# Omvårdnadsanalys

# Ur ett omvårdnadsteoretiskt perspektiv

**Ragnar Asker, David Kjell, Gustav Lindqvist, Maria Nelander**

Examinationsarbete, 5 poäng, nivå 21-40 poäng

Omvårdnadens Teoretiska Grunder

Jönköping, november 2005

#### Sammanfattning

Syftet är att beskriva hur en omvårdnadssituation kan belysas utifrån tre omvårdnadsteorier och begrepp i omvårdnad.

Metoden som ligger till grund för detta arbete var en intervju med en anonym patient som berättar om en vårdsituation. Denna vårdsituation och hans upplevelse har vi analyserat utifrån ett omvårdnadsteoretiskt tänkande. För att analysera har vi tagit hjälp av tre omvårdnadsteoretiker som på olika sett belyser vad som är centralt i omvårdnadsarbetet.

Resultatet visar att det finns en bristande förankring av omvårdnadsteorier i dagens omvårdnadsarbete. Det finns ett stort värde i att tillämpa styrkorna av varje omvårdnadsteori i praktiken. Detta för att bättre kunna tillgodose patientens behov, men även för att sjuksköterskorna ska kunna jobba utifrån en gemensam teoretisk bas.

Nyckelord: omvårdnadsteori, behovsmodell, interaktionsmodell, systemmodell och omsorgsmodell.

#### Innehållsförteckning

[Introduktion 1](#__RefHeading___Toc119562421)

[Syfte 4](#__RefHeading___Toc119562423)

[Material och metod 4](#__RefHeading___Toc119562424)

[Etiska överväganden 4](#__RefHeading___Toc119562425)

[Resultat 5](#__RefHeading___Toc119562426)

[Diskussion 9](#__RefHeading___Toc119562427)

[Referenser 11](#__RefHeading___Toc119562430)

# Introduktion

**Allmän teorilära**

Under 1950-talet uttrycktes en önskan av sjuksköterskor i USA ett behov av att utveckla och förbättra utbildningens innehåll och struktur. Målet var att klargöra sjuksköterskans roll och funktion . Det blev då viktigt att definiera omvårdnadens innehåll och mål (1).

Omvårdnadsteorier kommer från den empiriska forskningen som främst skett i USA. Detta skedde runt 1970-talet. Det var först runt 1980-talet som den forskningen påbörjades i Sverige. Syftet med forskningen var att beskriva de fenomen som har betydelse för omvårdnaden och hur den inverkar på patient och sjuksköterska. Forskningen syftar också till att optimera vårdkvalitet dvs. få människor friskare snabbare, minska lidande, öka tryggheten genom att bidra med ändamålsenliga rutiner och verktyg. Detta förenklar och hjälper till vid interaktionen mellan vårdgivare och vårdtagare (1).

Den gemensamma nämnaren för omvårdnadsteorierna är att de måste beskriva och förklara begreppen hälsa, miljö, människa, och omvårdnad. Detta utgör metastrukturen och klargör omvårdnadens fokus och stärker professionen, samt vad utbildningen bör innehålla. Ett annat syfte med omvårdnadsteorierna är att skapa en form av konsensus inom professionen och utbildningen. Även forskningen kan dra nytta av de olika teorierna för att använda gemensamma begrepp och variabler i olika studier (1).

Det finns flera kategorier av omvårdnadsmodeller som kan delas in i följande huvudgrupper: utvecklingsmodeller, interaktionsmodeller, systemmodeller, behovsmodeller, omsorgsmodeller. Vissa modeller kan inte definieras under en kategori, utan kan ingå i flera samtidigt. Det finns även teorier som inte fokuserar på ett brett perspektiv utan fokuserar på specifika åtgärder exempelvis trycksår. Teorier på denna nivå är utformade för att identifiera och förstå kliniska situationer (1).

**Utvecklingsmodeller** fokuserar på förändring och utveckling avseende människans fysiska, psykiska, kognitiva, sociala och andliga aspekter. Detta kan vara bra att tillämpa vid omvårdnad när man träffar människor från olika åldersgrupper och livssituationer. Stor vikt läggs vid förmågan att lära och utvecklas när det gäller egenvård (1).

