringstillfällena färre och barnen var sjuka färre dagar vilket var samhällsekoniskt då föräldrarna inte behövde ta ut dagar för vård av barn (38). Gruppsamtal ihop med andra astmapatienter eftersöktes (32). Patienterna önskade att sjuksköterskan undervisade mer än vad hon gjorde (39).

## **KONTINUITET OCH TILLGÄNGLIGHET**

Det var viktigt för patienterna att automatiskt bli kallad till regelbunden astma kontroll och att ha lättillgänglig primärvård, för att förhindra sjukhusvård.

Kontinuitet hos personalen var viktigt för att känna sig trygg vid sjukvårdsbesök. En särskild person ur personalen att ringa om man behövde prata om sin astma önskades (32). Samsynen ökade om man kände att man fick bästa möjliga uppbackning (32,34) och det gav sämre samsyn vid mindre tid med sin vårdpersonal (34).

Svårast för patienterna med hypertoni var att få diskutera sin sjukdom och planerandet av sin behandling med sin vårdpersonal (31).

Patienter kände ofta att deras vårdpersonal inte var intresserade av dem som patienter och att de var otillgängliga. Patienterna fick inte tillräckligt med tid tillsammans med sin sjukvårdspersonal för att kunna göra livsstilsförändringar (33).

## **KÄNSLOR OCH TRO**

I en fenomenologisk kvalitativ studie gjort på 11st djupintervjuer med kroniskt sjuka patienter fann man att förhöjd självkänsla infann sig vid god omvårdnad. Det var en bra och positiv känsla som ledde vidare till trygghet, tacksamhet och avslappning (39).

Vid positiv tro ökade samsynen till behandling och den minskade om man inte trodde så mycket på dess effekt. Människor födda i Norden hade mer tilltro till medicinens effekt än människor födda utanför Norden (34,35).

De som använde naturläkemedel eller inga mediciner alls trodde att det skrevs ut mer mediciner än nödvändigt (35).

De sjuksköterskor som gav god omvårdnad av hög kvalitet var vänliga, hade trevlig attityd, hade humor, var känsliga, leende, positiva, artiga, förstående och hade god kompetens. Sjuksköterskan kände av vad patienten behövde och brydde sig om personen både som patient och som medmänniska. Man kunde lita på sjuksköterskan, hon var ärlig. Det var trevligt när hon använde humor det lättade upp stämningen. Man litade fullt på hennes kompetens (39). Patienter som hade tillgång till astma-KOL sjuksköterska var enhälliga om att det var bra och att sjuksköterskorna var hjälpsamma (33).

Den som levt länge med en kronisk sjukdom ville vara självständig.

Det betydde så mycket att kunna göra saker själv och att få känna sig som en ny människa. Man blev expert på sig själv och ville bestämma över sin egna kropp (39).

Patienterna ville bli behandlade av personal som förstod att sjukdomen ledde till instabilitet och att astma är ett spektrum av olika tillstånd som även kan innefatta ångest och oro (32).

Dåligt självförtroende angående inhalations och andningsteknik särskilt vid försämring var vanligt. Patienterna visste inte om inhalatorn var slut eller inte vilket gav oro och ångest. Rädsla för andnöd gav dock hög samsyn. Att bli andfådd var generande och skrämmande. Rädsla och oro för tolerans eller beroende av sina mediciner förekom (33). Oro över biverkningar i framtiden gav lägre samsyn (32).

Ilska, oro, otrygghet, ensamhet och stress var negativa känslor patienter beskrev i samband med dålig omvårdnad. Obehagskänslor och svårt att slappna av blev effekten vid kontakt med sjuksköterskor som brast i omvårdnad. Dessa sjuksköterskor gav intryck av att vara ointresserade, tog inga initiativ och verkade inkompetenta. För de patienter som led av kronisk sjukdom var detta av stor betydelse då de ofta hade kontakt med sjukvården (39).

Skuldkänslor för att patienterna ringde sjukvården för ofta och överlät åt anhöriga att besluta om man skulle söka vård förekom. Detta ledde ofta till för sen kontakt med vården med sjukhusinläggning och lidande som följd. Även skuldkänslor för sin rökning framkom och man tyckte att det redan var för sent att sluta röka (33).

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

#### **Litteratursökning**

Sökningen efter artiklar gjordes i databaserna Cinahl och Pub Med. De sökord som användes var: nurse, education, factors, chronic disease, concordance, adherence, compliance, asthma, COPD, medication, medicin. Astma och KOL valdes som ett exempel på kronisk sjukdom. Sökningarna gav även resultat på artiklar med undersökningar gjorda på andra kroniska sjukdomar såsom hypertoni och hjärtsvikt. Även dessa togs med då deras resultat ansågs vara relevant och motsvarade syftet. Vissa kombinationer medförde inga träffar alls men författaren har ändå valt att redovisa dessa (se. bilaga 1) för att åskådliggöra sökningens gång. Kanske kunde fler ord och fler kombinationer använts vilket kunde ha medfört fler träffar och att andra artiklar valts. De begränsningar som gjordes var att endast ta med artiklar mellan 1999-2009. Vid 3 tillfällen var träffarna för många för att hantera varvid ändringar av sökord gjordes 2 gånger och begränsning av årtal mellan 1999-2009 gjordes 1 gång.

