

# Möten i vården – möten att vårda

En litteraturstudie om faktorer som medför att ett möte mellan sjuksköterska och patient upplevs som bra.

<b>FÖRFATTARE</b>	Teresia Dahl Malin Johansson
<b>PROGRAM / KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 120 p. Omvårdnad – Eget arbete Höstterminen 2006
<b>OMFATTNING</b>	10 p.
<b>HANDLEDARE</b>	Lena Ask
<b>EXAMINATOR</b>	Joakim Öhlén

Titel (svensk):	Möten i vården – möten att vårda
Titel (engelsk):	Encounters in health care – encounters to care for
Arbetets art:	Eget arbete, fördjupningsnivå 1
Program:	Sjuksköterskeprogrammet, 120 p.
Kurs:	Omvårdnad – Eget arbete
Kurskod:	VOM200
Kursbeteckning:	SPN6
Arbetets omfattning:	10 p.
Sidantal:	20 sidor
Författare:	Teresia Dahl Malin Johansson
Handledare:	Lena Ask
Examinator:	Joakim Öhlén

---

## **SAMMANFATTNING**

Varje dag ställs vi människor inför möten som innebär ett samspel där vi berörs och reagerar på varandra. Begreppet möte har en stor vidd med många infallsvinklar, samtidigt går det att urskilja flera likheter i olika möten mellan sjuksköterska och patient. I det goda mötet ingår tillit, inbjudande hållning och trygghet.

Kommunikationen är avgörande i mötet där dialog och kroppsspråk ingår. Syftet med litteraturstudien var att finna faktorer som medförde att ett möte mellan sjuksköterska och patient upplevdes som bra. Metoden var en litteraturstudie där elva artiklar har granskats. Resultatet visade från både sjuksköterskans och patientens perspektiv vilka faktorer som medförde att ett möte upplevdes som bra. Huvudteman i resultatet beskrev vad sjuksköterskan behövde för att möta patienten: Kompetens och erfarenhet, Medvetenhet och Handling. En förutsättning för att ett möte skulle upplevas som bra var att patienten kände att sjuksköterskan hade rätt kompetens och att den innefattade både teknisk och teoretisk kunskap så väl som kommunikativ förmåga. Sjuksköterskans livs- och yrkeserfarenhet samt inre trygghet kunde underlätta inför mötet med patienten och detta ledde i sin tur till personlig utveckling. Medvetenhet i tolkningen av patientens välbefinnande och vara fullt närvarande i situationen, var en viktig grund för vårdandet. Sjuksköterskan visade bekräftelse genom att vara entusiastisk, ha ögonkontakt och använda ett bekräftande kroppsspråk. Uppsatsen visar att varje möte är unikt och att vissa faktorer kan användas i varje möte mellan sjuksköterska och patient. För att ett möte mellan patienten och sjuksköterskan ska upplevas som bra behöver sjuksköterskan kunna se helheten. Det är viktigt att sjuksköterskan har med sig varje del in i mötet för att på bästa sätt kunna möta patienten.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION</b> .....	1
<b>SYFTE</b> .....	1
<b>BAKGRUND</b> .....	1
<b>Mötet</b> .....	1
<b>Bemötande, kommunikation och interaktion</b> .....	3
<b>Teoretisk referensram</b> .....	4
Människa, sjuksköterska och patient .....	5
Kommunikation och interaktion .....	5
Den mellanmännsliga relationen .....	5
<b>METOD</b> .....	6
Litteratursökning .....	6
Analys .....	7
<b>RESULTAT</b> .....	7
<b>Kompetens och erfarenheter</b> .....	7
Kompetens .....	7
Erfarenheter .....	8
Hantering av svårigheter .....	8
<b>Medvetenhet</b> .....	8
Självbestämmande .....	9
Engagemang .....	9
<b>Handling</b> .....	10
Lära känna .....	10
Närvara .....	11
Bekräfta .....	11
<b>DISKUSSION</b> .....	12
<b>Metoddiskussion</b> .....	12
<b>Resultatdiskussion</b> .....	15
Resultat utifrån Travelbees teori .....	15
Faktorer i mötet .....	16
Reflektion .....	17
<b>Slutsats</b> .....	17
<b>REFERENSER</b> .....	19
<b>BILAGA</b> Artikelöversikt	



# INTRODUKTION

Under utbildningens gång har vi båda funderat på och diskuterat betydelsen av bemötandet i vården. Extra tydligt blir detta under praktiken när man som student ofta har en iakttagande roll. Vi har varit med om både bra och dåliga exempel på bemötanden som har gjort att tankar och intresse har väckts. Litteraturen beskriver och poängterar mötets betydelse inom vården, ändå har vi bevittnat många dåliga exempel. Varför? Är det bara möjligt att skapa bra möten när personkemin stämmer överens, eller kan man finna andra vägar som leder till att möten upplevs som bra? För att söka svar på frågorna tycker vi att det vore intressant att studera vad det är som behövs för att ett möte ska utvecklas till något bra. I och med att vi är intresserade av *själva mötet* mellan två människor, sjuksköterskan och patienten, har vi valt att inrikta oss på olika slags möten, som sker i olika sammanhang. Vi vill kunna använda oss av resultatet i vårt framtida yrkesliv, som något att vid behov gå tillbaka till inför ett möte med en patient.

För tydlighetens skull har vi valt att benämna sjuksköterskan som ”hon” och patienten som ”han” konsekvent genom hela uppsatsen, men vi avser då både manliga och kvinnliga sjuksköterskor och patienter.

## SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att finna faktorer som medför att ett möte mellan sjuksköterska och patient upplevs som bra.

## BAKGRUND

Socialstyrelsen har givit ut en kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor som innehåller rekommendationer om yrkeskunnskap, kompetens, erfarenhet och förhållningssätt. Syftet med kompetensbeskrivningen är att tydliggöra sjuk-sköterskans yrke och profession vilket skall leda till en god och säker vård för patienten. Sjuksköterskans förhållningssätt handlar om hennes inställning eller anda som är en viktig del av bemötandet och agerandet inför en uppgift och situation (1).

## Mötet

Begreppet *möte* härstammar från yngre svensk forntid. Det beskrivs som ett slumpmässigt sammanträffande med en annan människa, ett djur eller ett föremål. Möten som av tradition ofta haft en magisk eller ödesdiger innebörd. Detta har haft stor betydelse i de flesta kulturernas övertro, då det skiljs mellan goda och onda möten. Mötet kan även vara planerat, då benämns det som sammankomst (2).

Möten ställs vi människor inför varje dag och det är grunden till all kontakt, mänsklig utveckling och tillväxt. Möten innebär ett samspel där vi berörs och reagerar på

varandra. Våra reaktioner är individuella och styrs av vårt inre, våra erfarenheter, förväntningar och tolkningar av den speciella situation som just det mötet vi befinner oss i innebär (3). Betydelsefulla möten i vården sker varje dag. Varje möte är unikt, men ett mönster kan urskiljas och begrepp som bemötande, samspel, bekräftelse och kommunikation visar sig på olika sätt i dessa möten (4).

Möten kan vara av olika slag. Här följer ett antal beskrivningar av olika slag av möten:

I en studie av Elisabet Sjöstedt om det *första mötet* mellan sjuksköterska och patient i psykiatrisk vård användes en teoribaserad modell som stöd. Modellen ger sjuksköterskan en möjlighet att utveckla sina kunskaper och förmåga till reflektion. Resultatet visar att sjuksköterskan har ett ansvar för att patienten i det första mötet känner sig respekterad som en unik person. Har sjuksköterskan teoretisk kunskap, moralisk medvetenhet och förmåga till självständigt handlande kan hon leva upp till ansvaret som krävs. En förutsättning för ett vårdande första möte är att ansning är del i vårdhandlingen. Visar vårdaren tillit och har en inbjudande hållning kan det leda till att patienten vågar öppna sig och i mötet visa den förtvivlan som lidandet innebär. Språket har en betydande roll i det första mötet (5). Det första intrycket från det första mötet är ofta starkt och tar tid att förändra (6).

Ett möte kan vara *kort* men samtidigt vänligt och ge patienten ett bestående minne av sättet han blivit bemött på. Mötet mellan röntgensjuksköterskan och patienten bekräftas genom röntgensjuksköterskans kroppsspråk liksom att ett respektfullt bemötande påverkar patientens känsla för mötet i en positiv riktning. En bibehållen integritet är viktig för både röntgensjuksköterskan och patienten. Interaktion, kommunikation, delaktighet och kunskap är betydelsefulla begrepp för att ett kort möte ska bli ett bestående minne hos patienten (7).

