MÄLARDALENS HÖGSKOLA
ESKILSTUNA VÄSTERÅS

Akademin för hälsa, vård och välfärd

Att bli värdigt bemött

En tvärsnittstudie om bemötande på akutvårdsavdelningar ur patientens perspektiv

Examensarbete i Vårdvetenskap
Nivå: Grundnivå
Högskolepoäng: 15
Program/utbildning: Sjuksköterskeprogrammet
Kurskod: OVA018

Datum: 2009-02-12

Författare: Cathrine Hayton
Beatriz Olsson

Handledare: Mirjam Ekstedt

Examinator: Johanna Westerlund

Sammanfattning

Klagomål till patientnämnden visar på att det finns brister i bemötandet vilket också styrks av tidigare forskning. Det förefaller att det kan vara svårt för sjukvården att leva upp till hälso- och sjukvårdslagen som kräver att vården ska vara av god kvalitet, grundas på respekt, värdighet och utformas så att patienten själv får vara med och ta beslut. För att bidra till mer kunskap om ett värdigt bemötande avser denna studie att belysa vad patienten värderar som ett gott bemötande. Syftet var att beskriva hur patienter värderar bemötandet och hur de beskriver att de blivit bemötta av personalen under sin vårdtid på en akutvårdsavdelning. Studien är en deskriptiv tvärsnittsstudie med en kvantitativ ansats där populationen bestod av patienter som vårdats på akutvårdsavdelningar i Landstinget Västmanland under 2007. I studien ingick 93 patienter som vid slutet av vårdtillfället tillfrågats om de ville besvara en enkät. Resultatet visar att det som patienterna skattade att de var mest nöjda med (stämmer precis) ifråga om bemötandet var det välkomnande de fick när de kom till avdelningen (62,1 %), att de blev bemötta med aktning och respekt (59,3 %) samt att vårdarna brydde sig om dem (57 %). Trots det upplevde 11 % av patienterna kränkning av integritet och vanmakt i vården. Resultatet bekräftar tidigare forskning och poängterar vikten av att uppmärksamma patientens behov och begär innan ett missnöje har uppstått. Detta för att kunna förbättra och även utveckla en positiv upplevelse av bemötande för patienten och därmed höja vårdkvaliteten.

Nyckelord: *Bemötande, delaktighet, deskriptiv tvärsnittstudie, patient perspektiv, värdighet.*

Abstract

Previous research and patient complaints to the Swedish Patient Support Committee shows that there is a lack of substance in the patient-nurse relationship. This may suggest that it can be difficult for health care to live up to health-care law which requires it to be of good quality, based on dignity and respect and designed so that the patient is an active participant and can make their own decisions when it comes to their health care. For a better understanding of what a dignified patient-nurse relationship is, this study aims to clarify what the patient values as good patient-nurse relationship and describe how they have experienced the patient-nurse relationship during their stay at an emergency care department. The study is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach, where the population consisted of patients who were cared for at an emergency care department in the County of Västmanland, Sweden during 2007. The sample consisted of 93 patients which were asked to answer a questionnaire. The results show that patients who were cared for, answered positively in terms of the patient-nurse relationship, when they felt welcome to the department (62,1 %), when they were treated with deference and respect (59,3 %) and when the nurses showed they cared (57 %). A total of 11 % of the patients experienced a violation of their integrity and a sense of powerlessness towards health care. The results confirm previous research which emphasizes the importance of paying attention to patients' needs and requests before the dissatisfaction and lack of good patient-nurse relationship has arisen. This is necessary in order to improve and develop the positive experience of caring for the patient, and thus raise the quality of care.

Keywords: *Dignity, descriptive cross-sectional study, participation, patient perspective, patient-nurse relationship.*

Innehållsförteckning

1. Inledning 1
2. Bakgrund 2
2.1. Teoretisk referensram 2
2.1.1. Vårdvetenskapens människobild 2
2.1.2. Vårdlidande 3
2.2. Värdighet 3
2.3. Delaktighet 5
2.4. Bemötande 6
3. Problemformulering 7
3.1. Frågeställningar 8
4. Syfte 8
5. Metod 8
5.1. Design och datainsamlingsmetod 8
5.2. Population och urval 9
5.3. Datainsamling 10
5.4. Dataanalys och bortfall 10
5.5. Etiska överväganden 11
6. Resultat 12
6.1. Det patienterna värderar gällande bemötande och delaktighet 13
6.2. Patienternas upplevelser av bemötande 14
6.3. Patienternas förväntningar/uppfyllda förväntningar av bemötande 19
6.4. Resultat avseende de öppna frågorna 22
6.5. Sammanfattning 23
7. Diskussion 24
7.1. Metoddiskussion 24
7.2.1. Upplevelse av bemötande 25
7.2.2. Upplevelse av delaktighet 27
7.2.3. Upplevelse av värdighet 28
7.3. Förslag till fortsatt forskning 29
7.4. Etikdiskussion 29
8. Slutsats 30
9. Referenser
BILAGA 1
BILAGA 2