#### **Analys**

Kvaliteten på samtliga artiklar bedömdes som god och artiklarna beskrev tydligt dess syfte, dess metod och dess urval. Checklistor avsedda för artikelgranskning från Göteborgs Universitet användes under arbetets gång (40). Artikelgranskningen är gjord enligt induktiv metod (29,30). Resultatet beskrivs i löpande text enligt de kategorier som framkommit under analysarbetet. Författaren har valt att använda ordet samsyn som ett gemensamt begrepp för compliance, adherence och concordance. Ibland har resultatet kunnat passa under flera kategorier men det är bara medtaget en gång och då där det kändes att det bäst hörde hemma.

## **Artiklarna**

De nio artiklarna i denna studie är alla vetenskapligt granskade, skrivna på engelska språket och publicerade i vetenskapliga engelska tidningar.

Av artiklarna var 2 kvalitativa (33,39), 7 kvantitativa (31,32,34,35,36,37,38,).

Kombinationen av både kvantitativa och kvalitativa artiklar kändes tillfredsställande då de kvalitativa gav en mer djup kunskap inom området och de kvantitativa en mer generell kunskap. Hade fler kvalitativa artiklar funnits att tillgå i ämnet hade fler tagits med för att få ett ännu mer nyanserat resultat.

De kvantitativa studierna var gjorda i Finland (31), USA (30,), Australien (34)Taiwan (37) och Sverige (32,35,38).

De kvalitativa studierna var gjorda i Storbritannien (36) och Island (39).

Några artiklar tog upp att de sökt tillstånd hos etisk kommitté (31,32,35,37).

Artiklarna speglade resultatet både ur patientperspektiv och ur sjuksköterske perspektiv.

## **Urval**

Artiklarna tog upp sina specifika urvalskriterier. Urvalet varierade och kanske hade man velat ha jämnare fördelning mellan män och kvinnor men detta var inte alltid relevant för resultatet i studierna. I två studier (33,38) satte man ihop sina fokusgrupper så exakt likadant man kunde för att reflektera hela studiematerialet. Fler män deltog i studierna (34,37). Fler kvinnor deltog i studierna (31,32,35,36,39).

Urvalsstorlekarna varierade mellan 11-324 personer enligt följande: 11 personer i artikel nummer (39), 23 personer (36), 29 personer (33), 63 personer (32), 120 personer =60 föräldrarpar (38), 138 personer(31), 148 personer (37), 276 personer (34), 324 personer (35).

## **Överförbarhet**

Överförbarheten mellan länderna i denna studie stämde väl överens vilket innebar att resultaten som kom fram från icke Svenska artiklar bör vara relevanta även i vårt land. Resultatet var trovärdigt och slutsatserna pekar åt samma håll.

## **Kritik**

Som ensam författare är jag medveten om att detta kan det vara en nackdel för resultatet då jag ensam tolkat materialet och misstolkning kan ha uppstått då man inte har en medarbetare att jämföra sina tolkningar med. Att arbeta ensam gör dock att man hamnar i en stor inlärningsprocess där man måste ta eget ansvar helt och hållet för sin studie själv och man har stor nytta av detta i kommande arbeten.

Inga artiklar nämnde några omvårdnadsteorier men däremot kom olika omvårdnadsbegrepp såsom trygghet och tillit upp.

## **RESULTATDISKUSSION**

I resultatet till denna studie framkommer det att högre utbildning och högre ålder samt att om man är kvinna bidrar till bättre samsyn (31,35)vilket skiljer sig delvis från den svenska studie (2) som refereras till i bakgrunden där man skriver att oavsett ålder, kön, ekonomi, diagnos, utbildning och sjukdomstillstånd så förekommer bristande samsyn lika mycket och finns beskrivet i alla delar av världen (2).

## **Kunskap**

Kunskap framkommer i denna studie som viktigt för patienterna och de patienter som fått undervisning hade högre samsyn och högre livskvalitet.

Patienterna önskade få kunskap om sin sjukdom och om sin behandling. De ville ha kunskap om livsstilsförändringar och om vad man skall göra i akuta situationer. De önskade även ta del av ny kunskap (32,33,34).

Sjuksköterskans kunskap skapar i vårdrelationen trygghet hos patienten.

Kunskap är resultatet av ett lärande. Lärandet är en process där information från erfarenheter och intryck tolkas och bearbetas. Resultatet blir en förståelse som bidrar till att forma individens sätt att förhålla sig till och handskas med sin omvärld. Människors kunskap formas i den miljö hon befinner sig och i samspel med andra människor.

Kunskap kan vara praktisk i handling, den kan vara tyst i förståelse. Kunskap är inte neutralt utan ligger alltid i någons intresse och fyller ett syfte. Viss kunskap kan vara förbehållen experter och ses som särskilt värdefull. Kunskap behöver hela tiden förnyas och fördjupas. Människor måste utveckla sin förmåga till reflektion. Livslångt lärande handlar inte bara om formell utbildning det handlar om att få möjlighet att utveckla sin förmåga till övergripande reflektion och att ta ansvar för sitt eget lärande (18).

Patienters förutsättningar att hantera sin situation förbättras av undervisning.

Livskvaliteten ökar som ett resultat av att patienterna får bättre kontroll över sitt liv (4).

## **Sjuksköterskans patientundervisning**

Omvårdnad i form av patientundervisning och stöd av sjuksköterska gav patienterna bättre hälsostatus och livskvalitet. Patienterna hade bättre kunskaper och symptomkontroll de blev dessutom bättre på självhjälp vilket medförde att de blev mer självständiga och fick bättre självkänsla (36,37).