I sin avhandling riktar Febe Friberg sitt intresse mot det *pedagogiska mötet* mellan patient och sjuksköterska på en medicinsk vårdavdelning. Pedagogiska möten präglas av dess karaktär, innehåll, villkor och var mötet äger rum. Patientens tillvägagångssätt för att få veta och förstå handlar om att observera sjuksköterskans tal och handling. Genom att ställa frågor både direkta och indirekta får patienten den kunskap han saknar. Patienten kan tolka sjuksköterskans kroppsspråk eller söka egna vägar för att få veta och förstå (8).

*Trygga möten* är det som eftersträvas i vården, men alla möten är inte trygga. *Otrygga möten* kännetecknas av att de väcker rädsla, uppgivenhet och frustration. När ett möte inte blir som förväntats är det viktigt att finna en lösning på problemet. Förväntningar på ett möte kan göra att det inte blir som det var tänkt. Alla har olika förutsättningar för att möta andra människor. För att bli bättre rustad att klara av otrygga möten krävs goda rutiner för mottagandet av patienten (3).

Som sjuksköterska inom vården möter personalen ofta patienter från andra länder med en annan sociokulturell bakgrund, etnicitet, religion och annat språk. I dessa *transkulturella möten* med patienterna är det nödvändigt att sjuksköterskorna har ett transkulturellt synsätt och uppmärksammar patienten, så att alla får hälso- och sjukvård på så lika villkor som möjligt. Exempel på detta är att använda tolk och vara lyhörd för patientens behov (9).

När en patient är i ett *livsavgörande skeende* kan mötet med en vårdare komma att bli betydelsefullt för patientens fortsatta existens. Mötet har en betydande roll för människans existentiella och andliga hälsa, och kan ge patienten möjlighet att öppna sig för sitt lidande. Uteblir dessa möten finns det risk för att patienten fastnar i ett vad Arne Rehnsfeldt kallar för ett livsförståelsemörker och i detta upplevs endast död. Att det försvinner som tidigare gav livet mening. Men det livsavgörande skeendet kan även omdefinieras och exempelvis innefatta en så viktig och meningsfull händelse som att föda barn. Om vårdaren har en god livsförståelse underlättar detta för vårdaren att klara av att möta patienten (10).

Litteraturen visar att *möte* är ett begrepp med stor vidd och många infallsvinklar. Det finns olika typer av möten. Samtidigt som begreppet möte är stort och brett, går det att urskilja flera likheter i mötet mellan sjuksköterska och patient. Mötet handlar om tillit, inbjudande hållning och trygghet. Kommunikationen har en avgörande betydelse i mötet där dialog och kroppsspråk ingår.

## **Bemötande, kommunikation och interaktion**

I sin avhandling beskriver Madeleine Bergh vikten av *medvetenhet om bemötande*. Hon har inriktat sig på sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning. Bemötandet har en betydande roll i mötet och handlar om sjuksköterskans medvetenhet och förmåga att leva sig in i andra personers behov och reaktioner. Madeleine Bergh avser även det sociala växelspel som sker mellan personer. Medvetenhet framställs som sjuksköterskans kunnande när det gäller att sätta sig in i patientens attityd och perspektiv. För att få en medvetenhet om bemötandet spelar förhållningssättet och det pedagogiska tillvägagångssättet en viktig roll. Förhållningssättet kan visa hur relationen mellan sjuksköterskan och patienten ser ut. Tillvägagångssättet presenteras i termer av passivt och aktivt. Det pedagogiska tillvägagångssättet avgör hur information överförs och kunskap utbyts (11).

Inom vården finns det problem med bemötandet. Hos Förtroendenämnden i Stockholms läns landsting finns det beskrivningar av ärenden som belyser bemötandet. Sämst var det inom allmänmedicin, där 30 % av kvinnorna och 17 % av männen ansåg att bemötandet inte uppfyllde deras förväntningar. Faktorer bakom förutom kön är; ålder, upplevelse av hälsotillståndet och utbildningsnivå (12).

För människan är kommunikation ett primärt behov och handlar om ett ömsesidigt utbyte som ger en överföring av information. Kommunikation ger förutsättningar för psykisk, social och kulturell utveckling. Kommunikationen fordrar ett språk eller en kod med vilken informationen uttrycks och även ett fysiskt medium med vilket informationen överförs (13).

Kommunikation är en ständigt pågående process och kommunicera är att utföra sociala handlingar. Begreppet beskrivs som en utväxling av budskap och det utgår och tolkas alltid i ett meningssammanhang. Det handlar om att göra något gemensamt och en ömsesidig förståelse bör finnas för att kommunikationen ska ske på rimliga villkor. Det finns åtskilliga former av begreppet kommunikation och ett exempel är den verbala och ett annat den ickeverbala kommunikationen. Flertalet kommunikationsteoretiker

förknippar begreppet endast med avsiktliga handlingar, där sändaren har avsikten att meddela något till mottagaren (14):

”I en sådan kommunikationsakt finns också en tydlig rollfördelning: Den ena parten *har för avsikt att göra något känt*, den andra *utgår från detta* och har till uppgift att ta del av något som bara den andra parten kan ge” (14 sid 15).

Enligt Jürgen Habermas i Merry Scheels bok, är den fördomsfria och ömsesidigt förståelseorienterade kommunikationen en grund för språklig interaktion. Interaktion har formulerats i fyra giltighetskrav som inte kan kringgås. Han menar att det i en samtalsituation finns både talare och åhörare som är medvetna om kraven vilka är nödvändiga för att göra samtalsituationen begriplig och utan dolda krav. Det första av de fyra kraven handlar om att parterna ska *förstå* varandra, talaren måste välja förståeliga ord och uttryck samt vara grammatiskt korrekt. Det andra kravet består av att talaren har för avsikt att förmedla en kunskap som är *sann*. I det tredje kravet uttrycker han vikten av att talaren är *ärlig och trovärdig* vilket leder till att åhöraren känner tillit till det som sägs. Slutligen handlar det fjärde kravet om att samtalet ska bygga på *etiskt försvarbara förutsättningar* som överensstämmer med normerna för mellanmännsliga relationer (15).

Interaktion beskrivs som en process där grupper eller individer påverkar varandra ömsesidigt genom sitt handlande. Språk, gester och symboler kan användas för att förmedla påverkan (16). Ett möte mellan sjuksköterska och patient genomförs vanligtvis genom direktkontakt eller via telefon. Interaktionsfasen är målmedveten. Sjuksköterskan ska underlätta för patienten att förklara sina symtom, hon ska tolka informationen rätt och använda sig av patientens information för att uppfylla målen för mötet. Ett möte innefattar ett samspel mellan deltagarna. Inom vården spelar attribut och roller, situationens bakgrund och sammanhang, normer och värderingar inom området och samhället, stor roll. Ömsesidighet och tillit är det centrala i en sjuksköterska-patient relation och detta präglar sjuksköterskans yrkesutövning. Relationen mellan sjuksköterska och patient är uppbyggd på graden av ömsesidighet och tillit i både de enskilda mötena och tiden där emellan. Interaktionsfasen är tidsbunden och tiden för denna är betydelsefull. Olika möten med olika människor kräver en varierande mängd tid. Platsen för mötet har betydelse för både sjuksköterskan och patienten, till exempel graden av avskildhet, distraktion och miljöfaktorer som ljus, ljud och temperatur (17).

## **Teoretisk referensram**

Joyce Travelbee föddes i New Orleans, USA 1926 och dog 1973. Hon arbetade som psykiatrisjuksköterska och lärare på sjuksköterskeutbildningen. Travelbee fokuserar på relationen sjuksköterska och patient och hon betonar människan som individ och vill med detta avfärda identiteterna sjuksköterska och patient. Hon presenterar en interaktionsprocess med fokus på utveckling av relationen sjuksköterska och patient, som senare i interaktionen utvecklas till ett människa – människa förhållande. Här ingår kommunikation och den mellanmännsliga relationen. Övriga begrepp som ingår i hennes teori är lidande och mening (18).



Travelbee använder sig ibland av begreppet ”den sjuke” istället för patient. Den följande delen av den teoretiska referensramen följer hennes terminologi.

### **Människa, sjuksköterska och patient**

Människor har en tendens att kategorisera individer, till exempel sjuksköterska och patient. Detta gör att människan reagerar på kategorin istället för på själva individen. Travelbee definierar människan som en unik och oersättlig individ. Alla människor beskrivs som en engångsföreteelse, lik och samtidigt olik alla andra. Människan är en biologisk organism som växer, utvecklas och ändras under hela sin livstid. Hon påverkas, influeras och ändras av arv, miljö, kultur samt de upplevelser som hon har erfårit. Den professionella sjuksköterskan hjälper en eller flera individer med att förebygga eller bemästra deras erfarenheter av sjukdom och lidande. Om det behövs hjälper hon individen att hitta mening i sina erfarenheter. Travelbee menar att begreppet patient är en stereotyp och som bara fungerar praktiskt i kommunikations-sammanhang. I verkligheten finns det inga patienter, menar hon. Det finns helt enkelt bara människor som behöver omsorg, tjänster och hjälp från andra människor som kan ge dem den hjälp de behöver. Sjuksköterskerollen bör överskridas ifall sjuksköterskan ska kunna se och relatera sig till andra människor så som människor, istället för så som sjuksköterskor till patienter. Det individuellt unika hos sjuksköterskan upplevs av patienten, så som det unika hos patienten upplevs av sjuksköterskan. Det är bara när de står mittemot varandra som människa mot människa, utan sina roller, ett verkligt förhållande kan etableras (18).