1. Inledning

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall omvårdnad ges på lika villkor utifrån den enskilda patientens behov, oberoende av ålder, kön, utbildning, ekonomi, etnisk bakgrund och religion. Vidare säger lagen att vården skall ges med respekt för den enskilda människans värdighet och att vården skall utformas i samråd med patienten. Många studier har gjorts angående bemötande, där patienter uttrycker både en upplevelse av värdighet och kränkning av sin värdighet, i situationer där de har möts som antingen en medmänniska eller ett objekt i vårdrelationen. Att få bli sedd, bekräftad, omhändertagen och att göras delaktig i vården, är vad patienterna själva beskriver att de värdesätter i sin vård. Denna rätt till delaktighet förutsätter att vårdpersonalen lyssnar på patienternas egna uppfattningar av sin situation.

Motivet för vårt ämnesval var att vi i vår blivande profession som sjuksköterskor kommer att möta många patienter som inte är nöjda med bemötandet i vården. Genom att tacka ja till Axelina fick vi studera ett intresseområde vi redan var nyfikna på. Detta i kombination med att studien skulle studeras kvantitativt gjorde valet lätt eftersom vi såg det som en utmaning. Vår förhoppning med denna studie är att skaffa ny kunskap om patienters upplevelser om bemötande för att kunna förbättra mötet med dessa patienter.

Vänligt bemötande är en självklar akt av medmänsklighet ändå ser man en påtaglig ökning av klagomål till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och patientnämnden när det gäller bemötande. Av de 1077 ärenden som registrerades vid Patientnämnden i Landstinget Västmanland år 2007 var 751 av dessa klagomål, 165 (22 %) av dem handlade om bemötande. Det är en liten ökning från 2006 men fortfarande en minskning från 2005. (Patientnämnden Landstinget Västmanland, 2007). Bristen i bemötandet av patienter kan leda till maktmissbruk och allvarliga kränkningar, vilket medför att patientens värdighet kan osynliggöras och att vårdlidande kan uppstå. Om nu vårdpersonalen har kunskap om hur viktigt bemötandets roll är i den vårdande relationen och vad det har för konsekvenser för patienten, vad är det som går fel? Vad är det som gör att patienten inte känner sig väl bemötta och viktigast av allt, vad kan vi som vårdpersonal göra för att ändra på detta så att patienten känner sig värdigt bemött?

2. Bakgrund

Examensarbetet är en del av Axelina projektet, ett vårdvetenskapligt projekt som pågått under åren 2007-2008 i samarbete mellan Landstinget i Västmanland, Landstinget i Sörmland, Katrineholms kommun och Mälardalens Högskola (Lindvall & Ekstedt). Syftet med Axelina projektet har varit att beskriva hur människans värdighet kan värnas i olika vårdande situationer. Den kliniska nyttan med projektet är kompetensutveckling för vård- och omsorgspersonal samt att den nya vårdvetenskapliga kunskapen tillägnas vårdtagaren i form av att värdigheten skyddas och bevaras i olika vårdande situationer.

2.1. Teoretisk referensram

2.1.1. Vårdvetenskapens människobild

Vårdvetenskapens människobild har sin grund i en helhetssyn på människan, vilket innebär att vi möter människan, patienten som kropp, själ och ande. I den vårdande relationen ska det finnas respekt för den andra människan och en vilja att göra henne väl. Att vårda är att ansa, leka och lära i en andra av tro, hopp och kärlek (Eriksson, 2000; 2002). En vårdande relation innebär en caritativ närvarohållning (Edlund, 1994). Caritas är ett uttryck för mellanmänsklig kärlek och omtanke och kännetecknas av att man bär ett ansvar för sin medmänniska och vill henne väl. Utgångspunkten är en tanke om att det är medmänsklig kärlek, medlidande och barmhärtighet som är det som i djup mening motiverar vårdandet. God vård utgår från ett genuint intresse att lindra patientens lidande, värna om dennes värdighet och helhet samt skapa utrymme så att patienten kan uttrycka sina behov, problem och begär. Varje patient har olika behov vare sig det är emotionella eller andliga. Bakom dessa behov finns begären, patientens innersta längtan och önskningar. De mest grundläggande begären är begäret efter liv och begäret efter kärlek. Ett problem är någonting som skall lösas därför bör patienternas problem tas på allvar. Olösta problem kan utgöra ett hinder för patienten att leva och utvecklas som hel människa. Vårdarnas uppgift är att bekräfta patienten och hjälpa honom/henne uppnå helhet igen (Eriksson, 2000). God vård handlar om att få såväl fysiska (t.ex. smärtlindring och behandling), psykiska (information, att få känna trygghet och

förtroende), sociala (trivsel och gemenskap) och andliga behov (att bli bemött och bekräftat som människa) tillfredsställda (Söderlund, 1998).