Behovet av sjuksköterskans omvårdnadshandlingar i form av undervisning och stöd till patienter kan vara omfattande. Evidens för dess effekt, omvårdnadsteorier som stödjer detta samt lagar och föreskrifter som skall styra detta, styrker ytterligare dess betydelse. Här kan en överförbarhet mellan resultatet ovan identifieras med den svenska studien (21) gjord på astma-KOL patienter som hänvisas till i bakgrunden där man såg att sjuksköterskeledd astmamottagning gav patienter mer kunskaper om sin sjukdom i jämförelse med patienter som ej hade tillgång till astmamottagning. En större andel patienter uppnådde även astmakontroll om astmamottagningen hade mer tid (21).

Sjuksköterskan bör sätta sig in i patientens egna föreställningar om problemet så att det är möjligt att förklara och ge rätt information och instruktioner. Genom detta kan man tillsammans med patienten planera åtgärder som är adekvata och därmed ge patienten förståelse om sin prevention, behandling och sjukdom. Om sjuksköterskan ger patientens åsikt om vad som är viktigt och vad han gör för att påverka sin hälsa samma värde som hon tillmäter sin egna professionella kunskap, så får automatiskt patienten ett delat ansvar för utvecklingen av sin egenvård och sin hälsa. Detta förstärker patientens känsla av självständighet och delaktighet vilket resulterar i en minskad klyfta mellan sjuksköterskan och patienten (19). För att kommunikationen skall bli meningsfull för patienten behövs en noggrann planering och patienten måste vara införstådd med vad som skall äga rum, hur mycket tid som står till förfogande samt när och var man skall vara. Är patienten oförberedd kan det leda till att viktig information inte uppfattas eller utesluts och att patienten inte prioriterar sina problem. En positiv attityd spelar roll för kunskapens betydelse (11).

Enligt WHO (12) är astma den vanligaste orsaken till kronisk sjukdom hos barn. Antal dödsfall i astma hos såväl barn som vuxna kommer att öka inom en 10 års-period.

Sjukdomen går inte att bota men de säger att genom god prevention och bra utbildning med en individuell behandlingsplan kan man uppnå god kontroll (12). Den svenska prospektiva studien (38) där 60 föräldrar svarade på hur de behandlade sina barns sjukdom inkluderades i denna studie med motivationen att det var viktigt att se att resultatet av utbildning kan gälla även i omvårdnaden av andra än sig själv. Det är viktigt att barnen i tidigt stadium genom sina föräldrar och med sjuksköterskan som stöd växer in i rollen som egenvårdare. Resultatet redovisas för sig och inkluderas inte i andra resultat.

I VästraGötalandsregionens krav och kvalitetsbok(17) står att de patienter som har kroniska sjukdomar såsom astma-KOL och diabetes skall ges råd, behandling och stöd samt utbildning i egenvård antingen individuellt eller i grupp (17). Socialstyrelsen (15) säger i sin kompetensbeskrivning för sjuksköterskor att hon i dialog med patienten skall identifiera behov och motivera denna till samsyn genom stöd och undervisning(15). Enligt Hälso och sjukvårdslagen HSL(1982:763)(16) skall vården bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och tillgodose patientens behov av individuellt anpassad information om de metoder som finns för undersökning vård och behandling (16).

Dorothea Orems beskriver hur sjuksköterskan genom undervisning och stöd hjälper patienten att utföra egenvårdsaktiviteter. Enlig Orem finns det hjälpmetoder sjuksköterskan kan använda som verktyg för att hjälpa människor i det dagliga livet. Dessa metoder förekommer ofta i kombination. Sjuksköterskan måste känna till de olika metoderna och väljer den metod hon finner mest lämplig under de förutsättningar som finns genom att lotsa, guida, instruera, undervisa och stödja patienten fysiskt och mentalt. Sjuksköterskor väljer ut och kombinerar alla metoderna efter den aktuella patientens behov och begränsningar. Att guida en annan person är värdefullt i situationer där man behöver göra val eller där man behöver föreslå en handling . Denna metod förutsätter att den person som guidas och den person som får guidning är kommunikabla med varandra. Vidare måste den som får instruktioner vara kapabel och motiverad att utföra dem, samtidigt som instruktionerna måste vara anpassande både vad det gäller förslag, inriktning, instruktioner och övervakning .

Att lära sig nya vanor för att kunna hjälpa sig själv kräver en lång relation och mycket tid med en sjuksköterska som effektivt klarar den lärande rollen. Undervisning i grupp kan ibland vara effektivt för den individuella patienten att lära sig ta hand om sig själv. Det är sjuksköterskans ansvar att se vilka behov och brister patienten har för att klara sin egenvård (24).

Katie Eriksson skriver att i en relation mellan patient och vårdare skall patienten få möjlighet att uttrycka sina problem, begär och behov. I relationen får patienten ge och ta emot och att ta emot innebär att ge ut sig själv. Vårdaren får inte forcera en relation utan måste utgå från beredskapen hos båda. Eriksson säger vidare att vårdförhållandet måste grunda sig på kunskap och uppfylla etiska krav samt att vårdförhållandet varierar i djup och intensitet (26).