### **Kommunikation och interaktion**

Kommunikation har en djup inverkan på graden av mellanmänsklig närhet i sjuksköterskesituationer. Den kan på olika sätt få människor att närma sig och hjälpa varandra och/eller stöta bort och såra varandra. Den sjuke kommunicerar till sjuksköterskan genom sitt utseende, beteende, hållning, ansiktsuttryck, manér, gester och sjuksköterskan gör det samma gentemot den sjuke. Både den sjuke och sjuksköterskan kommunicerar, medvetet och omedvetet. Kommunikation kan betraktas som en process för information eller överföring av tankar och känslor. Detta är en ömsesidig process och även i det enklaste mötet mellan sjuksköterskan och den sjuke påverkar de varandra. Sjuksköterskan inverkar på den sjuke, som i sin tur inverkar på sjuksköterskan.

Interaktionsprocessens mål; - att lära känna den sjuke,  
- att konstatera och ta hand om den sjukens behov,  
- och uppfylla sjuksköterskans mål och syfte, som bland annat är att hjälpa den sjuke att bemästra sjukdom och lidande.

För att sjuksköterskan ska nå dessa mål krävs insikt i *vad* som ska uppnås i interaktionen, insikt i *varför* sjuksköterskans mål och syfte ska uppnås, insikt i *hur* sjuksköterskan kan interagera och kommunicera för att uppfylla hennes mål och syfte. Travelbee poängterar att kommunikation inte är ett mål i sig, utan ett medel för att nå interaktionsprocessens mål där det slutliga målet är att uppfylla sjuksköterskans mål och syfte (18).

### **Den mellanmänskliga relationen**

För att uppnå en mellanmänsklig relation är det nödvändigt enligt Travelbee att både sjuksköterskan och patienten förhåller sig till varandra som unika individer istället för

”sjuksköterska” och ”patient”. Enligt Travelbee går sjuksköterskan och patienten igenom en interaktionsprocess för att uppnå en mellanmänsklig relation:

*Första mötet:* Vid första mötet ser den sjuke på sjuksköterskan som stereotypen ”sjuksköterska” och sjuksköterskan ser på den sjuke som stereotypen ”patient”. Vanligtvis ser de båda inget eller ytterst lite av den unika individ som de möter och det är inte förrän de ser varandra som unika individer som stereotyperna försvinner. Under det första mötet observerar sjuksköterskan och den sjuke varandra, vilket leder till vissa antaganden. Dessa ger vissa förutsättningar till hur interaktionsmönstret utvecklas.

*Framväxt av identiteter:* Under den här fasen börjar sjuksköterskan och den sjuke betrakta varandra mer som unika individer och mindre som kategorier. Fasen karaktäriseras även av att etablera anknytning till varandra. Interaktionen fortsätter på de förutsättningar som ges när sjuksköterskan och den sjuke påverkar varandra.

*Empatifasen:* Empati är förmågan att leva sig in i eller att förstå någon annans psykiska tillstånd för ögonblicket. Att förstå är en upplevelse i sig. För sjuksköterskan handlar det om att ta del av och uppleva närheten av den andre, men samtidigt stå utanför.

*Sympati:* Resultatet av empatifasen är sympati. Enligt Travelbee är empati en förståelse för den andre, medan sympati är knutet till handling och en önskan om att lindra den andres plågor. Denna fas kännetecknas av medkänsla.

*Etablerandet av ömsedig förståelse och kontakt:* Detta uppnås när sjuksköterskan och den sjuke har gått igenom ovanstående faser. Det yttersta målet är då uppnått för sjuksköterskan (18).

## METOD

### Litteratursökning

Artikelsökningen gjordes i databaserna Cinahl och PubMed (060913). Manuell sökning gjordes via referenslistor (060922) och två artiklar är rekommenderade (060922). Sökningen i Cinahl begränsades med PEER-REVIEWED och RESEARCH. Sökningen i PubMed begränsades med att artiklarna innehöll ABSTRACT. Sökningarna i båda databaserna grundade sig på ämnesordet *Nurse-Patient Relations*, som var tyngdpunkten och kombinerades med sökorden *encounter* och *meeting*. En sista sökning som gav resultat gjordes i Cinahl med begränsningarna PEER-REVIEWED och RESEARCH och nyckelorden *good* och *meeting* användes i ABSTRACT. Urvalskriteriet för artiklarna som valdes beskrev sjuksköterskors och patienters upplevelser av; innehållet i bra möten, bekräftelse, relation, interaktion och/eller kommunikation. Sökningen resulterade i elva artiklar som användes i resultatet. Fyra av artiklarna kom från Sverige, tre från USA, en från Norge, en från Finland, en från Island och en från Irland. Artiklar som valdes var de som var skrivna på engelska eller svenska och som inte behövdes beställas fram. I tio av de valda artiklarna användes kvalitativ metod och en artikel var en litteraturöversikt. Artikelsökningen som gjordes elektroniskt begränsades till de artiklar som var publicerade 1996 och framåt. Den manuella sökningen begränsades till 1994. Sökningen redovisas i tabell 1 nedan.

Tabell 1: Sökresultat

Sökväg	Sökord	Antal träffar	Artikelnummer
CINAHL	Nurse-Patient relations and encounter	43	23, 28, 29
CINAHL	Nurse-Patient relations and meeting	42	21
CINAHL	Good and meeting (in abstract)	91	22
PubMed	Nurse-Patient relations and encounter	53	19, 23, 26, 28
PubMed	Nurse-Patient relations and meeting	37	27
Manuell sökning via referenser			20
Rekommendationer			24, 25

## Analys

Med utgångspunkt från syftet valdes artiklar som beskrev faktorer som medförde att ett möte mellan sjuksköterska och patient upplevdes som bra. Artiklarna beskrev både patienters och sjuksköterskors erfarenheter och upplevelser av bra möten. Induktiv metod valdes.

Artiklarna analyserades genom flera inläsningar för att få en helhetsbild av ämnet. Från artiklarna framkom flertalet enheter som motsvarade syftet. Dessa kategoriserades till tre huvudteman. Teman som framkom var: Kompetens och erfarenhet, Medvetenhet och Handling.

## RESULTAT

Resultatet av artiklarna visar tre olika huvudteman med underområden. Huvudteman som framkom: Kompetens och erfarenhet, Medvetenhet och Handling. Dessa huvudteman med underområden var faktorer som medförde att ett möte mellan sjuksköterska och patient upplevdes som bra.

### Kompetens och erfarenhet

#### Kompetens

En förutsättning för ett bra möte var att patienten kände att sjuksköterskan hade rätt kompetens och att den innefattade både teknisk och teoretisk kunskap så väl som kommunikativ förmåga (19). I en artikel av Fosbinder beskrev en manlig patient vad han ansåg att kompetens var: "A nurse is competent if she does what she says she is

*going to do*” (20 sid 1089). När patienten kände tillit för sjuksköterskan ökade känslan av säkerhet. I Halldorsdottirs och Hamrins artikel beskrev en kvinna följande: *”You have to be able to trust the health professionals, that they know what they are doing, that they have the necessary knowledge and skills”* (19 sid 124). Om sjuksköterskan kunde kommunicera, undervisa, känna sina begränsningar och söka kunskap från andra när det behövdes, visade sjuksköterskan att hon hade kompetens. Ur patientens perspektiv var kompetens nästan alltid en handling som utfördes för patienten eller tillsammans med honom (19). För att kunna lindra patientens smärta på alla plan – fysisk, psykisk, social och existentiell, behövdes ett professionellt förhållningssätt, en helhetskompetens. Detta innebar att sjuksköterskan hade en vilja att ta reda på patientens behov, att hon hade självkännedom nog att kunna särskilja sina egna behov och att hon reflekterade över sitt sätt att arbeta (21).

Kontinuitet i vårdandet kunde ses som en form av kompetens då patienten vågade ställa mer annorlunda och förhoppningsvis viktiga frågor till sin sjuksköterska (22). Det gav även en känsla av säkerhet och närhet, som gjorde det möjligt för sjuksköterskan att lära känna patienten bättre och lättare få till stånd en uppföljning (23). Detta skedde inte vid det första mötet utan det var när patienten kände förtroende för sjuksköterskan som frågorna kom (22). Med kompetens menades att sjuksköterskan observerade, skapade, och såg till att det blev tillfällen för samtal med patienten. Saknades kontinuiteten i mötena blev relationen mer sårbar (23).