2.1.2. Vårdlidande

Vårdlidande är ett lidande som uppstår på grund av vårdandet och som många gånger uppkommer på grund av ett omedvetet handlande, bristande kunskap och en avsaknad av reflektion. När patientens fråntas rätten att aktivt ta del i sin egen hälsoprocess åskådliggörs ett bemötande där patienternas lidande inte uppmärksammas. Patienterna blir förödmjukade och deras självklara värdighet kränks. Patienten uppfattas inte längre som en levande individ utan bemöts som om hon eller han vore ett ting bland andra ting, ett objekt i världen (Dahlberg, 2002). Enligt Eriksson (1994) bör man sträva efter att eliminera lidande eller göra allt för att det skall lindras. Att lindra vårdlidande innebär ett gott bemötande; att inte kränka patientens värdighet och att låta patienten vara delaktigt i sin vård.

2.2. Värdighet

Vården grundas på en humanistisk människosyn vilket innebär att människan är unik och självständig och har rätt att vara delaktig och bestämma i situationer som rör henne själv. Detta synsätt innebär enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) att människans värdighet skall respekteras, skyddas och bevaras i alla vårdsituationer. Det är viktigt att kunna relatera varje given situation till en människosyn som slår vakt om alla människors grundläggande värde som frihet, ansvar och värdighet (Söderlund, 1998).

Begreppet värdighet är enligt Walsh och Kowanko (2002) en viktig del i vårdandet och är högt skattat av patienterna. Trots detta är begreppet svårdefinierat och det finns få riktlinjer eller studier för vårdpersonalen att tillhandahålla för att bevara patienternas värdighet. De centrala beståndsdelarna i begreppet värdighet visade sig för patienterna vara; respekt, enskildhet, egna val, humor och kontroll. En känsla av kränkt värdighet upplevdes när de blev sedda som ett objekt, när de inte hade kontroll över sin vård och när deras val inte respekterades. Patienternas reaktion när deras värdighet nonchalerats uttryckte sig i ilska, ångest och osäkerhet. Oavsätt anledning bakom varför patienternas värdighet åsidosätts är det

ett viktigt och komplext ämne inom hälsovården (Walsh & Kowanko, 2002). Wiklund (2003) förklarar att människans värdighet ligger i hennes förmåga att fullfölja sin uppgift som människa och att varje människa har ansvar för att ge andra individer möjlighet att utforma sina liv.

Värdighet visar sig i två dimensioner. I den ena dimensionen ses värdighet som något givet och i den andra som något föränderligt. Värdighet som något givet finns i människans själsanlag, det ger egenvärde och rättighet. Värdighet som något föränderligt beskrivs som en process och något som kan förändras med tiden. Upplevelsen av värdighet kan variera och är något dynamiskt men kan också raseras och återupprättas. Vidare menar Edlund att människans frihet och autonomi kan medvetet kränkas av någon annan människas handlande och det är endast den enskilda människan som vet vad som kränker hennes värdighet vilket människan ibland får acceptera. Människan får dock inte medvetet låta sig kränkas (Edlund, 2002).

Eriksson (1994) skriver att kränkning av patientens värdighet är den vanligaste formen av lidande inom vården och att när det händer utsätts människan för skam, skuld och förnedring. Att kränka en människas värdighet medför att man hindrar den att uppnå helhet. Kränkningar kan ske genom direkta och konkreta åtgärder, som t.ex. att strunta i att lyssna på patienten eller vårdslöshet vid intima eller personliga situationer. Detta bidrar till att man inte ”ser” människan bakom patienten och man brister i sin etiska hållning (Eriksson, 1994; Andersson, 1996; Edlund, 2002).

Integritet och värdighet kan ibland användas synonymt men integritet kan ses som ett vidarebegrepp och har sin grund i människovärdet (Edlund, 2002). Människovärde och värdighet går hand i hand där människovärdet är en rättighet oavsett intellektuell nivå eller kroppslig förmåga. Alla har ett unikt värde eftersom vi föds till människa och till ett socialt sammanhang. Alla människor har egna berättelser som inte enbart medför stunder av skratt och glädje. Det är ingen människa som går igenom ett helt liv utan sorg eller smärta och om vårdpersonalen tar sig tid att lyssna och visa sympati visar hon att personen framför henne inte bara är ett vårdfall utan en hel människa (Malmsten, 2007). Patienterna har ett värde i sig oberoende av dennes inre och yttre funktioner samt har rätt till autonomi, frihet och självbestämmande (Edlund, 2002). Ett värdigt bemötande handlar om att ta hänsyn till patienters vilja och önskemål och göra dem delaktiga (Andersson, 1996). Att vara

självbestämmande och ta eget ansvar innebär att värna om sin egen autonomi. Patienternas autonomi är i teorin en självklarhet för de flesta som arbetar inom vården (Kihlgren, 2000).