### **Kontinuitet och tillgänglighet**

I omvårdnadsrådet mellan patienten och sjuksköterskan samt övrig vårdpersonal önskades mer tid samt kontinuitet (31,32,33,34). Detta kan relateras till den svenska fenomenologiska studie (23) där det framkom att patienter och sjuksköterskor upplevde frustration då de försökte få en vårdande relation i korta möten i en hektisk vårdmiljö med brist på kontinuitet och sammanhållen tid. Denna brist på kontinuitet ledde till att

upplevelsen av sårbarhet förstärktes (23). För att kunna utföra en god omvårdnad med patientnära möten där förtroende skapas bör kontinuitet vara en grund för vårdrelationen. Brist på kontinuitet leder till otrygghet hos patienten.

Kontinuitet och trygghet är resultatet av en god organisation (5,6) och Hälso och sjukvårdslagen HSL (1982:763) (16) föreskriver att sjukvården skall främja goda kontakter mellan sjukvårdspersonal och patienter där vården skall vara lättillgänglig och tillgodose patientens behov av säkerhet och kontinuitet (16).

Kontinuerlig och personlig vårdform med gentemot patienten vittomfattande åtagande är styrkan i arbetet med kroniskt sjuka. Perspektivet är långsiktigt och kontakten präglas av samarbete där patienten själv är expert på sitt egna liv (4).

Katies Eriksson menar att kontinuiteten i vårdförhållandet är viktig oberoende av hur länge vårdprocessen pågår. Kontinuiteten innebär att de hälsoprocesser patienten har inom sig ostört kan utvecklas mot optimal hälsa. Vårdprocessen blir vårdande vid en djup och trygg relation. Vårdrelationen är kärnan i de olika faserna under vårdprocessens gång dvs. patientanalysen, prioriteringen och vårdhandlingen. Att ha en fungerande vårdrelation är grunden för vårdprocessen utan denna vårdrelation blir det endast ett utförande av uppgifter (26).

### **Känslor och tro**

De positiva känslor och ord som kom fram var färre än de negativa. De positiva ord som framkom var positiv tro, förhöjd självkänsla, trygghet, avslappnad och tacksamhet (34,35,39). Tillit, trygghet, tro och hopp är positiva omvårdnadsbegrepp sjuksköterskan bör sträva efter i sin relation till patienten.

Kathy Eriksson menar att tillit och tillfredsställelse ihop med andligt och kroppsligt välbehag samt känslan av att vara i rörelse och utveckling innebär att man får en upplevelse av tro, hopp och kärlek. Den människa som kan uppleva tro, hopp och kärlek har en möjlighet att känna inre frihet och detta är en förutsättning för helandet (25).

Patienterna kände sig rädda, oroliga, otrygga och hade dåligt självförtroende. De kände ångest, var ilska, upplevde stress och ensamhet. De hade även skuld-känslor, var generade och skrämde (32,33,39).

Vid dålig omvårdnad kan negativa känslor mellan sjuksköterskan och patienten förmedlas i omvårdnadsmötet. Den icke verbala kommunikationen förmedlar en mer sann bild än vad ord gör och man måste vara lyhörd för risker att misstolka det som sker då man uttrycker icke verbal kommunikation såsom t.ex. röstklang, ansiktsuttryck och ögonkontakt (8).

För att få en bättre förståelse för patientens handlingar och reaktioner är det viktigt att se hennes livsvärld och försöka förstå hennes perspektiv utifrån det liv hon lever. Otrygghet är nära kopplat till fenomenet hot. Om en sjukdom hotar en individs tillvaro uppstår otrygghet och en önskan om att återställa otryggheten. Tryggheten kan återställas genom att patienten får kontroll över sin situation Tryggheten ökar med visshet. Kontrollen handlar om att förstå sjukdomen och hur farlig den är, att förstå hur vårdarna agerar och att förstå hur vården ges. Kontrollen handlar om att veta att det finns hjälp när den behövs och att hitta förklaringar (14).

Skuld-känslor för att man ringde vården för ofta och för att man överlät åt anhöriga att besluta om fortsatta åtgärder förekom (33). Osäkerhet, oro och frågor präglar många gånger vardagen hos patienter med nyupptäckt kronisk sjukdom. För att undvika svåra avvägningar för närstående och patienter är det förnuftigt med tät telefonkontakt och fasta tider för besök (4).



Sjuksköterskan kan känna frustration vid omvårdnad då hon anser att patientens handlingar kan vara icke hälsofrämjande.

Omvårdnaden måste först och främst inrikta sig på patientens egenupplevda behov. Bakomliggande orsaker kan göra att patientens beteende blir annorlunda mot vad sjukvården förväntat sig. Hälsa som livsvärde är inte självklart för alla människor. Vissa personer prioriterar andra livsvärden såsom gränsoverskridanden, risktaganden och njutning (20). Den Amerikanska metanalys (8) av 116 artiklar som nämns i bakgrunden har beräknat fram troliga reaktioner till samsyn vid olika grad av allvarlig sjukdom. Om patienten hade icke allvarlig sjukdom men uppfattades objektivt som att vara vid sämre hälsa så var det troligt att samsynen var högre jämfört med om patienten uppfattades vara vid bättre hälsa.

Vid mycket allvarlig sjukdom och samtidigt objektivt sämre hälsa var det mindre troligt med samsyn jämförelsevis med om patienten uppfattades ha bättre hälsa. Vid icke allvarlig sjukdom där patienter trodde sig vara vid sämre hälsa fanns inget konstaterat samband med samsyn .