**Behovsmodeller** inriktar sig på basala behov för normala mänskliga funktioner. Vissa av behovsmodellerna tar sin utgångspunkt i Abraham Maslows behovstrappa. Dorothea Orem har istället fokuserat på åtta universella egenvårdsbehov som främjar mänsklig funktion, utveckling och överlevnad (1).

**Interaktionsmodeller** ser relationen mellan sjuksköterska och patient som det primära inom omvårdnadssituationen. Kommunikationen är här ett centralt begrepp, då åsikter och upplevelser delas. Sjuksköterskans uppgift är att förstå hur patienten uppfattar sin situation genom att lyssna och studera patientens beteende och reaktioner (ickeverbal kommunikation) (1).

**Systemmodeller** inriktar sig på tre centrala begrepp; stress, spänningar och konflikter. Dessa begrepp syftar på olika typer av påfrestningar som påverkar patienten på olika plan. Här ses människan som en form av ett subsystem som står i ständig relation och kommunikation till suprasystem i form av familj och samhälle (1).

**Omsorgsmodeller** ser omsorg som det elementära och viktigaste i en människas liv, men anses inte vara någon riktig omvårdnadsmodell. De modeller som ligger närmast är Erikssons och Benners modeller (1).

**Teoretisk omvårdnad resp. praktisk omvårdnad**

Omvårdnadsteorier beskriver omvårdnaden som den bör vara och inte som den är. Detta beror på att flera av modellerna härstammar från överordnade teorier istället för att grunda sig på reella praktiska situationer. Teorier är ofta mer generella för att de ska kunna gälla allmänt, medan de praktiska situationerna kan vara väldigt specifika och varierande. Styrmedel som kan inverka på tillämpningen av teorierna är olika politiska, ekonomiska, juridiska och lokala institutionella faktorer t.ex. enhetschef, läkare och övrig personal. Även personalens kunskap och motivationsnivå har stor betydelse för integreringen. Det finns ett oundvikligt teoretiskt kunskapsglapp mellan den nyutbildade personalen och de som har en lång praktisk erfarenhet att stå på. Oftast finns det en allmän förändringsrädsla som kan försvåra integration av ny kunskap och nya rutiner (1).

**Kritik**

En del av modellerna kan vara svåra att tillämpa rent praktiskt och kräver en radikal förändring av vårt synsätt på sjukdom, hälsa, omvårdnad. Detta kan även innebära krav på större strukturella förändringar krävs och omfördelning av olika resurser.

I dagens utbildning läggs ingen större vikt på prevention, vilket kan ses som en brist om man ska se omvårdnaden ur ett långsiktigt och holistiskt perspektiv. En framtidsvision skulle vara att man i framtiden utnyttjar Neumans preventionsperspektiv bättre (2, 5).

**Omvårdnadsteorier**

**Madeleine Leiningers** omvårdnadsteori fokuserar på vikten av sjuksköterskans förståelse för olika kulturella skillnader i sitt omvårdnadsarbete. Hon menar att eftersom kultur och omsorg är de bredaste och mest holistiska medlen för att föreställa sig och förstå människor, så är denna kunskap central i sjuksköterskans yrke och utbildning. Vidare anser hon att vi lever i en multikulturell värld och att vi därför måste förstå den transkulturella omvårdnadens vikt och relevans. Leininger menar att om detta styr våra beslut och handlingar, blir omvårdnadsresultaten effektiva och framgångsrika.

Om sjuksköterskan misslyckas med denna insikt så kommer processen mot välbefinnande och hälsa begränsas. Avsaknad av omsorg leder enligt Leininger till ett uteblivet tillfrisknande (2).

**Jean Orlando** använder fem huvudbegrepp när hon beskriver sin modell:

1. Den professionella omvårdnadens funktion. (att identifiera och tillgodose patientens omedelbara behov)
2. Patientens nuvarande beteende.
3. Sjuksköterskans omedelbara respons.
4. Omvårdnadsprocessens disciplin
5. Förbättring

Orlando menar att sjuksköterskan har ansvar för att patientens behov blir tillgodosedda, antingen genom hennes egna handlingar eller indirekt genom att samordna hjälp från andra.