2.3. Delaktighet

Delaktighet är ett begrepp som bottnar från ordet delta, att dela. Det finns olika beskrivningar av delaktighet så som; handing av deltagande, associera sig, att delta och att dela. Patienters deltagande i vården har varit i fokus över 50 år, där intresset har legat i att upphöja individens autonomi vilket är högst viktigt för att god vård ska uppstå. Att inte bli trodd och lyssnad på av vårdpersonalen är den största synpunkten på vad som upplevs som icke-deltagande. Det är av stor vikt att vårdpersonalen värdesätter patienternas rätt till egna val i livet i den mening att de ska få göra val som är baserade på egna kunskaper och värderingar beroende på vilken situation de befinner sig i (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006).

Vårdandet innebär att dela och delandet innebär att vårdaren och patienten, du och jag, är delaktig i samma helhet (Eriksson, 2002). Utredningar har visat att patienter som aktivt tagit del i sin behandling upplevt att de har bättre livskvalitet och tillfrisknat snabbare. Det har också framkommit att patienter i större utsträckning än som faktiskt sker, vill vara delaktiga i den egna vården (Rönnberg, 2007; Sahlsten, 2007).

Ända sen World Health Organisation (1978) presenterade deklarationen Alma-Ata har delaktighet fått mer fokus och baseras på individens rätt och ansvar att vara delaktig i sin egen vård (Eldh m.fl., 2006). Det är på grund av denna hälsomodell med samarbetet som ett koncept, som delaktighet uppmärksammats och verkligen accelererat. Ett av målen specificerar att patienten har rätten och en plikt att delta individuellt och kollektivt i planeringen samt genomförandet av sin egen vård, vilket styrker individens rätt till deltagande (World Health Organisation, 1978).

Upplevelser av att inte få delta i sin egen vård beskrivs när det var brist på respekt, information, bekräftelse och när patienten blir sedd mer som en sjukdom. (Eldh m.fl., 2006). För att patienten ska känna sig delaktig är det viktigt att patient och vårdare kommunicerar med varandra. Genom kommunikationen och samarbete kan man komma överens om vad som är målet vid varje vårdande tillfälle för att undvika kränkningar (Malmsten, 2007).

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) bygger på principen om frivillig vård. Det innebär att all vård skall byggas på respekt för patientens autonomi. Det är patienten själv som ska bestämma i vilken omfattning som vård skall ges och det betyder att vårdpersonalen måste respektera patientens önskan om att inte vilja vara delaktig i sin vård eller vägra ta emot behandling (Rönnberg, 2007). Genom att vara delaktig tar man del av de kunskaper man behöver för att förstå vården och fatta beslut, man blir ”inblandad” i vårdsituationen (Malmsten, 2007). Patienten ges mycket makt genom att vara delaktig i sin vård eftersom han/hon har inflytande och kan påverka viktiga beslut **(**Strandmark Kjölsrud, 1995).

2.4. Bemötande

En förutsättning för att bevara patientens värdighet är att vårdaren och patienten visar en ömsesidig tillit och respekt för varandra. För att patienten skall uppleva en caritativ vård behöver vårdarna bemöta patienten med respekt och ge denne sin fulla uppmärksamhet (Wiklund, 2003). Bemötande är ett abstrakt begrepp som rymmer många dimensioner. Begreppet bemötande, när det används inom vården, är svår att definiera men handlar bland annat om uppträdande, mottagande, vänlighet, hjälpsamhet, kvalitet, information, respekt och engagemang (Fossum, 2007). Med bemötande avses det sociala växelspelet mellan personer i mötet (Pilhammar Andersson, 2003). Det handlar om samspelet mellan patient och vårdare och den inställning man har till varandra samt hur det uttrycks i tal och handling. Bemötandet influeras av vårdarens människosyn och det är därför viktigt att all personal inom hälso- och sjukvård, speciellt inom akutvården, utgår från ett helhetsperspektiv och inte enbart inriktar sina insatser på sjukdomstillståndet (Wikström, 2006). Vårdarnas bemötande och förhållningssätt kan vara avgörande för att patienten skall kunna känna någon mening med livet. Dåligt bemötande kan leda till att patientens existens påverkas. Vårdarnas bemötande kan ha stor betydelse för patienternas välbefinnande samt hur de uppfattar vården; god vård eller vanvård (Söderlund, 1998).

Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards och Chandolas (2002) studie undersökte vilka faktorer som påverkade upplevelsen av god vård och om patienterna kunde tänka sig rekommendera vårdavdelningen. Resultatet visar att ålder är en viktig faktor när det gällde tillfredsställelsen av vården de fick. Vidare visar studier att patienter varit missnöjda med bemötandet och delaktigheten i sjukhusvården. Patienterna kände sig ignorerade samt misstrodda och hade

inte fått den känslomässiga stöd eller den omtanke de förväntat sig av vårdpersonalen. Vidare visar studierna att patienter upplevde att vårdpersonalens bemötande brast när det gällde känslomässigt stöd, respekt för patienters önskemål och fysiskt välbefinnande (Jenkinson, m.fl., 2002; Eriksson, Chiappe & Sellström, 2003; Muntlin, Gunningberg & Carlsson, 2006). Enligt Söderlund (1998) kan en människa ~~kan~~ känna sig kränkt om hon upplever att hon inte blir sedd eller tagen på allvar. Ett dåligt bemötande kan även innebära att personalen inte håller sina löften, att man talar över huvudet på patienterna och att man inte visar sympati (Eriksson m.fl., 2003).