Vid allvarlig sjukdom där patienten själv upplever bättre hälsa fanns större samsyn än hos patienter som upplevde sämre hälsa (8).

Reaktioner och olikheter i sjukdomsbeteende beror på skillnader i livsstil, personlighet och tidigare erfarenheter (13). Vissa av de anpassningar patienten gör är inte alltid ändamålsenliga, det gäller dock att visa respekt för patientens egna val och bidra med kunskap (4). Då patientens psykologiska svar på sjukdom är annorlunda än vad man förväntat sig måste man fråga sig vad denna situation betyder för just denna enskilda patient (13). Då det gäller patientens egna helt unika lidande och inte vårt egna lidande, måste vi akta oss för våra egna värderingar. Det är detta unika som ger den sjuka människan sin egen speciella ensamhet (14).

Vår somatognosi, som innebär vårt kroppsmedvetande eller vår kroppsuppfattning varierar från en tid till en annan och från en människa till en annan. Häri ingår våra sjukdomskänslor vår rädsla för sjukdom och vår beredskap för ångest.

Sjukdomskänslans hot minskar ju mer från det egna jaget en åkomma är såsom ett sår eller en fraktur. Det finns en distans mellan sjukdomen och jaget (13).

Vid omvårdnad måste respekten för patientens autonomi och integritet vägas emot den kunskap som finns i själva vårdandet. Vi som vårdare måste acceptera den person vi har framför oss så som den är med den berättelse han eller hon väljer att lämna ut.

Respekten måste vara flerdimensionell vilket innebär att vi, måste ha respekt för patientens integritet oavsett hans eller hennes förmåga till autonoma handlingar (14).

## AVSLUTANDE REFLEKTIONER

Ur sjuksköterskans omvårdnadssynpunkt var resultaten som kom fram i denna studie intressanta men skrämmande. Som sjuksköterska var min förutfattade mening att jag skulle få ett annat resultat med mer ”hårddata” såsom ålder, kön m.m.

Resultatet jag istället fick gör att jag känner mig ödmjuk inför kommande omvårdnadssituationer med mina patienter.

Att arbeta evidensbaserat med omvårdnad, är för mig en självklarhet och vidare forskningsresultat kan hjälpa mig i mitt arbete. Här skulle jag vilja komplettera med fler kvalitativa studier. Det är dock enligt min åsikt inte nödvändigt att invänta dessa resultat för att påbörja ett mer individuellt patientarbete där autonomi får styra och där inte vi sjukvårdspersonal äger processen utan där patienten äger den själv.

Blivande sjuksköterskor bör få del av den kunskap som här kommit fram för att bli varse det stora omvårdnadsbehov patienter har i form av patientundervisning och kontinuitet och tillgänglighet. Hon bör också förstå och lära sig att möta patienters känslor som oro och otrygghet.

Inför omvårdnadsmötet behöver vi här implementera dessa fakta som kommit fram och hjälpa till att stärka patientens förmåga att tro på sig själv. Vi måste stötta och kompensera där det behövs. Vi måste möta patienten där den befinner sig och instruera utan att manipulera. Som sjuksköterska måste jag arbeta med mig själv för att förstå att det kan ta tid och att det är viktigt att patienten får ändras i den takt hon/han behöver, över tid. Patienten bör ses som en partner och för att förverkliga varje patients aktiva medverkan till och del i behandlingen skall man ta reda på patientens inställning och erfarenheter till livsstilsförändring, prevention och behandling.

Kontinuitet bör ligga som en grund för omvårdnadsarbetet och patienten skall hela tiden känna att sjuksköterskan finns till hands i bakgrunden om patienten behöver henne.

Syftet med denna studie var att beskriva de faktorer som påverkar samsyn till prevention och behandling hos patienter med kronisk sjukdom. Frågeställningen var hur kan sjuksköterskan hjälpa patienter att följa sin individuella behandlingsplan.

Under denna studie har det klart framkommit att patientens brist på kunskap är en stor faktor. Det har också framkommit hur mycket känslor som patienter bär på. Patienters önskemål om kontinuitet och mer tid för omvårdnadsmötet är inte lika förvånande men inte minst en lika viktig faktor att beakta och arbeta vidare för.

Kontinuitet och mer tid till omvårdnadsmöte mellan sjuksköterska och patient måste inte resultera i mindre pengar för samhället. Mer tid till patienten i form av sjuksköterskeledd individanpassad utbildning med kontinuitet i mötet med sjuksköterskan kan istället ge mer pengar över till samhället. Det kan också ge mer positiva känslor, ökad trygghet och livskvalitet för patienten som ett resultat.

Artiklarna i denna studie kom från 3 olika världsdelar genom USA, Taiwan och de Nordiska länderna ( Island, Finland, Sverige). Resultatet återspeglade hur lika omvårdnadsbehovet är i de olika länderna trots stora avstånd i mil.