Hon antar att en omvårdnadssituation uppstår när det finns en relation mellan sjuksköterska och patient där båda interagerar med varandra.

Dock, menar Orlando, måste sjuksköterskan bedöma om det är en situation där patienten verkligen behöver hjälp, genom få det bekräftat från patienten.

Orlando beskriver att sjuksköterskan först måste ”läsa av” hur patienten har det. Sedan uttrycker sjuksköterskan sin känsla verbalt för patienten.

Sist frågar sjuksköterskan patienten om hennes känsla/antagande är korrekt (1, 2).

**Betty Neuman** utgår från ett systemteoretiskt tänkande där man kan fokusera på individ, grupp, familj eller samhälle. Modellen fokuserar på preventiva åtgärder och tre typer av stressorer: intrapersonella, interpersonella samt extrapersonella.

Neuman talar även om fem stycken variabler: fysiologiska, psykologiska, sociokulturella, utvecklingsmässiga och andliga.

Hon utgår från teorin om skyddssystem, där ”individen” omges av två cirklar. Den yttre som kallas den flexibla skyddslinjen och fungerar som en buffert mot stressorer. Den inre som kallas för den normala skyddslinjen. Om den normala skyddslinjen påverkas förändras kroppens balans vilket kan leda till ohälsa.

Välbefinnandet baseras på energinivån, ju högre energinivå desto bättre (2).

# Syfte

Syftet är att beskriva hur en omvårdnadssituation kan belysas utifrån tre omvårdnadsteorier och begrepp i omvårdnad.

# Material och metod

Intervju av frivillig anonym individ som underlag för vårdsituation. Litteraturstudier av omvårdnadsteorier. Bearbetning av omvårdnadsartiklar och kursmaterial.

##

## Etiska överväganden

Då individens som lämnade uppgifterna är anonym och det föreligger tystnadsplikt inom professionen så framkom ingen etisk problematik. Dock har ingen etisk egengranskning enligt Hälsohögskolans anvisningar genomförts.

# Resultat

Fallbeskrivning: en individ hade åsamkat sig skador under ett träningspass i sport jujutsi. Det var först efter passet då endorfinnivån sjönk som smärtupplevelsen blev ohållbar. Detta ledde till ett akutbesök på ett länssjukhus. Klockan var då 23.10. Det var tomt i väntrummet med det tog ändå ca 45 min innan en sjuksköterska kom för att ta hand om patienten dvs. visa till undersökningsrummet. Efter ytterligare 40 min så kom en läkare som snabbundersökte patienten, som ombads att lägga sig ner på bänken. Läkaren lämnade snabbt rummet med orden ”du skall få lite smärtstillande”. Patienten hade så ont att han inte kunde resa sig upp ur sängen själv, sedan började han att frysa men kunde inget göra. Efter en timme fick patienten en smärtstillande injektion, dropp och information om att han skulle få stanna över natten för observation och röntgenundersökning tidigt följande morgon. Patienten togs snabbt från akutavdelningen in till ett rum där han lämnades i sin säng. Patienten tog efter detta loss sin droppåse från sängen och gick upp för att gå på toaletten. Inne på toaletten svimmade patienten men kunde nå larmknappen med foten, vilket ledde till ett första möte med nattpersonalen. Därefter försökte patienten somna i den nya miljön med en okänd cancerpatient som granne. Han lyckade somna uppskattningsvis klockan halv fyra på morgonen men väcktes brutalt av den morska personalen ungefär klockan sju. De tände lyset och rusade in med sina mätinstrument och började använda dem på patienten. Sedan tyckte de att han skulle stiga upp och klä på sig med anledning av att han skulle vara klar för röntgenundersökning. Patienten hade inte fått något att dricka eller äta så det blev extra provocerande när cancerpatienten i sängen bredvid serverades en rykande frukost som han inte ville ha. Patienten fick inga klara besked när röntgenundersökningen skulle genomföras. Patienten skulle ha en tentamen i läkemedelsmatematik inom 48 timmar, och detta stressade honom. Klockan halv tre var det dags för röntgenundersökningen och nu gick det undan. Snabbt dit, snabbt tillbaka med orden att vi får vänta på läkarens analys. Men efter otaliga förfrågningar från patienten utan klara besked och tre timmars väntan, fortfarande utan mat. Patienten kände sig trött på att vänta och bestämde sig för att lämna sjukhuset. Strax efter detta kom en läkare in till salen, men patienten stod då i duschen. Den unga läkaren kom dock tillbaka lite senare för att lämna röntgenresultaten. Hon lovade även att patienten skulle få äta sin varmrätt. Det visade sig dock att det var för sent för varm mat, men patienten blev erbjuden två smörgåsar. Detta accepterade patienten tacksamt och åt under konsultationen med läkaren som konstaterade en revbensfraktur. Nu bejakades patientens autonomi. Han fick själv välja graden och kombinationen av smärtstillande läkemedel. Patienten upplevde att han kunde ta det beslutet på grund av sin nyligen genomförda tentamen i farmakologi. Patienten kände nu att han hade blivit sedd av denna förtjusande läkare och fått nytt hopp om framtiden. Så han åkte direkt till Hälsohögskolan för att studera läkemedelsmatematik med sina medsystrar.