### **Erfarenhet**

Sjuksköterskans ålder visade sig inte ha någon betydelse. Däremot hade hennes livserfarenhet betydelse. Vad hon som människa hade varit med om i sitt liv påverkade mötet med den döende patienten. I artikeln av Holst et. al. beskrev en sjuksköterska: *”Jag är ganska ung, trodde inte jag hade så mycket att komma med, men efter det att jag själv vårdat anhörig i hemmet så blev det lättare att förstå. Jag har förändrats som person, jag tror man tänker lite annorlunda på både livet och andra värden”* (21 sid 48). Yrkeserfarenhet gjorde sjuksköterskan säkrare i sin yrkesroll och vidareutbildning bidrog till att hon kände sig tryggare. Livs- och yrkeserfarenhet samt inre trygghet kunde underlätta inför mötet med patienten och detta ledde till personlig utveckling (21).

### **Hantering av svårigheter**

För att kunna närvara vid svåra situationer istället för att distansera sig, kunde sjuksköterskan använda sig av så kallade copingstrategier. Exempel på detta var att ”fylla på” i positiva situationer tillsammans med patienter och dess anhöriga, för att orka med när det blev jobbigt. Det var också bra att ta det lugnt, sänka kraven på sig själv och kunna lämna över till andra. Spontana samtal med arbetskamraterna, gav i längden det bästa, snabbaste och mest adekvata stödet. Vid svårare situationer borde adekvat professionellt stöd inkallas för ledning av mötet, i vilket alla i personalgruppen som behövde stöd fick vara med (21).

### **Medvetenhet**

Medvetenhet i tolkningen av patientens välbefinnande var en viktig grund för vårdandet. Sjuksköterskan tillät sig själv att bli ledd av känslan som skapades av mötet där hon hade fått lära känna patienten (23). Sjuksköterskan behövde noga definiera vem

personen bakom patienten var, definiera relationen som rådde mellan sjuksköterskan och hennes patient och definiera de samförstånd och förväntningar som fanns underförstådda i deras relation. Det var viktigt att få fram en klar bild av vad patienter satte värde på i livet och hur de uppfattade och förstod vad som hände omkring dem. Avsikten var att detta skulle kunna uppnås genom att man satte sig in i personens grundläggande värderingar. Att vara medveten om andras värderingar styrde inte vad sjuksköterskan skulle göra, utan denna medvetenhet ledde henne till ett speciellt sätt att vara (24).

### **Självbestämmande**

Det var endast patienten själv som visste vad som var god livskvalité för honom, därför var det viktigt att erbjuda patienten självbestämmande och valfrihet (21,25). Detta gav patienten en möjlighet att bestämma över sitt eget liv och sin behandling (21). Ett bra möte gav patienterna en känsla av självbestämmande som en följd av den tillit och anknytning de kände till sjuksköterskan. Ett flertal positiva effekter blev resultatet då patienten kände makt över sin egen situation som gav en bättre självkänsla, säkerhet och välbefinnande. Det resulterade även i att patienten kände samhörighet med sjuksköterskan och en ökad kontroll över situationen (19).

Patienter kunde vara oroliga, till exempel inför en operation. Ett möte med en sjuksköterska kunde kännas hotande för patienten, då sjuksköterskan kunde fråga om information som kändes privat för honom. För att mildra den makt som sjuksköterskan hade kunde hon använda sig av en trevande terminologi och formulering. Sjuksköterskan kunde tala på ett tvekande sätt genom att till exempel formulera sig långsamt och använda sig av en mer dämpad röst än vanligt. Detta indikerade på diskretion och känsla, och patienten behövde inte generas. Det kunde även uppmuntra patienten att ta itu med sina egna angelägenheter och att prata mer än sjuksköterskan. Hur sjuksköterskan valde att lägga fram frågor byggde upp interaktionen. Hon kontrollerade konversationen genom att styra diskussionen ämnesmässiga inriktning med frågor, men det var patienten som med sina svar bestämde innehållet i diskussionen. Med öppna frågor uppmuntrades patienten att tala och medverka i diskussionen (26).

### **Engagemang**

Patienter önskade att möta sjuksköterskor som var genuina och som inte verkade stressade samt tog sig tid att prata med dem (25). Sjuksköterskor som var genuint engagerade i patienten var de som visade äkta känslor av välvilja mot patienterna (27) och hade en holistisk syn på vårdandet (27,28). Ett exempel på en sjuksköterskas engagemang beskrevs i artikeln av Wiman och Wikblad: *"After 10 minutes the patient suddenly started talking about his retarded daughter. He was worried about the future, and the nurse stopped cleaning his wounds and listened. The nurse affirmed the patient by asking more about his daughter"* (27 sid 426).

Sjuksköterskan hade ett moraliskt ansvar och skulle upprätthålla patientens värdighet när denne befann sig på sjukhuset (27). Mötet innebar närhet och intimitet samtidigt som det handlade om en distans (19). En man beskrev skillnaden mellan vänskap på och utanför sjukhuset i artikeln av Halldorsdottir och Hamrin: *"Uh, ordinary friendship (pause) is (pause), eh, yes it is much closer than between patients and the health professionals. But the friendship in the hospital, it is dialectic (pause). It is a combination of closeness and distance (pause) and this distance is caused by mutual*

*respect*” (19 sid 125). Det behövdes oftast inte sägas eller göras så mycket vid svåra situationer. Det viktigaste var att bara vara där, finnas till och att lyssna, vilket krävde mod. Detta gjorde att patienten och anhöriga kände att sjuksköterskan ställde upp och gav dem det de vill ha. I artikeln av Holst et. al. beskrev en sjuksköterska följande om mod och engagemang: *”Att man vågar vara tyst och bara sitta där vid sängen. Många är rädda för tystnaden också men att man kan sitta där och vara tyst, kanske hålla handen eller massera, att de känner att man är där”* (21 sid 47).

## Handling

### Lära känna

Vårdtidens längd påverkade sjuksköterskans möjlighet att lära känna patienten (21). Beroende på vilken grad av förtroende patienten kände för sjuksköterskan kunde tillit etableras utifrån det (20). En bra relation mellan sjuksköterskan och patienten gjorde att patienten fick förtroende för sjuksköterskan och mötet underlättades (21).

Gemensamma faktorer som till exempel kultur och intressen mellan sjuksköterskan och patienten kunde bidra till att de kom närmare varandra. I samtalet kunde de enkelt byta ämne mellan det privata och det professionella (20). Sjuksköterskan behövde ha en öppen attityd för att kunna kommunicera öppet med patienten. Öppenheten och ärligheten i relationen gjorde det lättare för sjuksköterskan att tolka och förutsäga patientens behov. Ett exempel på detta beskrevs i Wiman och Wikblads artikel: *”A patient frequently asked whether he should have general anaesthesia. The nurse perceived this concern about general anaesthesia, and while the wounds were being cleaned up, she explained the coming procedure concerning anaesthesia and sutures in a calm manner”* (27 sid 426).

Att lära känna patienten kunde ske genom att sjuksköterskan delade med sig av sina personliga erfarenheter, var humoristisk, log och var vänlig. Flera av patienterna beskrev att sjuksköterskans humor och hennes sätt att dela med sig av sina personliga erfarenheter var av stor betydelse för utvecklingen av en positiv relation mellan dem båda. Detta medförde att patienten kände sig accepterad som person och välbefinnandet ökade. I artikeln av Fosbinder beskrev många patienter följande: *”You feel like you belong”* (20 sid 1088). För att lätta upp stämningen kunde sjuksköterskan skoja med patienten och skrattet förde dem närmare varandra. Genom att titta patienten i ögonen och le, bekräftade sjuksköterskan patienten med sin vänliga attityd. Många patienter som blev intervjuade i Fosbinders artikel bekräftade detta: *”She is very friendly”, ”Her smile makes you feel like you are not afraid to ask for something when you need it”* (20 sid 1088).

Att skapa en ömsesidighet i relationen vid det första mötet hade stor betydelse om kontakten dem emellan varade en längre period. I det första mötet startade en process och en god början formade en stark grund för den kommande relationen (22). I mötets inledning hade sjuksköterskan en viktig roll för utvecklingen av mötets atmosfär. Sjuksköterskan skulle ha planerat mötet men det behövde inte vara helt uttänkt (26). God kontakt resulterade i att båda parterna lättare kunde samarbeta med varandra så att effektiviteten och kvaliteten på arbetet förbättrades (22).