## REFERENSLISTA

1. Ihre T(red.), Fastbom J, Fuchs R, Melander A, Nilsson L, Nordström Torpenberg I, Petersson S. *Enligt ordination-om bättre läkemedelsanvändning*. Lund: Studentlitteratur; 2005.
2. Landstingsförbundet. Rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning (ABLAII) *Mindre sjukdom och bättre hälsa genom följsamhet till läkemedelsordinationerna*. Professionernas roll. Stockholm:2001.
3. Bogentoft S(red.), Burman K, Lönngren K. *Läkemedelsboken 2007/2008*. Stockholm: Apoteket AB; 2007.
4. Hunskaar S(red.), *Allmänmedicin*. Danmark: Studentlitteratur; 2007.
5. Lundborg M, Gustafson T, *AstmaPraktika-Handbok i astmabehandling med fallbeskrivningar*. Mölndal: AstraZeneca ; 2007.
6. Lundborg M, Gustafson T, *KOL praktika- Handbok i KOL-behandling med fallbeskrivningar*.Lund: Draco Läkemedel AB; 2007.
7. Holmner E, Sundberg R. *Omvårdnad vid astma*. Lund: Studentlitteratur;2000.
8. DiMatteo R, Haskard K, Williams S. *Health Beliefs, Disease Severity, and Patient Adherence: A Meta-Analysis*. Medical Care; 2007(45):521-528
9. Hanssen I. *Omvårdnad i ett mångkulturellt samhälle*. Lund: Studentlitteratur;1998 Andra upplagan.
10. Eide H, Eide T. *Omvårdnadsorienterad kommunikation*. Lund: Studentlitteratur;1997.
11. Faulkner A. *Det professionella samtalet. Om samspel och kommunikation i omvårdnadsprocessen*. Falköping: Liber AB; 2003.
12. WHO. *Integrated chronic disease prevention and control*. World Health Organization: 2009 (läst 2009-05-09).  
Tillgänglig : [http://www.who.int/chp/about/integrated\\_cd/en/index.html](http://www.who.int/chp/about/integrated_cd/en/index.html)
13. Skoog G. *Att uppleva sjukdom*. Lund: Studentlitteratur; 1997.
14. Dahlberg K, Segersten K, Nyström M, Suserud B-O, Fagerberg I, *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
15. Socialstyrelsens författningssamling 2005. *Kompetensbeskrivning för sjuksköterskor*. 2005-105-1.

16. SFS 1982:763. Hälso och sjukvårdslagen. Socialstyrelsen: 2009 (läst 2009-05-09).  
Tillgänglig: <http://www.notisum.se/rnp/sls/LAG/19820763.htm>
17. VG-regionen. *Krav och Kvalitetsbok*. Västra Götalandsregionen: 2009. (läst 2009-05-08).  
Tillgänglig: <http://www.vgregion.se/Pages/117740/kravboken%20senaste%20vers.pdf?epslanguage=sv>
18. Hård af Segerstad H, Klasson A, Tebelius U. *Vuxenpedagogik-att iscensätta vuxnas lärande 2:a rev.upplagan*. Polen: Studentlitteratur; 2007.
19. Klang Söderkvist B(red). *Patientundervisning*. Polen: Studentlitteratur; 2001,
20. Svederberg E. Svensson L. Kindeberg T. *Pedagogik I hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur; 2001.
21. Lisspers K. *Organisation of Asthma in Primary Care , Quality of Life and Sex-related Aspects in Asthma Outcomes*. Uppsala: Uppsala University; 2008.
22. Kull I, Johansson G, Lisspers K, Jagorstrand B, Romberg K, Tilling B, Ställberg B. *Astma/KOL mottagningar ger effektivt omhändertagande*. *Läkartidningen*; 2008 (42): 2937-2940.
23. Berg L. *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom och sjuksköterskor i medicinsk vård*. Göteborg: Göteborg University; 2006.
24. Orem D. *Nursing concepts of practice 4<sup>th</sup> ed*. St.Louis Missouri: Mosby-Year Book, Inc; 1991.
25. Eriksson K. *Vårdandets ide´*. Stockholm: Liber AB; 2000.
26. Eriksson K. *Vårdprocessen 4:e upplagan*. Göteborg: Liber AB; 2000.
27. Van Grunsven P. Van Schayck C. Van Deuveren M. Van Herwaarden C. Aakermans R. Van Weel R. *Compliance during Long-Term Treatment with Fluticasone Priopinate in Subjects with Early Signs of Asthma or Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): Results of the Detection, Intervention, and Monitoring Program of COPD and Asthma (DIMCA) study*. *Journal of Asthma*; 2007(37)3: 225-234
28. Haupt D. Krigsman K. Nilsson L. *Medication persistence among patients with asthma/COPD drugs*. *Pharm World Sci*; 2008(30): 509-514
29. Forsberg C, Wengström Y. *Att göra systematiska litteratur studier*. Stockholm: Natur och Kultur; 2003.