**Situationen sedd ur Orlandos perspektiv**

Omvårdnadsproblemet i vår situation är att patienten glöms bort. Han får aldrig ge uttryck för sina känslor och behov. Den enda sjuksköterska som han träffar under sin första dag på sjukhuset fungerar som ledsagare från punkt A till punkt B.

Om sjuksköterskan som följde med vår patient från väntrum till undersökningsrum hade tillämpat Orlandos modell så hade hon kunnat identifiera patientens behov genom interaktionsprocessen. Detta hade kunnat ske genom en dialog med patienten på följande sätt;

1. Sjuksköterskan läser av hur patienten hardet och utrycker sin känsla verbalt till patienten. **SSK:** *Hejsan! Jag heter Anna Andersson och jag är sjuksköterska här på akutmottagningen. Hur har du det? Det verkar som att du har väldigt ont, stämmer det?*

2. Patienten bekräftar sjuksköterskans bedömning.

**Pat:** *Ja, jag har tränat kampsport och gjort illa mig i revbenen. Jag tror de är brutna och det gör så fruktansvärt ont!*

3. Här ska sjuksköterskan enligt Orlando identifiera patientens beteende som ett behov och ge en omedelbar respons.

**SSK:** *Jag ska se till så att du får hjälp så snabbt som möjligt. Jag följer med dig till ett undersökningsrum där du ska få träffa en läkare. Låter det bra?*

4. Patienten bekräftar sjuksköterskans förslag.

**Pat:** *Ja det låter bra, jag vill bara få hjälp att slippa smärtan! Tack för hjälpen!*

(Sjuksköterskan hjälper patienten till ett undersökningsrum och ser till så att en läkare kommer och tittar på patienten.)

I ovanstående dialog ser vi att Orlandos modell passar bra till vald situation. Sjuksköterskan ser patientens behov, får dem bekräftade av patienten och ger en omedelbar respons som bekräftas av patienten, och sedan vidtar hon åtgärder utifrån detta. Under dialogen har sjuksköterskan möjlighet att studera patientens beteende och reaktioner på givna förslag. I dialogen ovan kan sjuksköterskan efter frågan ”Låter det bra”, se om patienten reagerar med till exempel lättnad över att få hjälp, nervositet eller andra reaktioner. Hon kan då sätta in de åtgärder som behövs, alternativt ge nya förslag.