Muntlin m.fl:s (2006) studie beskriver patienternas upplevelser av vårdkvaliteten på en akutvårdsavdelning och identifierar områden där kvalitets höjning bör göras. Patienterna upplever att vården i sin helhet var av måttlig standard. Mer än 20 % av patienterna upplevde att sjuksköterskorna inte visade något intresse för deras livssituation vilket kan upplevas som ett vårdlidande för patienten. För att förbättra vården behöver all vårdpersonal blir mer uppmärksamma på den enskilda individen. Det var därför betydelsefullt att undersöka vad patienten värderar i vården och vilka brister som finns.

3. Problemformulering

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) betonar att vårdarna idag har skyldighet till att ge patienterna en god hälsa på lika villkor. Vården skall grundas på respekt och värdighet och ska utformas så att patienten själv får vara med och ta beslut. Problemet är att man inte vet om patienters värdighet bevaras i vården så som lagen säger att den ska göra. Tidigare forskning visar på att det finns brister i bemötandet som gör att patienten upplever sig som ett objekt. Eftersom detta innebär ett onödigt lidande för patienterna behöver vårdpersonalens bemötande sättas i fokus. Genom att utgå från patienternas perspektiv och lyssna på deras förväntningar när det gäller bemötande och göra dem delaktiga i sin vård kan kvaliteten på vården höjas. Denna studie avser att belysa vad patienten värderar i vården och hur de beskriver att de blivit bemötta av personalen på en akutvårdsavdelning, för att bidra till mer kunskap om ett värdigt bemötande av patienten.

3.1. Frågeställningar

- Vad värderar män/kvinnor under sin vårdtid på en akutvårdsavdelning gällande bemötande och delaktighet?
- Hur upplever män/kvinnor att de blivit bemötta under vårdtiden på en akutvårdsavdelning?
- Blev männens/kvinnornas förväntningar av bemötande uppfyllda under deras vårdtid?

4. Syfte

Syftet med studien var att beskriva hur patienter värderar bemötandet och hur de beskriver att de blivit bemötta av vårdpersonalen under sin vårdtid på en akutvårdsavdelning.

5. Metod

5.1. Design och datainsamlingsmetod

Detta är en deskriptiv tvärsnittsstudie med en kvantitativ ansats. Datainsamlingsmetoden har varit enkäter. Enkäten har inspirerats av ”Kvalitet Ur Patientens Perspektiv” (KUPP) som utarbetats av Wilde Larsson (2001). I tabell 1 visas ett exempel på hur enkäten utformades. Enkäten bestod av totalt 75 slutna frågor och 2 öppna frågor. Av de 75 sluta frågorna bestod 9 av bakgrundsdata och 56 frågor tog upp två olika aspekter på ett påstående. Delvis skulle deltagarna svara på hur viktigt påståendet var (”så här viktigt var det för mig”) och sen hur det till slut blev (”så här var det för mig”). Svarsalternativ för ”så här viktigt var det för mig” var ”av allra största betydelse”, ”av stor betydelse”, ”av liten betydelse” eller ”av ingen betydelse”. Under ”så här var det för mig” kunde man svara ”stämmer precis”, ”stämmer ganska bra”, ”stämmer något så när”, ”stämmer inte alls” eller ”ej aktuellt”. Resterande frågor var flervalsfrågor. Under de öppna frågorna fick patienterna med egna ord skriva vad de var nöjda med respektive ge förslag till förbättringar.

Denna studie har endast fokuserats på de faktorer som besvarar frågeställningarna om bemötande och delaktighet. Totalt har 20 frågor, bakgrundsvariabler och de öppna frågorna använts.

Tabell 1. Exempel på hur enkäten utformades.

Tema	Så här viktigt var det för mig				Så här var det för mig				
Jag fick veta det jag ville veta om…	Av allra största betydelse	Av stor betydelse	Av liten betydelse	Av ingen betydelse	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer något så när	Stämmer inte alls	Ej aktuellt
… vem jag kan fråga om min vård på avdelningen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
… när det är besökstid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

5.2. Population och urval

Patienter på fem akutvårdsavdelningar i Landstinget Västmanland som under 2007 deltog i Axelinaprojektet deltog i studien. För att delta i studien skulle patienterna uppfylla följande inklusionskriterier:

- Över 18 år
- Kan läsa och förstå svenska utan språksvårigheter
- Kan fylla i enkäten själva utan utomstående hjälp

5.3. Datainsamling

Under en månads tid, 15 april till 15 maj 2007, lämnades totalt 250 enkäter ut till 50 konsekutiva patienter per vårdavdelning vid de fem akutvårdsavdelningar som deltog i studien. Patienterna tillfrågades vid slutet av vårdtillfället av den sjuksköterska från avdelningen som var medforskare i projektet om de var villiga att besvara enkäten. När patienten hade fyllt i enkäten lämnades den i ett igenklistrat kuvert till ansvarig sjuksköterska som vidarebefordrade den till ansvarig medforskare.