30. Bounard P. *Teaching the analysis of textual data: an experiential approach*. Nurse Education Today;1996(16): 278-281
31. Kyngnäs H, Lahdenperä T. *Compliance of patients with hypertension and associated factors*. Journal of Advanced Nursing;1999(4):832-839
32. Lindberg M, Ekström T, Möller M, Ahlner J. *Asthma care and factors affecting medication compliance: the patient's point of view*. International Journal for Quality in Health Care; 2001(13) 375-383
33. Jones RCM, Hyland M, Hanney K, Erwin J. *A qualitative study of compliance with medication and lifestyle modification in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)*. Primary Care Respiratory Journal; 2004:149-154
34. Johnson G, Kong D, Thoman R, Stewart K. *Factors Associated With Medication Nonadherence in Patients With COPD*. Chest;2005(128) 3198-3204
35. Mårdby A-C, Åkerlind I, Jörgensen T. *Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients*. Patient Education and Councelling; 2007(69): 158-164
36. Kutzleb J, Reiner D, *The Impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure*. Journal of American Academy of Nurse Practitioners; 2006(18):116-123
37. Huang T-T, Li Y-T, Wang C-H. *Individualized programme to promote self-care among older adults with asthma: randomized controlled trial*. Journal of Advanced Nursing; 2008:348-358
38. Hederos C-A, Janson S, Hedlin G. *Group discussions with parents have long-term positive effects on the management of asthma with good cost-benefit*. Acta Paediatrica; 2005(94):602-608
39. Thorsteinsson L. *The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing*. Journal of Clinical Nursing; 2002(11): 32-40
40. Kursportal. Anslagstavla för OM 1640. *Riktlinjer för Omvårdnad - Examensarbete 1*. Göteborgs Universitet: 2009.  
<http://kursportal.student.gu.se/inst/OM/OM1640/anslagstavla/index.php>

## BILAGA 1. ARTIKELSÖKNING

Datum	Databas	Sökord	Begränsningar	Antal träffar / Granskade	Utvalda artiklar/ referensnummer
12/3	Pub.med	Concordance and asthma and COPD	1999-2009	16 /16	0
12/3	Pub.med	Compliance medication asthma COPD	1999-2009	57/57	3/33,34.35
13/3	Cinahl	Compliance and asthma and COPD	1999-2009	32/32	0
13/3	Cinahl	Compliance Concordance Medication	1999-2009	85/85	0
2/4	Cinahl	Nurse and Education And Asthma	1999-2009	2	0
2/4	Cinahl	Nurse and Education and COPD	1999-2009	0	
2/4	Cinahl	Nurse and Copliance and COPD	1999-2009	0	
2/4	Cinahl	Nurse and Adherence and COPD	1999-2009	0	
2/4	Cinahl	Nurse and Adherence and Asthma	1999-2009	0	
2/4	Cinahl	Education and Nurse and Compliance	1999-2009	184/0	0 ohanterbart material
2/4	Cinahl	Compliance and Nurse and Asthma	1999-2009	0	
2/4	Cinahl	Education and Nurse and Compliance	1999-2009	19/19	2/ 32,37
2/4	Cinahl	Chronic disease	1999-2009	118/0	0 ohanterbart material
2/4	Cinahl	Chronic disease and Asthma and Education	1999-2009	2/2	1/36
2/4	Cinahl	Chronic disease and COPD and Education	1999-2009	0	
2/4	Cinahl	Chronic Disease and Compliance and Education	1999-2009	3/3	1/31
3/4	Cinahl	Patient Education. and Nurse and Chronic disease.		76/76	0
3/4	Cinahl	Patient education and Nurse and Chronic disease	1999-2009	66/66	1/39

13/4	Pub Med	Nurse ,Education ,Asthma ,copd	1999-2000	29/29	0
13/4	Pub Med	Nurse, Education, Asthma,copd ,Compliance	1999-2000	9/9	0
13/4	Pub Med	Factors,Compliance,Medicin, Nurse		137/0	ohanterbart material
13/4	Pub Med	Factors, Compliance,Medicin,Nurse	1999-2009	52/52	1/38

\* COPD = Chronic Obstructive Pulmonary Disease vilket motsvarar KOL d.v.s.  
Kronisk Obstruktiv Sjukdom på svenska.

## BILAGA 2

### ARTIKELPRESENTATION

**Referensnummer:** 31  
**Författare:** Kygenäs Helvi.  
**Titel:** Compliance of patients with hypertension and associated factors  
**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing  
**År:** 1999  
**Land:** Finland  
**Syfte:** Att utforska faktorer till compliance vid hypertoni.  
**Metod:** Kvantitativ studie där ett frågeformulär skapades exklusivt för denna studie med 27 frågor angående livsstil, återbesök, rökning och medicinintag.  
**Urval:** 138 patienter under 63 år från 3 förorter och 1 stad  
**Antal referenser:** 35

---

**Referensnummer:** 32  
**Författare:** Lindberg M, Ekström T, Möller M, Ahlner J.  
**Titel:** Asthma care and factors affecting medication compliance: the patient's point of view  
**Tidskrift:** International Journal for Quality in Health Care  
**År:** 2001  
**Land:** Sverige  
**Syfte :** Att identifiera viktiga faktorer som påverkar patientens compliance till intag av receptförskrivna mediciner och hitta aspekter om astmavård från ett patientperspektiv.  
**Metod:** Kvalitativ enkätstudie  
**Urval:** 63 patienter >18år med astmadiagnos från 11 vårdcentraler i södra Sverige valdes slumpmässigt ut..  
**Antal referenser:** 37



**Referensnummer:** 33  
**Författare:** Jones R.C.M., Hyland M, Hanney K, Erwin J.  
**Titel:** A qualitative study of compliance with medication and lifestyle modification in Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)  
**Tidskrift:** Primary Care Respiratory Journal  
**År:** 2004  
**Land:** Storbritannien  
**Syfte:** Att undersöka faktorer som påverkar patienters compliance till inhaleda läkemedel mot KOL och deras compliance till hälsorelaterade handlingar i förhållande till rökning, motion och diet.  
**Metod:** Kvalitativ studie med bandinspelade intervjuer där man även antecknade på papper. Patienterna fick svara på frågor angående vad de kunde om sin sjukdom, sina mediciner, rökning, motion och diet samt om de själva vill ta upp något särskilt.  
**Urval:** 5 grupper med 29 patienter i varje. Man försökte sätta ihop grupperna så lika som möjligt med tanke på kön, sjukdomsgrad, rökare och icke rökare.  
**Antal referenser:** 15