Utöver detta borde sjuksköterskan ha gett någon information om tidsaspekten för patientens vistelse. Exempelvis kan sjuksköterskan efter att läkaren har tittat på patienten följa upp undersökningen med ytterligare en dialog:

**SSK:** *Hur känns det? Har du fortfarande ont?*

**Pat:** *Nej det känns bättre efter injektionen jag fick av läkaren.*

**SSK:** *Bra! Det som kommer att hända nu, är att vi väntar på att du ska få genomgå en röntgenundersökning där vi ska se om något är brutet. Du måste stanna här över natten för observation och sedan får du komma till röntgen imorgon bitti. Jag hjälper dig till den avdelning där du får ligga över natten, och där får du träffa en avdelningssköterska. Hur tycker du att det låter?*

**Pat:** *Ja det känns bra att jag fick veta vad som kommer att hända.*

**SSK:** *Har du några andra frågor eller funderingar?*

**Pat:** *Nej det känns bättre nu.*

I den här dialogen ser vi att sjuksköterskan ser till så att patienten får möjlighet att ställa eventuella frågor, får information om vad som ska hända, samt omsorg. Hon är även noga med att få bekräftelse från patienten efter givna förslag.

I vår situation fanns även störande faktorer runt omkring patienten, vilket kan leda till att tillfrisknandet tar längre tid.

Sjuksköterskan ska enligt Orlando vara observant på detta eftersom att sjukdomen i sig är tillräckligt jobbig för patienten (1).

**Situationen sedd ur Leiningers perspektiv**

Leininger har en holistisk syn på människan. Hon talar i sin teori om två primära begrepp för att belysa det holistiska perspektivet: kultur och omsorg. I vår patients fall blev det efter en stund ett omhändertagande, dock utan några som helst frågor ställda till patienten. Det togs ingen hänsyn till patientens kultur eller andra värderingar varken vid det första mötet eller vid dagen efter på avdelningen. Den kulturella bakgrunden och värderingarna spelar en viktig roll när det gäller att få en helhetssyn på människan i den aktuella vårdsituationen. I Leiningers soluppgångsteori talas det om olika områden som Leininger menar att man inte ska åtskilja i den aktuella vårdsituationen (2). Sjuksköterskan kunde ha arbetat enligt Leiningers modell och ha förhört sig lite om patientens kulturella bakgrund och värderingar som kan ha spelat in i omvårdnadssituationen. Leiningers modell kunde ha tillämpats på följande sätt av en sjuksköterska på den avdelning där patienten ligger. På morgonen när patienten väcks och får sitt första riktiga möte med avdelningspersonalen så kunde sjuksköterskan ha gått in till vår patient och haft ett mottagningssamtal med patienten. I detta samtal ska sjuksköterskan föra en dialog med patienten och därigenom få information om dennes kulturella bakgrund. Då hade sjuksköterskan fått reda på att patienten var sjuksköterskestudent och de hade då haft en gemensam kultur att bygga vidare dialogen på. Detta eftersom att patientens kultur är just att han är sjuksköterskestudent. Fortsättningsvis i detta samtal kan sjuksköterskan, med sin nya vetskap om patientens kultur, anpassa till exempel sitt språk för att stärka patientens känsla av att han blir bekräftad som sjuksköterskestudent. Detta gör att patienten vågar uttrycka sig mer öppet mot sjuksköterskan, just för att de har en kulturell gemenskap. Han kan uttrycka sin oro för vad som ska hända under vårdtiden, samt ställa frågor; när får jag komma på röntgen, får jag äta och så vidare.

Enligt Leininger så kan en patient aldrig bli frisk utan omsorg, och i vårt fall saknas detta.

Sjuksköterskan skulle ha visat god omsorg och inte rusat in och väckt patienten tillsammans med annan personal, och speciellt inte med en undersökning på en gång. Hon skulle ha tagit det lugnt och gått in ensam till patienten för att ha ett ankomstsamtal med honom. Detta hade gjort att patienten hade upplevt ett större välbefinnande. Hon skulle vidare ha berättat vilka undersökningar som skulle göras just den morgonen och varför. Patienten hade då känt sig förberedd och fått möjlighet att ställa frågor till sjuksköterskan.