### **Närvara**

Sjuksköterskan skulle vara uppmärksam på tillfället och på dialogen, lyssna och ge respons. Hon skulle närvara i situationen både psykiskt och emotionellt (27). Genom att bjuda på sig själv och vara fullt närvarande uppstod ett band mellan sjuk-sköterskan och patienten (28). Att närvara i dialogen krävde goda kommunikations-kunskaper (25,27). Kommunikation var grundläggande i mötet. Holst et. al. beskrev i sin artikel: ”*Det goda samtalet uppstår i mötet mellan sjuksköterskan och patienten, där patienten känner sig förstådd, sedd som person och har fått möta vårdarens personlighet*” (21 sid 47). För god kommunikation behövde sjuksköterskan vara lyhörd och se och tolka verbala och icke verbala signaler från patienten (21).

Genom att lyssna på patienten och vara öppen skapade sjuksköterskan en möjlighet att identifiera individuella behov, önskingar och resurser. Denna öppna attityd visade att sjuksköterskan var tillgänglig (22). Om sjuksköterskan lyssnade och litade på patienten (25) kunde hon ge honom det han önskade, inte enbart vad hon tyckte att han skulle ha (22).

I en vårdande situation tog sjuksköterskan kontakt med patienten och inbjöd honom till att tala om sig själv. Patienten tog då initiativet och började berätta medan sjuksköterskan la ifrån sig sitt arbete, satte sig ner och lyssnade (23). Tillgängligheten kunde visas genom att sjuksköterskan tog fram en stol och satte sig bredvid patienten (28). För en kort tid fanns ett band mellan sjuksköterskan och patienten. När patienten berättade var sjuksköterskan öppen, lyssnade, gav svar och ställde frågor (23).

När sjuksköterskan informerade och beskrev vad som skulle hända både den närmaste tiden och framöver gav det patienten en känsla av trygghet. Oftast gav hon en detaljerad förklaring av själva proceduren och sedan försäkrade hon sig om att patienten uppfattat informationen på rätt sätt. En manlig patient i Fosbinders artikel beskrev följande om en sjuksköterskas tillvägagångssätt vid ett informationstillfälle: ”*She explained it step by step You knew what was comin´ on It makes you feel good*”, ”*Very, very clear*” (20 sid 1087). Informationen gavs genom ögonkontakt och aktiviteten kunde demonstreras för att förtydliga vad som skulle göras (20).

### **Bekräfta**

En viktig uppgift för sjuksköterskan var att skapa en bekräftande och stöttande miljö, där patienten blev bekräftad för vad han kände (22). Detta gav patienten energi. Sjuksköterskor som var entusiastiska, hade ögonkontakt, var avslappnade och tog sig tid att prata om sina egna liv kännetecknades som bekräftande (25). När patienten pratade så gav sjuksköterskan honom feed-back genom att använda sig av bekräftande ord och kroppsspråk som; mmm, visst, ja, exakt, och samtidigt till exempel nicka. Med feed-back visade sjuksköterskan att hon var där för att lyssna på patienten och inte för att avbryta (26).

Vid cancersjukdom kunde patienten ha en känsla av att kroppen var i förändring, vilket gjorde att patienten blev sårbar när det handlade om hans kropp. När förutsättningarna förändrades fanns en risk att patienten förlorade sin känsla av värdighet. Det var viktigt för patienten att känna att sjuksköterskan förstod, såg, hörde och tog honom på allvar. Att patienten fick en känsla av att sjuksköterskan lade ner tid på honom var av stor betydelse. Detta kunde leda till att relationen med sjuk-sköterskan blev djupare. Om sjuksköterskan förstod och var medveten/uppmärksam på att patientens fysiska behov

var viktigt för honom, visade det att hon brydde sig om honom. Att få svar på en fråga eller att känna sig trygg i en ny och obekant situation, betydde mycket för patienten. Kände patienten att han blev bekräftad så ökade känslan av att känna sig trygg och att hans värdighet upprätthölls (29).

Sjuksköterskans kompetens visade sig i att hon var öppen, aktivt lyssnande och närvarande i det korta mötet. Genom samtal och ömsesidig respons med varandra etablerades en förståelse mellan sjuksköterskan och patienten. Under korta möten hade sjuksköterskan inte tid att berätta om detaljer, istället återgavs en helhetsbild och efteråt behövde sjuksköterskan försäkra sig om att patienten hade förstått budskapet. Under det korta mötet var samtalet intensivt och dynamiskt. Både sjuksköterskan och patienten tog sig tid att lyssna på varandra och de tog en paus i de aktiviteter de för tillfället höll på med, detta för att kunna reflektera, bedöma och svara på frågor. Besluten var gemensamma och fokuserade på effektivitet (23). Efter endast ett fåtal möten som varade relativt kort tid kunde patient-sjuksköterskerelationen utvecklas (25).

När det fanns tid för ett möte och sjuksköterskan hade möjlighet att fördjupa sig i situationen och inte behövde bli störd, ledde detta till att mötet kunde utveckla sig till något gott. Avgörande för kvaliteten på mötet var att patienten och sjuksköterskan kunde sitta ner i lugn och ro utan att behöva känna tidspress. Detta visade sig extra tydligt i det första mötet (22).

Att göra det lilla extra handlade om att se patienten som en unik individ och inte som en i mängden. Det handlade även om att göra lite mer än vad jobbet krävde. I Fosbinders artikel beskrev en kvinnlig patient detta på följande sätt. *"That made me feel good There is the little extra smile You need a human touch The really good nurses do more than just be formal"* (20 sid 1089).

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Syftet med vår litteraturstudie var att finna faktorer som medförde att ett möte mellan sjuksköterska och patient upplevdes som bra. Vi ville belysa det goda mötet. Det visade sig att det var svårt att hitta artiklar som behandlade enbart detta. Därför gjorde vi en bred sökning på ämnesordet *Nurse-Patient relations* och sökorden *encounter* och *meeting*, samt en sökning med sökorden *good* och *meeting*. Vi började med att söka artiklar i databaserna Cinahl och PubMed. I dem ingår det mycket omvårdningsforskning och vi kände oss mest hemma med dem. När vi analyserade de artiklar vi fann, märkte vi att alla inte behandlade det goda mötet. Därför fortsatte vi sökningen manuellt i referenslistorna och två av artiklarna blev vi rekommenderade.

Sökningen tidsbegränsades till åren 1996-2006 och vi fick på så sätt aktuella artiklar. Artikel (20) är dock från 1994 men den svarade väl mot vårt syfte och genom detta gav den mycket information till resultatet. Eftersom vi hade begränsad tid för uppsatsarbetet och ekonomin som student är knapp valde vi artiklar som kunde tas fram elektroniskt eller från tidskrifter på biblioteket. Nackdelen är att vi inte har läst och analyserat material som kanske skulle ha kunnat svara mot vårt syfte. Fyra av artiklarna kom från



Sverige (21,22,23,27), tre från USA (20,25,28), en från Norge (29), en från Finland (26), en från Island (19) och en från Irland (24). Detta gör att vi inte har fått ett brett globalt perspektiv. Vi har däremot fokus på Sverige och övriga länder i Norden och USA, vilkas vårdkultur liknar varandra. De flesta artiklarna är skrivna på engelska. I och med att engelska inte är vårt modersmål finns det en risk för feltolkning.

På grund av svårigheterna att finna artiklar som beskrev det allmänna mötet mellan sjuksköterska och patient, valde vi att granska artiklar som behandlade mötet inom flera olika områden i vården. Här kan det ifrågasättas om mötet var detsamma för till exempel en patient med cancersjukdom som för en patient på en akutavdelning. Det visade sig dock att faktorerna som bidrog till ett bra möte stämde överens. Några av artiklarna behandlade mötet inom medicin- och kirurgisjukvård (20,23,26) där själva sjukdomen inte poängterades, utan mötet. Resten av artiklarna som vi valde behandlade möten inom akut- (27), geriatrik- (24), cancer- (19,28,29), palliativ- (21) och distriktsjukvård (22). Dessa artiklar valde vi för att:

- Artikeln om akutsjukvård beskrev det korta mötet där oro och utsatthet var en stor del som många möten inom vården har gemensamt.
- Patienter inom geriatrik- och cancersjukvård är två stora grupper inom sjukvården.
- Palliativ sjukvård utför du som sjuksköterska på flertalet avdelningar. Att närvara i dessa svåra möten kan vara till stor lärdom.
- Artikeln från distriktsjukvården behandlade mötet med nyblivna föräldrar, där både glädje och oro bemöttes.

Artiklar som vi valde bort direkt vid sökningen var de som behandlade möten med patienter som hade en sjukdom eller ett syndrom där en speciell sorts kommunikation var nödvändig. Exempel på detta var artiklar som handlade om möten inom demenssjukvård.