5.4. Dataanalys och bortfall

Enkäterna analyserades med beskrivande statistik med hjälp av Statistical Package of Social Science (SPSS) 16.0. Chi^2-test har använts för att beskriva skillnader mellan variabler och för att beskriva samband har Spearman's Rho (r_s) för icke parametriska test använts. En signifikansnivå på 0.05 beslutades vara tillräcklig för statistisk signifikans. Resultatet illustrerades grafiskt med tabeller och figurer. Eftersom svaren på de öppna frågorna var relativt få har inte en innehållsanalys kunnat användas. Svaren har sorterats i kategorier utifrån innehåll och redovisar patienternas svar.

Av de 185 enkäter som delades ut inkom 127 stycken. Det höga bortfallet berodde på att medforskaren som skulle ansvara för enkäterna på en avdelning hade semester under den aktuella perioden, att den krockade med andra enkäter, flera patienter var för dåliga för att fylla i enkäten och att några tyckte att den var för svår att fylla i. Av de inkomna 127 enkäter har totalt 93 använts i analysen. Av dessa har 31 enkäter antingen fallit bort på grund av internt bortfall eller fanns ej på plats vid inmatning av data. Författarna fick 96 enkäter till analys och 3 av dessa föll bort på grund av blankt inlämnande.

Bland de 93 enkäter som analyserats förekom ett litet internt bortfall på 1 till 2 obesvarade svarsalternativ på följande bakgrundsvariabler; arbete, vårdtillfälle och vårdtid. Ett stort internt bortfall (upp till 24 obesvarade svarsalternativ) förekom på frågorna om hur patienterna värderar vården när de markerat ej aktuellt.

En presentation av det som patienterna skattade högst/lägst gjordes för att tydliggöra figurerna 1-3. I figurerna 4a-d har författarna valt att gruppera svarsalternativen stämmer precis, stämmer ganska bra och stämmer något så när som Ja och stämmer inte som Nej. Detta för att tydliggöra när patienterna har skattat respektive inte skattat någon form av vanmakt/kränkning.

5.5. Etiska överväganden

Forskningens etiska hållning har en strävan att ge alla adekvat information och att beakta forskningsetiska principer i enlighet med Helsingforsdeklarationen, en etik som värnar om anonymitet, integritet och bevarar förtroendet (World Medical Association, 2008). Innan patienten lämnade sitt samtycke att delta i studien informerades han/hon om att deltagandet var frivilligt och att de inte skulle bli särbehandlade om de avböjde att svara på enkäten. Vidare att svaren skulle behandlas konfidentiellt vilket innebär att ingen enskild individs svar skulle framkomma i redovisning av enkäterna och att inga andra än forskarna skulle ha tillgång till deras personuppgifter och kunna koppla dem till deras svar. När patienten hade fyllt i enkäten lämnades den i ett igenklistrat kuvert till ansvarig sjuksköterska som vidarebefordrade den till ansvarig medforskare. Materialet till Axelina projektet som helhet är insamlat i enlighet med goda etiska principer i relation till att det finns ett etiskt tillstånd för att genomföra projektet vid Karlstad Universitet (D nr C2007/411). Allt datamaterial har kodats och de vetenskapliga ledarna har ansvar för förvaring av materialet. Inga enskilda personuppgifter har lämnats ut och deltagarna har försäkrats konfidentialitet. Materialet sparas under 2 år och förstörs därefter.

6. Resultat

Bakgrundsdata och patienternas upplevelser av bemötande samt skillnader mellan olika variabler presenteras i tabeller, figurer och i löpande text. Resultat på de frågor som valts ut för att besvara övergripande frågeställningar finns i bilaga 1 och 2 och innehåller patienters skattningar där de: värderar vad som är viktigt med vården samt där de skattar upplevelser av vården.

Tabell 2. Bakgrundsdata.

		n (%) n = 93	Svarsfrekvens n
Kön	Man	54 (58)	93
	Kvinna	39 (42)	
Boende	Ensamboende	35 (38)	
	Sammanboende	58 (62)	
Ursprung	Svensk	85 (91)	
	Nordisk	6 (7)	
	Europeisk	2 (2)	
Arbetssituation	Pensionär	58 (63)	92
	Förvärvsarbetare	29 (32)	
	Arbetslös	3 (3)	
	Studerande	2 (2)	
Vårdtillfällen	0 gånger	28 (30)	
	1 gång	11 (13)	
	2-3 gånger	28 (30)	
	> 3 gånger	25 (27)	
Vårdtid	1-3 dygn	36 (40)	91
	4-7 dygn	31 (34)	
	8-14 dygn	13 (14)	
	> 14 dygn	11 (12)	

Bakgrundsdata presenteras i tabell 2. Ur tabellen framgår att av de 93 deltagarna var 58 % män och 42 % kvinnor. Medelåldern var 62 år och åldrarna varierade mellan 19 – 89 år. Den största patientgruppen (35,5 %) var män av ålder 65-100 (se tabell 3). Av de deltagande var 91 % av svenskt ursprung och majoriteten (63 %) var pensionärer. Antal vårdtillfällen (förutom det aktuella vårdtillfället) varierade mellan noll till mer än tre gånger och 74 % vårdades på vårdavdelning mellan ett till sju dygn.