Sjuksköterskan ska enligt Leininger ansvara för att omsorgen ges ur ett kulturellt perspektiv då detta anses vara det mest användbara medlet för att förklara, tolka och förutse omvårdnaden i praktiken.

Sjuksköterskan i vårt fall skulle ha använt vetskapen om patientens kultur (sjuksköterskestuderande) för att kunna informera på ett bra sätt. Patienten hade då kunnat ställa frågor av en mer medicinsk karaktär till sjuksköterskan. Till exempel frågor om typen av smärtstillande han hade fått dagen innan, vilka mediciner som skulle kunna bli aktuella att ta under eller efter vårdtiden.

Vidare menar Leininger att om patienten upplever omsorg som misslyckas, som i vårt fall saknas, med att överensstämma med dennes värderingar, tankar och livsstil så kan kulturella konflikter och stress uppstå. Patienten i vårt fall hade då inte velat ställa några frågor och större oro och stress hade uppstått.

Leininger betonar också miljöaspekten där hon omtalar hur den inverkar på omvårdnadssituationen. I vårt fall upplevde patienten många miljöombyten på kort tid, vilket bidrog till att patienten upplevde en otrygg och stressad omvårdnadssituation. Med mer empati från sjuksköterskan skulle detta kunna ha minimerats. Sjuksköterskan kunde vid samtal ha gett konkret information om vad som skulle hända med patienten under dagen vad gäller miljöombyten såsom röntgenundersökningen. Vår patient hade då känt sig trygg och tillfreds med vårdsituationen (2) .

**Situationen sedd ur Neumans perspektiv**

I vår situation finns många enligt Neuman uttryckta stressorer runt omkring personen. Smärta, väntetid, ovisshet, hunger och törst, sömnbrist, okända människor. Detta är de mest framstående stressorerna i vår situation.

Man kan dela upp dessa i kategorier enligt Neumans modell:

**Intrapersonella:** smärta, ovisshet, hunger och törst (stressorer), sömnbrist (både en stressor i sig själv men även en reaktion på andra stressorer; smärta, ovisshet osv.)

**Interpersonella:** okända människor

**Extrapersonella**: väntetid, miljön

(2)

Neuman betonar en helhetssyn på individen. Detta är något som glöms bort av sjuksköterskan i vårt fall. Hon skulle ha genomfört preventioner så fort som möjligt och då riktade mot stressorerna som nämns ovan.

Ett stort begrepp i Neumans teori är ”prevention as intervention”, (förebyggande interventioner) vilket vi har valt att applicera på vår situation, och den sjuksköterska som hämtade patienten från väntrummet.

Neuman menar att dessa interventioner kan ske i tre skeden; primärt, sekundärt och tertiärt.

**Primärt:** dessa interventioner genomförs när en stressor misstänks. I vårt fall så är detta när sjuksköterskan hämtar och möter patienten. Sjuksköterskan ska se och försöka minska utvecklingen av det negativa som stressorerna medför. Detta genom att till exempel fråga patienten om han hade ont, vad som hade hänt, om han var orolig eller hade några frågor. Stressorerna i ovanstående scenario (smärta, ovisshet, hunger och törst), kunde ha avhjälpts om det hade funnits en reell kommunikation mellan patient och sjuksköterska. (Läs åtgärder)

**Sekundärt:** med sekundära interventioner avses sådana som genomförs när stressorerna har identifierats och bekräftats. Sjuksköterskan och patientens resurser används tillsammans för att stabilisera systemet. I vårt fall hade sjuksköterskan, efter identifiering av patientens smärta, kunnat lindra smärtan i samarbete med patienten. Sjuksköterskan hade kunnat informera patienten om vad som skulle hända framöver. (Läs åtgärder)

**Tertiärt:** interventioner som genomförs efter behandlingen. Ett primärt mål är att se till så att stressorerna inte återkommer, samt att man återgår till primära interventioner. Sjuksköterskan som mötte patienten först, kan komma tillbaka till patienten och fråga hur det står till och hur det har gått (2). (Läs åtgärder)

**Konkreta åtgärder mot de intrapersonella stressorerna:**

Vad gäller smärtan så skulle sjuksköterskan ha sett till så att patienten fick smärtlindring så fort som möjligt genom att kontakta en läkare för ordination alternativt sett till så att en läkare tittade på patienten. Ovissheten skulle sjuksköterskan ha dämpat genom att förklara vad som skulle hända och vilka undersökningar som skulle genomföras. Patientens hunger och törst skulle bekräftas av sjuksköterskan och åtgärdas om möjligt. I annat fall skulle sjuksköterskan ha informerat patienten om varför han inte kunde få äta eller dricka. Då hade patienten känt sig trygg och mindre osäker.