Vi läste sammanlagt 16 artiklar och valde att inkludera elva (19-29) i vårt resultat. De vi valde beskrev; innehållet i bra möten (19,21,22,27,28), vikten av bekräftelse (29), bra relation (23), god interaktion (20,26) och god kommunikation mellan sjuksköterska och patient (26). De fem som valdes bort när vi granskat artiklarna svarade inte mot vårt syfte eller så var inte metod och analys väl beskrivna.

Vi valde att söka efter både sjuksköterskans och patientens upplevelser av ett gott möte. Både för att se vad patienten önskade och vad sjuksköterskan tyckte var bra. Artiklarna som behandlade bådars perspektiv eller mötets perspektiv var fem (23-25,27,28). Resterande sex artiklar var jämt fördelade på sjuksköterske- (21,22,26) och patientperspektiv (19,20,29). Vi hoppas på detta sätt att vi har funnit en jämvikt.

Linda Berg på institutionen för vårdvetenskap och hälsa på Göteborgs universitet är väl insatt i ämnet och hon rekommenderade oss en litteraturoversikt (25) från år 2004. Den gav oss en översikt på kunskapsläget inom vårt ämne i nuläget. Samtidigt som den styrkte det vi redan funnit gav den oss även ny och enligt oss betydelsefull kunskap till resultatet. De resterande tio artiklarna var kvalitativa. Troligen är det svårt att kvantifiera de upplevelser och faktorer i mötet som vi letade efter.

Forskningsmetoderna i artiklarna varierade och var noggrant beskrivna. De metoder som användes var fokusgrupper, videoinspelningar, observationer och intervjuer. Några

artiklar beskrev både metod och dess analys väl. Detta gjorde att trovärdigheten ökade, jämfört med de artiklar som endast beskrev metoden.

I fokusgrupper leder en person varje grupps diskussion. Grupprocessen är beroende av denna person som bör vara väl insatt i ämnet som diskuteras och vara lyhörd så att alla får fram sina synpunkter. Risken finns annars att vissa personer dominerar och andra är tysta. Grupprocessen hjälper deltagarna att utforska och klargöra sina synpunkter, då de hjälper varandra att diskutera fram ett resultat som en intervju inte kunnat ge. Då alla pratar på en gång kan problem uppstå när diskussionen transkriberas (22). I artikel (22) både beskrevs och diskuterades metoden och dess tillförlitlighet ingående, men i artiklarna (24,28) beskrevs endast metoden. Den beskrevs väl så vi anser att artiklarnas metoder ändå är tillförlitliga. I artikel (22) hade författarna sammanfattat deltagarnas synpunkter i slutet av diskussionen, så att deltagarna därefter fick en möjlighet att lägga till eller ändra. Texten analyserades av de tre författarna, vilka var oberoende av varandra under analystillfället. Detta ökade metodens trovärdighet.

Fördel med videoinspelning är att en situation kan observeras flera gånger. Observatören kan studera beteenden hos personerna utan att själva påverka situationen (27). Inspelningsmetodens resultat är beroende av hur författarna tolkar sina observationer. Intervjuer efter en observation ger observatören en chans att kontrollera om han/hon tolkat situationen rätt, vilket ger en ökad trovärdighet (26). I artikel (27) stod kameran på en plats. Kameran fokuserade eller zoomade inte i det här fallet på speciella händelser, vilket kunde medföra att viktiga delar gick förlorade. Men å andra sidan gav tillvägagångssättet ett helhetsperspektiv på situationen. Problemet med videoinspelning är att personerna som blir filmade kanske förändrar sitt beteende när de är medvetna om att de blir filmade. I både artikel (26) och (27) så har författarna diskuterat detta problem och de ansåg inte att de hade blivit påverkade av detta.

Vid observation är det författarnas tolkning av den situation de observerar som kommer fram i resultatet. En medvetenhet om detta som i artiklarna (23,26) gör att resultatet blir mer tillförlitligt. I artikel (23) nämnde författarna att observatören borde vara medveten om sin förståelse under observationen. Detta för att kunna se det unika hos andra människors upplevelser i den komplexa miljö de befann sig i. I artikel (23) beskrev även författarna hur observatören blev en i gruppen på avdelningen där hon observerade. Detta gav en djupare förståelse. För att minska risken att observatörens subjektiva perspektiv blir en del av resultatet behöver en observation följas av en intervju, vilket gjordes i artiklarna (20,23).

Intervjumetoden är tillförlitlig för att personen som intervjuar kan ställa följdfrågor tills mättnad är uppnådd. Detta gjordes i artikel (21). Med intervjumetoden kan personen som intervjuar kontrollera om informationen uppfattas rätt (29). I artiklarna (19,21,29) var metoden väl beskriven men inte diskuterad.

När vi läste artiklarna och letade svar till vårt syfte, försökte vi ha en neutral syn. Det måste ändå poängteras att våra personligheter och tidigare erfarenheter kan ha påverkat vår tolkning och selektering av artiklarna, vilket i sin tur påverkade resultatet. Vi valde att använda oss av en induktiv metod för att få med så många erfarenheter och upplevelser som möjligt. Risken med en deduktiv metod där ramar är uppställda i förväg, hade varit att viktiga faktorer inte skulle upptäckas. Vi satte ihop teman, vilka

kan vara svåra att hålla isär. Innehållet i vissa teman liknar varandra då samma begrepp återkommer i flera teman.

I de artiklar som vi utgått ifrån har till exempel patienten varit benämnd klient m.m. För att inte vilseleda och förvirra läsaren har vi valt att skriva sjuksköterska och patient konsekvent genom hela arbetet.

## **Resultatdiskussion**

Uppkomna teman diskuteras utifrån studiens bakgrundslitteratur och visar hur Joyce Travelbees teori kan användas. Därefter diskuteras faktorer i mötet.

Resultatet visade hur betydelsefullt det var för både sjuksköterskan och patienten att mötet upplevdes bra, för att de tillsammans skulle kunna skapa en relation som byggde på tillit och förtroende. Faktorer som var viktiga i mötet för både sjuksköterskan och patienten, kan användas som verktyg av sjuksköterskan för att skapa goda möten i vården. Varje dag ställs vi människor inför möten som innebär ett samspel där vi berörs och reagerar på varandra (3). Viktigt är då att se varje människa som unik (18).

### **Resultat utifrån Travelbees teori**

Travelbees teori valdes som teoretiskt referensram till arbetet för att hon betonade bland annat den unika människan och detta tycker vi är en viktig inställning att ha för att ett möte ska upplevas som bra. Hennes interaktionsprocess som ledde till den mellanmänniska relationen kunde vi tydligt jämföra med vårt resultat.

Travelbee betonade människan som en unik och oersättlig individ (18). Patienterna beskrev att en bekräftande miljö gav energi (25) och trygghet samtidigt som värdigheten upprätthölls (29). När sjuksköterskan lyssnade och tog sig tid var hon bekräftande (26,29). Genom att göra det lilla extra för patienten blev han inte en i mängden utan den unika individ han ville bli sedd som (20).

Kommunikationen var en betydelsefull del av mötet och sjuksköterskan behövde ha en öppen attityd (27) och vara lyhörd för att kunna se och tolka verbala och ickeverbala signaler från patienten (21). Travelbee menade att kommunikationen kunde betraktas som en ömsesidig process för information eller överföring av tankar och känslor. Kommunikationen hade en djup inverkan på graden av mellanmännisklig närhet (18) och att närvara krävde goda kommunikationskunskaper enligt resultatet (25,27).

Enligt Travelbee påverkades människan av de upplevelser hon hade varit med om (18). Därför kom även mötet att påverkas av de erfarenheter som sjuksköterskan hade med sig, det kunde handla om yrkes- och livserfarenhet, vilka bidrog till att sjuksköterskan kände sig tryggare (21).

I resultatet framkom som kan kopplas till hur patienten och sjuksköterskan i mötet kunde följa Travelbees interaktionsprocess för att nå den mellanmänniska interaktionen (18). Det första mötet karaktäriserades av en ömsesidighet och en process startade i relationen (22). Det första mötet var viktigt för utvecklingen av atmosfären (26) och den kommande relationen, som senare skulle kunna leda till att patienten kände större förtroende för sjuksköterskan (22). När sjuksköterskan och patienten

började lära känna varandra var förtroendet en viktig faktor som påverkade relationen (20,21). Under framväxten av identiteter började de se varandra som unika individer och kunde etablera en anknytning till varandra (18). Betydelsefullt för patienten var när sjuksköterskan delade med sig av sina egna erfarenheter och använde humor för att lätta upp stämningen (20). När sjuksköterskan hade förmågan att leva sig in i patientens tillstånd visade hon empati (18). Detta skedde när sjuksköterskan var närvarande i situationen både psykiskt och fysiskt (27). När hon sedan i handling kunde lindra patientens lidande och visa medkänsla var de i den sympatiska fasen (18). När sjuksköterskan kunde ge en detaljerad förklaring av själva proceduren gav det patienten en känsla av trygghet (20). Genom att ta sig tid och sätta sig ner hos patienten visade sjuksköterskan tillgänglighet (23,28). När de tillsammans har gått igenom ovanstående faser har de enligt Travelbee nått den mellanmänniska interaktionen (18).