Tabell 3. Patienter som deltog i studien fördelade på kön och åldersgrupper.

	Ålder		
	0-64	65-100	Totalt
	n (%)	n (%)	n (%)
Man	21 (22,6)	33 (35,5)	54 (58,1)
Kvinna	19 (20,4)	20 (21,5)	39 (41,9)
Totalt	40 (43,0)	53 (57,0)	93 (100)

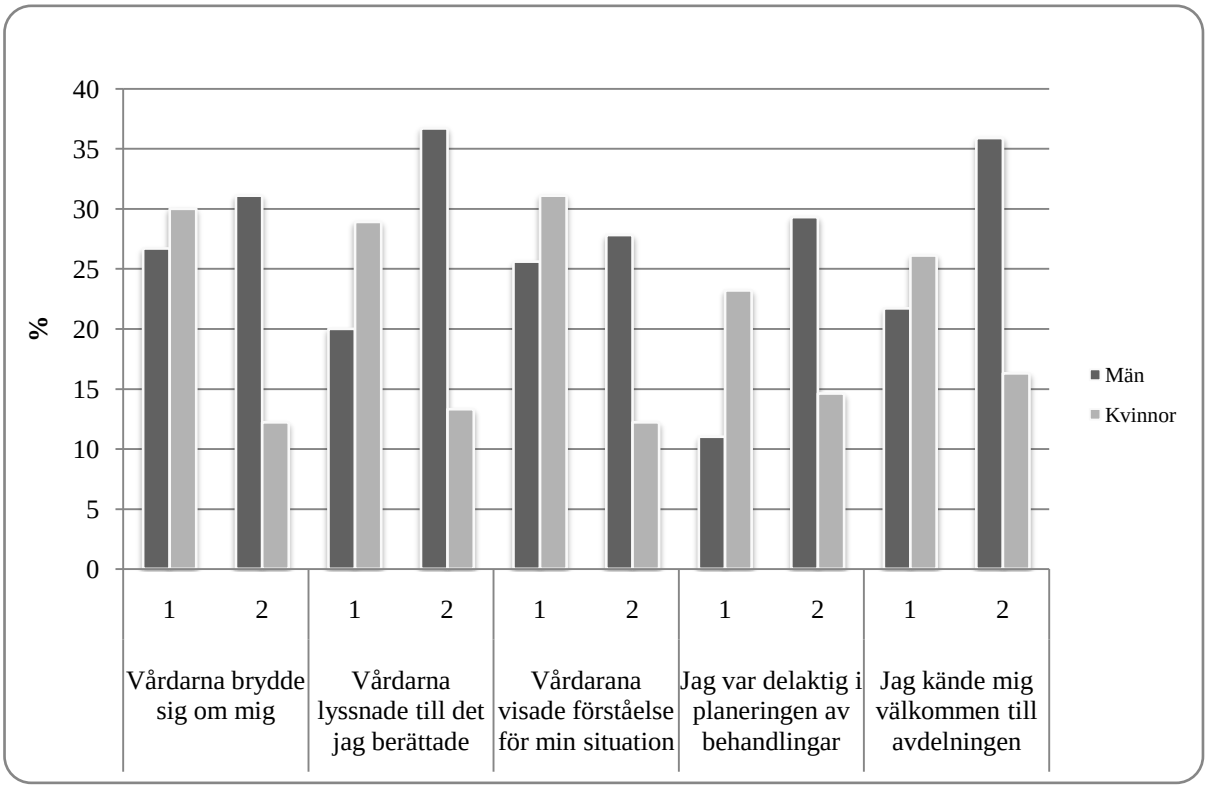
6.1. Det patienterna värderar gällande bemötande och delaktighet

För att analysera resultatet har specifika frågor beträffande bemötande och delaktighet undersökts. För att ge en klar bild av det som patienterna värderar högst har det som män och kvinnor i bilaga 1 skattat av allra största betydelse, sammanslagits och rangordnats nedan. Ur detta framkom att vad patienterna värderade som viktigast under sin vårdtid vad gäller bemötandet var:

1. Att vårdarna brydde sig om mig (56,7 %)
2. Att vårdarna visade förståelse för min situation, mina problem t.ex. oro, rädsla etc. (56,7 %)
3. Att jag blev tagen på allvar (55,7 %)
4. Att jag blev bemött med aktning och respekt (52,8 %)

Vidare var det intressant att visa skillnaden mellan hur män och kvinnor skattade bemötandet och delaktigheten. Dessa resultat presenteras i bilaga 1 och de viktigaste fynden finns illustrerade i figur 1.