Sammantaget så hade ”prevention as intervention” lett till att patienten hade upplevt ett större välbefinnande vad gäller de intrapersonella stressorerna.

 Som tidigare nämnts så uppmärksammade inte sjuksköterskan dessa stressorer, eftersom att hon aldrig träffade patienten, och kunde därmed inte bedriva någon omvårdnad alls.

**Konkreta åtgärder mot de interpersonella stressorerna:**

Patienten upplevde att det hela tiden fanns många okända människor omkring honom. Detta skulle sjuksköterskan ha uppmärksammat och löst genom att presentera sig själv och andra runt omkring patienten. Konsekvensen av detta blir att patienten känner sig trygg med personalen runt omkring honom.

**Konkreta åtgärder mot de extrapersonella stressorerna:**

Sjuksköterskan skulle ha informerat patienten om den eventuella väntetiden som skulle kunna uppstå genom att föra en dialog med patienten och lyssna på hans eventuella frågor.

Sjuksköterskan kan se till så att patienten upplever en trygg miljö genom att inte lämna honom ensam alternativt se till så att någon annan finns hos patienten om möjligt. Dessa åtgärder gör att patienten upplever en trygg miljö och är väl informerad om vad som ska hända framöver, både vad gäller miljöombyte och nya möten med personal.

# Diskussion

I vårt fall var det centrala och stora problemet avsaknaden av omsorg och omvårdnad från sjuksköterskan. Vi har utifrån tre omvårdnadsteorier försökt belysa situationen samt ge förslag på hur man, utifrån teorierna, skulle ha kunnat agera.

Orlandos interaktionsteori var lätt att applicera i den aktuella situationen (i teorin). Eftersom det inte fanns någon kommunikation mellan patient och sjuksköterska blev detta något som vi hade föredragit att se. Patienten fick aldrig någon information om vad som skulle hända och därmed kunde inga gemensamma beslut tas, mellan patient och sjuksköterska. Det gemensamma beslutsfattandet är fundamentalt i Orlandos teori, med saknas helt i vårt fall. Detta blev negativt för patientens hälsa och skapade en otrygghet hos honom.

Vi anser att Orlandos modell är väldigt bra och hade kunnat komma till sin rätt i vårt fall, om patienten hade fått träffa en sjuksköterska.

Orlandos fem huvudbegrepp; anser vi vara väldigt användbara, men eftersom det inte fanns någon kontakt mellan patient och sjuksköterska kunde dessa inte användas. Huvudbegreppen är som följer;

1. Den professionella omvårdnadens funktion. (att identifiera och tillgodose patientens omedelbara behov)
2. Patientens nuvarande beteende.
3. Sjuksköterskans omedelbara respons.
4. Omvårdnadsprocessens disciplin
5. Förbättring

Genom att använda dessa begrepp i en interaktion med patienten uppnås ett samspel mellan de båda, där patientens behov blir bekräftade och rätt åtgärder blir utförda.

 En svaghet med Orlandos modell är att hon inte definierar begreppen *Hälsa* och *Miljö*. Vissa antaganden görs men det är i stor utsträckning upp till läsaren att tolka begreppen.

Leininger anser att ett tillfrisknande inte kan ske utan omsorg. Vi ställer oss dock frågan om man kan se det som en självklarhet. Vi anser att ett tillfrisknande kan ske trots att omsorgen från t ex sjuksköterskan uteblir, som den gjorde i vårt fall.