### **Faktorer i mötet**

Resultatet med uppkomna teman visar att varje möte är unikt och att vissa faktorer kan användas i varje möte mellan sjuksköterska och patient.

*Kompetens och erfarenhet:* Patienten önskade att sjuksköterskan visade kompetens, vilket ledde till att patienten kände sig trygg. I sjuksköterskeyrket ingår det dagligen flera möten. Många möten ger erfarenhet och genom erfarenhet lär sig sjuksköterskan hur hon ska handla för att ett möte ska bli bra. Kompetens och erfarenhet är något sjuksköterskan bär med sig och är själva grundstommen i sjuksköterskearbetet. Däremot var inte ålder en betydande faktor när det gällde att forma ett bra möte, vilket vi tycker är intressant. Det känns bekräftande att livserfarenhet har större betydelse än ålder.

*Medvetenhet:* Som sjuksköterska är det betydelsefullt att vara medveten om patienters självbestämmande och ta reda på vem personen bakom patienten är. Många patienter poängterade att deras självbestämmande var viktigt. Det känns som om sjukvården ibland tar över patientens rätt till självbestämmande när vissa rutiner och regler måste följas.

*Handling:* Vi har tidigare under utbildningen saknat konkreta exempel på hur vi ska agera i mötet. Vi har i och med den här studien fått kurslitteraturen bekräftad plus en ökad förståelse för vad vi kan göra. Exempel på hur sjuksköterskan genom handling kan bemöta patienten på många bra sätt var: Att vara fullt närvarande i situationen, visa att hon var där för att lyssna på patienten och se honom som en unik individ. Bekräftelse visade sjuksköterskan genom att vara entusiastisk, ha ögonkontakt och använda ett bekräftande kroppsspråk, vilket gav patienten energi. Beroende på vårdtidens längd så påverkas sjuksköterskans möjlighet att lära känna patienten. Innebörden av att försöka ”lära känna” är enligt oss ett begrepp som beskriver hur sjuksköterskan kan se patienten som en unik individ. Annorlunda är det när vi lär känna våra vänner under en lång tid. Ett exempel är det korta mötet där sjuk-sköterskans personliga egenskaper och intuition kan användas för att skapa ett bra möte, utan att ”lära känna”. Vi ansåg det intressant att sjuksköterskan kunde göra det lilla extra för patienten i mötet, vilket är en självklarhet inom diverse serviceyrken. Kompetens, erfarenhet, medvetande och handling behövs för att mötet ska upplevas bra och faktorerna är alla beroende av och påverkar varandra. Genom kompetens och erfarenhet bygger sjuksköterskan upp sitt medvetande, vilket hon kan styra sitt

handlande utifrån. I sin tur ger handlandet sjuksköterskan kompetens och erfarenhet. Alltså, vi lär oss av vårt handlande.

### **Reflektion**

Uppsatsens styrka är att den visar att varje möte är unikt, men vissa faktorer kan användas i varje möte mellan sjuksköterska och patient. Uppsatsen belyser hur viktigt det goda mötet är och hur sjuksköterskan kan agera för att påverka att det utvecklas till något bra. Bakgrundslitteraturen visar att *möte* är ett begrepp med stor vidd och många infallsvinklar, men det går att urskilja flera likheter i ett bra möte mellan sjuksköterska och patient. Resultatet bekräftar detta. Däremot ligger uppsatsens svaghet i ämnets bredd där mötet beskrivs i olika sammanhang, men det var det unika i mötet som vi var intresserade av och inte mötet i ett speciellt sammanhang.

Resultatet visar ”det goda mötet” där allt blir till belåtenhet för alla inblandade. Vi inser att detta är ett ideal som är svårt att uppnå. När mötet inte blir som planerat får det inte ses som ett misslyckande, utan som en erfarenhet som kan användas i framtida möten. Vi vill poängtera hur betydelsefullt det är för sjuksköterskan att ha en inställning i vilken det finns en strävan att uppnå det goda mötet.

Resultatet visar vilka faktorer som medför att ett möte mellan sjuksköterska och patient upplevs som bra. Dessa faktorer kan sjuksköterskan använda sig av och resultatet framkom från både sjuksköterskans och patientens perspektiv. Vi anser att syftet är uppnått.

### **Slutsats**

För att ett möte mellan patienten och sjuksköterskan ska upplevas som bra behöver sjuksköterskan kunna se helheten. Vi har fått fram faktorer som sjuksköterskan kan använda sig av för att ett möte ska upplevas som bra. För att kunna möta patienten behöver sjuksköterskan ha *kompetens*, *erfarenhet* och en *medvetenhet*. Nödvändigt är också att hon kan använda sig av goda *handlingar*. Det är viktigt att sjuksköterskan har med sig dessa fyra delar in i mötet för att på bästa sätt kunna möta patienten.

I de granskade artiklarna togs även det dåliga mötet upp. För att få mer tyngd i resultatet vore det intressant att jämföra innehållet i ett dåligt möte med ett bra och att utifrån den jämförelsen finna faktorer som behövs i mötet mellan sjuksköterskan och patienten. Det vore även intressant att fortsätta denna litteraturstudie med en empirisk studie och undersöka vad både sjuksköterskan och patienten anser att ett gott möte är och sammanställa ett resultat som sjuksköterskor kan utgå ifrån inför ett möte. Under utbildningens gång har mötets betydelse diskuterats i flera kurser, men vi anser att det behövs mer kunskap för att vi ska kunna hantera besvärliga situationer när ett möte blivit dåligt. Framförallt behöver vi ha konkret kunskap om vad vi bör tänka på för att forma goda möten. I en empirisk studie skulle vi kunna söka konkreta svar på våra egna frågeställningar. Vidare forskning skulle kunna vara att finna de faktorer som bidrar till att det uppkommer dåliga möten i vården. Beror det på arbetsmiljö, arbetsbelastning eller kanske okunskap?

Det vi har funnit är inte någon revolutionerande ny kunskap. Resultatet bekräftade det vi tidigare hade läst under utbildningen. Trots detta förekommer dåliga möten och

därför tycker vi att kunskapen behöver belysas flera gånger om. Förhoppningsvis kan vi gå tillbaka till denna uppsats och använda resultatet när vi kommer ut i arbetslivet.

## REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
2. Nationalencyklopedin. Hämtad 2006-09-04 från [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=262226&i\\_word=m%f6te](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=262226&i_word=m%f6te)
3. Carlander J (red.), Eriksson K, Hansson-Pourtaheri A-S, Wikander B. Trygga och otrygga möten. Vardagsetik och bemötande i arbete med människor. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB; 2003.
4. Ronsten C. Betydelsefulla möten i vården. 1 uppl. En samling berättelser om glädje och sorg. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB; 2004.
5. Sjöstedt E. Det första mötet mellan sjuksköterska och patient i psykiatrisk vård: Sjuksköterskors erfarenheter av en modell som stöd för att finna vägar till en relation med patienten utgående från dennes lidande och förväntningar (dissertation). Stockholm: Karolinska institutet; 2001.
6. Bengtsson K, Engqvist B. Orden som läker. Kommunikation och möten i vård och terapi. Lund: Studentlitteratur; 2005.
7. Ask L. Interaktion vid radiologisk undersökning ur röntgensjuksköterskans perspektiv. Göteborg: Göteborgs universitet; 2003.
8. Friberg F. Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning: mot en vårddidaktik på livsvärldgrund (dissertation). Göteborg: Göteborgs universitet; 2001.
9. Ekblad S, Janson S, Svensson P-G. Möten i vården. Transkulturellt perspektiv på hälso- och sjukvården. 1 uppl. Stockholm: Liber Utbildning AB; 1996.
10. Intervju med Rehnsfeldt. Hämtad 2006-09-06 från [http://www.abo.fi/press/svenska/disputationer/1999\\_02\\_19\\_ar\\_intervju.html](http://www.abo.fi/press/svenska/disputationer/1999_02_19_ar_intervju.html)
11. Bergh M. Medvetenhet om bemötande: en studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning (dissertation). Göteborg: Göteborgs universitet; 2002.
12. Statens offentliga utredningar 1996:133 Socialdepartementet. Jämställd vård. Olika vård på lika villkor. Stockholm: Nordstedts tryckeri AB; 1996.
13. Nationalencyklopedin. Hämtad 2006-09-12 från [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=228277&i\\_word=kommunikation](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=228277&i_word=kommunikation)
14. Thornquist E. Kommunikation i kliniken. Möte mellan professionella och patienter. Lund: Studentlitteratur; 2001.