---

**Referensnummer:** 34  
**Författare:** Johnson.G, Kong D, Thoman R, Stewart K.  
**Titel:** Factors Associated With Medication Nonadherence in Patients with COPD  
**Tidskrift:** Chest  
**År:** 2005  
**Land:** Australien  
**Syfte:** Att hitta faktorer som påverkar till medicin adherens hos patienter med KOL och jämföra hälsouppfattningar, erfarenheter och handlingar hos patienter med KOL som rapporterar god adherens med dem som rapporterar sämre adherens.  
**Metod:** Kvantitativ studie med enkätundersökning som bestod av 30 frågor angående hälsouppfattning och beteende ihop med en enkät om självuppfattad adherens-The medication adherence report scale(MARS).  
**Urval:** 276 patienter med KOL fick enkät via lungrehabiliterings center.  
**Antal referenser:** 68

**Referensnummer:** 35  
**Författare:** Mårdby A-C, Åkerlind I, Jörgensen T.  
**Titel:** Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy patients.  
**Tidskrift:** Patient Education Councelling  
**År:** 2007  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att undersöka om allmän tro på mediciner associerade med själv skattad adherens och om allmän tro på mediciner påverkades av ålder, utbildning, var man var född och medicinförbrukning.  
**Metod:** Kvantitativ studie med frågeformulär innefattande (BMQ) Beliefs about medicines Questionnaire samt (MARS) the self reporting Medication Adherence Report Scale med variablerna kön, ålder, utbildning, födelseland och medicinandvändning  
**Urval:** 324 patienter minimum 18 år som talade svenska och tog kölapptill på apoteket till receptdisken samt receptfritt disken.  
**Antal referenser:** 33

---

**Referensnummer:** 36  
**Författare:** Kutzleb J, Reiner D.  
**Titel:** The impact of nurse-directed patient education on quality of life and functional capacity in people with heart failure  
**Tidskrift:** Journal of the American Academy of Nurse Practitioners  
**År:** 2006  
**Land:** USA  
**Syfte:** Att utvärdera om inverkan av sjuksköterskeledd patientutbildning med fokus på livsstilsförändring vad gäller diet, vikt och medicinintag leder till förhöjd livskvalitet.  
**Metod:** Kvantitativ jämförande studie mellan 2 grupper . En grupp fick läkarbesök och sjuksköterskeledd undervisning med telefonuppföljning .Den andra gruppen fick handläggande enligt sedvanlig rutin ,vilket innebar läkarbesök men ej uppföljning av sjuksköterska.  
**Urval:** 23 patienter mellan 18-75 år  
**Antal referenser:** 15

**Referensnummer:** 37  
**Författare:** Huang T-T, Li Y-T, Wang C-H.  
**Titel:** Individualized programme to promote self-care among older adults with asthma: randomized controlled trial  
**Tidskrift:** Journal of Advanced Nursing  
**År:** 2008  
**Land:** Taiwan  
**Syfte:** Att undersöka effekten av ett individanpassat självhjälps program hos äldre patienter med astma.  
**Metod:** Kvantitativ studie (prospektiv randomiserad kontroll studie) där man slumpmässigt delade in patienter i 3 grupper: traditionellt handhavande, individanpassad undervisning med sjuksköterska, individanpassad undervisning med sjuksköterska och dessutom PEF(Peak Expiratory Flow) mätning. Uppföljning efter 6 månader.  
**Urval:** 138 kinesiskt talande vuxna patienter > 18 år med astma sedan minst 6 månader och som stått på inhalations mediciner sedan minst 3 månader.  
**Antal referenser:** 30

---

**Referensnummer:** 38  
**Författare:** Hederos C-A, Janson S, Hedlin G.  
**Titel:** Group discussions with parents have long-term positive effects on the management of asthma with good cost-benefit  
**Tidskrift :** Acta Paediatrica  
**År:** 2005  
**Land:** Sverige  
**Syfte:** Att se om en interventionsgrupp med extra information och stöd för föräldrar till förskolebarn kunde öka adherens och kliniska resultat.  
**Metod:** Kvantitativ kontrollerad studie där man slumpvis hamnade i en kontrollgrupp eller i en interventionsgrupp där 4 gruppdiskussionsträffar ingick med sjuksköterska närvarande vid varje träff samt doktor och psykolog vid olika träffar.  
**Urval:** Föräldrar till 60 nydiagnostiserade barn med astma i åldrarna mellan 3månader och 6 år.  
**Antal referenser:** 28

**Referensnummer:** 39  
**Författare:** Thorsteinsson Laura.  
**Titel:** The quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing  
**Tidskrift:** Journal of Clinical Nursing  
**År:** 2001  
**Land:** Island  
**Syfte:** Att undersöka hur individer med kronisk sjukdom uppfattar omvårdnad och hur det höjer livskvaliten.  
**Metod:** Kvalitativ fenomenologisk studie med djupintervjuer.  
**Urval:** 11 patienter mellan 39-80år med kronisk sjukdom. HIV och cancerpatienter exkluderades.  
**Antal referenser:** 68

---