I och med att sjuksköterskan inte visste något om patienten så hade ett kulturellt synsätt kunnat hjälpa henne att på ett snabbt sätt få en bra relation med honom. Som vi beskriver i tillämpningen av modellen så hade kommunikationen mellan sjuksköterska och patient blivit väldigt mycket bättre och patienten hade upplevt en trygghet och ett större välbefinnande.

En styrka med modellen är att den har ett väldigt stort spann. Den pekar på en rad olika delar om hur vården ska bedrivas.

Neuman talar om stress relaterat till vårdsituationen. Stressfaktorer eller så kallade stressorer påverkar individen negativt på väg mot ett tillfrisknande. I fallbeskrivningen berättas det att patienten fick vänta länge på både information och andra åtgärder. Detta utgjorde ett negativt stressmoment för honom. Vi undrar vad som hände med sjuksköterskans empatiska förmåga och när försvann den i vårt fall, och har den någonsin funnits? Sjuksköterskan missar helt att sätta in åtgärder för att komma tillrätta med stressorerna och detta gör att patienten känner sig osäker och otrygg.

En styrka med Neumans modell är att den ställer systemet, i vårt fall den enskilda patienten, i centrum.

Vi beklagar vår framtida kollegas bristande förmåga att använda detta teoretiska tänkande i sitt handlande, eller snarare ickehandlande.

Sannolikheten för att patienten skulle dra sig för att söka vård på nytt är hög. Denna slutsats drar vi eftersom det aldrig fanns något möte mellan patient och sjuksköterska. Därmed utesluter vi att något induktivt eller deduktivt arbetssätt existerat vid vårdtillfället.

Om det hade funnits ett induktivt tänkande hade sjuksköterskan kunnat handla utifrån Orlandos modell. Då hade sjuksköterskan sett patientens behov i ett vidare perspektiv. Här lägger vi tyngd på sjuksköterskans ansvarsområde att tillgodose fysiska och psykiska behov, antingen hon väljer att göra det själv eller med hjälp av andra. Det är viktigt att ta hand om de mest akuta faktorerna först. Det är viktigt att observera och utvärdera patientens verbala och ickeverbala kommunikation, samt att ta hand om patientens omedelbara reaktioner i form av perception, tankar och känslor. Att ge direkt feedback till patienten för att validera dennes kommunikation är viktigt. Att förbättra omvårdnadssituationen genom att stödja patienten på alla sätt som kan lindra lidandet och erbjuda all den hjälp som krävs för ett optimalt tillfrisknande.

Ett deduktivt tänkande innebär att man upplever en klinisk situation som man sedan går till teorin för att försöka förankra och på detta sätt förstärka sina ståndpunkter. Inte heller här kan vi applicera sjuksköterskans handlande i vårt fall, eftersom det inte fanns någon sjuksköterska med i bilden.

Det finns många fördelar med de olika teorierna som kombinerade kan tillföra ett vidare och bättre perspektiv av omvårdnaden t.ex. vad gäller kulturella skillnader, etnohistoria och även förståelse för multipla orsaker till ohälsa där människan ses i ett större sammanhang (holistiskt perspektiv) dvs. i ständig interaktion mellan olika system. (3, 4).

#

# Referenser

1. Jahren Kristoffersen N. Allmän omvårdnad 1, Liber AB Stockholm 2002, kapitel 5
2. Tomey Ann Marriner. Nursing Theorists and Their Work, Mosby, St Louis, USA 2005
3. Hamers J.P.H, Huijer Abu-Saad H, Halfens R.J.G . Diagnostic Process and Decision Making in Nursing : A Literature Review Journal of Professional Nursing. Vol 10. No 3 (May-June). 1994: pp 154-163
4. Hedberg B, Sätterlund Larsson U. Observations, confirmations and strategies – useful tools in decision-making process for nurses in practice. Journal of Clinical Nursing 2003; 12: 215-222
5. Johnston N, Rogers M, Cross N, Sochan A. Global and planetary health teaching as if the future matters. Nurse educ. Perspect 2005 may-june; 26 (3) 152-6.