15. Scheel M. Interaktionell omvårdnad. 1 uppl. Stockholm: Liber Utbildning AB; 1996.
16. Nationalencyklopedin. Hämtad 2006-09-12 från [http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i\\_art\\_id=212337&i\\_word=interaktion](http://www.ne.se/jsp/search/article.jsp?i_art_id=212337&i_word=interaktion)
17. Haworth S K, Dluhy N M. Holistic symptom management: modelling the interaction phase. *Journal of Advanced Nursing* 2001;36(2):302-310.
18. Travelbee J. Mellommenneskelige forhold i sykepleie. 2 uppl. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001.
19. Halldórsdóttir S, Hamrin E. Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing* 1997;20(2):120-128.
20. Fosbinder D. Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* 1994;20:1085-1093.
21. Holst M, Sparrman S, Berglund A-L. Det dialogiska förhållandet: Möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar. *Vård i Norden* 2003;23(2):46-49.
22. Jansson A, Petersson K, Udén G. Nurses' first encounters with parents of new-born children – public health nurses' views of a good meeting. *Journal of Clinical Nursing* 2001;10:140-151.
23. Berg L, Skott C, Danielson E. An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. [\*Scandinavian Journal of Caring Sciences\*](#) 2006;20(1):42-50.
24. McCormack B. A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice* 2003;9:202-209.
25. Shattell M. Nurse-patient interaction: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13:714-722.
26. Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Empowering counseling – a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 2001;16(2):227-238.
27. Wiman E, Wikblad K. Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13(4):422-429.
28. Sherwood G D. The power of nurse-client encounters. Interpreting spiritual themes. *Journal of Holistic Nursing* 2000;18(2):159-175.
29. Nåden D, Sæteren B. Cancer patients' perception of being or not being confirmed. *Nursing Ethics* 2006;13(3):222-235.





## BILAGA

### Artikelöversikt

#### Referens nr 19

Titel: Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective.  
Författare: Halldórsdóttir S, Hamrin E.  
Tidskrift: Cancer Nursing  
Tryckår: 1997  
Syfte: Att utforska den huvudsakliga strukturen av "caring and uncaring" möten med sjuksköterskor och andra professionella inom vården. Hur personer som har blivit diagnostiserade och behandlade för cancer uppfattar detta.  
Metod: Kvalitativ. Djupintervju gjordes med nio patienter enligt fenomenologisk metod. Analysen resulterade i teman.  
Referenser: 44 st.  
Land: Island

---

#### Referens nr 20

Titel: Patient perceptions of nursing care: an emerging theory of interpersonal competence.  
Författare: Fosbinder D.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
Tryckår: 1994  
Syfte: Att från patientens perspektiv upptäcka vad som var viktigt för dem i interaktionen med sjuksköterskorna.  
Metod: Kvalitativ. Etnografisk metod. 40 patienter och 12 sjuksköterskor observerades. Halvstrukturerade intervjuer med patienter spelades in på band. Jämförande metod användes vid datainsamling och analys.  
Referenser: 65 st.  
Land: USA

---

#### Referens nr 21

Titel: Det dialogiska förhållandet: Möten i palliativ omvårdnad vid somatiska vårdavdelningar.  
Författare: Holst M, Sparman S, Berglund A-L.  
Tidskrift: Vård i Norden  
Tryckår: 2003  
Syfte: Att beskriva en grupp sjuksköterskors upplevelser av mötet med döende patienter på somatiska vårdavdelningar och hur de hanterar dessa upplevelser.  
Metod: Kvalitativ. Sex sjuksköterskor intervjuades med öppna frågor. Intervjuerna spelades in på band och transkriberades ordagrant från band till skrift. Texterna lästes och analyserades enligt Grounded Theory.  
Referenser: 23 st.  
Land: Sverige

**Referens nr 22**

Titel: Nurses' first encounters with parents of new-born children – public health nurses' view of a good meeting.

Författare: Jansson A, Petersson K, Udén G.

Tidskrift: Journal of Clinical Nursing

Tryckår: 2001

Syfte: Att upptäcka sjuksköterskans syn på det första mötet med föräldrar och deras nyfödda barn.

Metod: Kvalitativ. Fyra fokusgrupper med totalt 21 sjuksköterskor intervjuades med öppna frågor. Som underlag för intervjun användes en tidigare gjord enkätundersökning.

Referenser: 44 st.

Land: Sverige

---

**Referens nr 23**

Titel: An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship.

Författare: Berg L, Skott C, Danielson E.

Tidskrift: [Scandinavian Journal of Caring Sciences](#)

Tryckår: 2006

Syfte: Att beskriva hur en tolkande fenomenologisk metod användes för att belysa meningen av fenomenet vårdande relationer i dagligt sjuksköterskearbete.

Metod: Kvalitativ. Fenomenologisk metod. Data samlades in under 16 vårdtillfällen med sjuksköterskor, genom observation och fältanteckningar. En patient och en sjuksköterska intervjuades.

Referenser: 30 st.

Land: Sverige

---

**Referens nr 24**

Titel: A conceptual framework for person-centred practice with older people.

Författare: McCormack B.

Tidskrift: International Journal of Nursing Practice

Tryckår: 2003

Syfte: Att presentera en begreppsmässig struktur för personcentrerad vård med äldre personer.

Metod: Kvalitativ. 14 samtal mellan fyra sjuksköterskor och patienter spelades in. Data transkriberades, kodades och analyserades enligt hermeneutisk metod.

Referenser: 40 st.

Land: Irland

**Referens nr 25**

Titel: Nurse – patient interaction: a review of the literature.  
Författare: Shattell M.  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing  
Tryckår: 2004  
Syfte: Att göra en teoretisk översiktsmodell som är användbar för att utveckla sjuksköterskans kunskap relaterat till sjuksköterska-patient interaktionen. Att göra en översikt av litteraturen av sjuksköterska- patient interaktionen och diskutera fortsatt forskning.  
Metod: Databaserna Cinahl, Medline och PsychInfo användes. Nyckelord som användes i sökningen var; nurse-patient interaction, patient communication, nurse-patient relationship och nurse-patient communication.  
Referenser: 52 st.  
Land: USA

---

**Referens nr 26**

Titel: Empowering counseling – a case study: nurse-patient encounter in a hospital.  
Författare: Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L.  
Tidskrift: Health Education Research  
Tryckår: 2001  
Syfte: Att belysa metoder som sjuksköterskan använder för att ge patienten självbestämmande.  
Metod: Kvalitativ. 38 videoinspelningar av möten mellan sjuksköterska och patient gjordes. Sjuksköterskan och patienten intervjuades efter mötet. Mötena transkriberades ordagrant och analyserades. Ett fall valdes ut som fallstudie.  
Referenser: 42 st.  
Land: Finland

---

**Referens nr 27**

Titel: Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department.  
Författare: Wiman E, Wikblad K.  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing  
Tryckår: 2004  
Syfte: Att framhäva möten mellan skadade patienter och sjuksköterskor i traumateam. Även att utforska om teorin ”Caring and uncaring encounters in nursing and healthcare” går att tillämpa i akutsjukvård.  
Metod: Kvalitativ. Fem episoder spelades in på video, med patienter och sammanlagt tio sjuksköterskor. Videoinspelningarna analyserades och transkriberades till berättelser som sedan reducerades till händelseförlopp. Dessa förlopp kategoriserades till ”caring” eller ”uncaring.”  
Referenser: 22 st.  
Land: Sverige

**Referens nr 28**

Titel: The power of nurse-client encounters. Interpreting spiritual themes.  
Författare: Sherwood G D.  
Tidskrift: Journal of Holisitc Nursing  
Tryckår: 2000  
Syfte: Att genom handledd reflektion undersöka en fallstudie i textformat, för att identifiera andliga/själsliga teman och tolka hur de influerar sjuksköterskearbetet.  
Metod: Kvalitativ. 40 sjuksköterskor och sjuksköterskestudenter deltog i fem fokusgrupper, där de granskade en fallstudie i textformat om ett möte mellan sjuksköterska och patient.  
Referenser: 30 st.  
Land: USA

---

**Referens nr 29**

Titel: Cancer patients' perception of being or not being confirmed.  
Författare: Nåden D, Sæteren B.  
Tidskrift: Nursing Ethics  
Tryckår: 2006  
Syfte: Att erhålla djupgående kunskap om bekräftelse till cancerpatienter.  
Metod: Kvalitativ. 15 patienter blev intervjuade. Data tolkades enligt hermeneutisk metod.  
Referenser: 32 st.  
Land: Norge