Resultaten visar att män och kvinnor värderar vården olika. I figur 1 redovisas de resultat som påvisar signifikanta skillnader mellan män och kvinnor. Männen värderade att det var ”av stor betydelse” att vårdarna bryr sig om och att de lyssnade till vad de berättade medan det för kvinnorna var ”av allra största betydelse” ($p= 0,002$ respektive $p= 0,024$). Kvinnorna värderade att vårdarna visade förståelse för deras situation och att de var delaktiga i planeringen av sin vård högre än vad männen gjorde ($p= 0,008$ respektive $p= 0,001$).



Figur 1. Patienterna värderar vad som är viktigt med vården. 1= Av allra största betydelse, 2= Av stor betydelse.

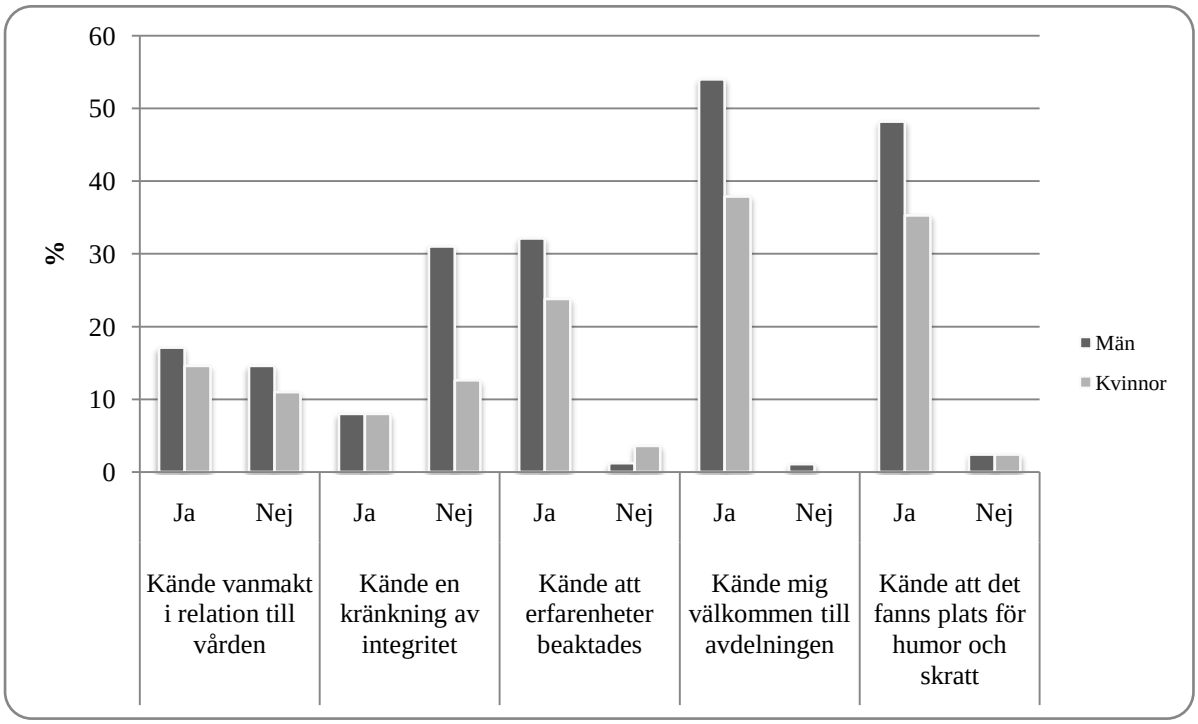
6.2. Patienternas upplevelser av bemötande

Patienternas svar angående deras upplevelser av bemötande under vårdtiden har sammanställts i bilaga 2. De frågor som handlar om bemötande finns illustrerade i figur 2 och de som handlar om delaktighet redovisas i figur 3. För att beskriva skillnader mellan kön, ålder, vårdtid och civilstånd i relation till kränkning av den personliga integriteten och vanmakt i relation till vården har detta analyserats separat och redovisas i figur 4a-d.

Nedan rangordnas frågorna om bemötande utifrån det som patienterna (både män och kvinnor) var mest nöjda med (stämmer precis) under vårdtiden:

1. Att de kände sig välkomna när de först kom till vårdenheten/mottagningen (62,1 %)
2. Att jag blev bemött med aktning och respekt (59,3 %)
3. Att vårdarna brydde sig om mig (57 %)
4. Att jag blev tagen på allvar (55,3 %)
5. Att vårdarna bemötte mina anhöriga och närstående med respekt (50,6 %)
6. Att vårdarna lyssnade till det jag berättade (50 %)

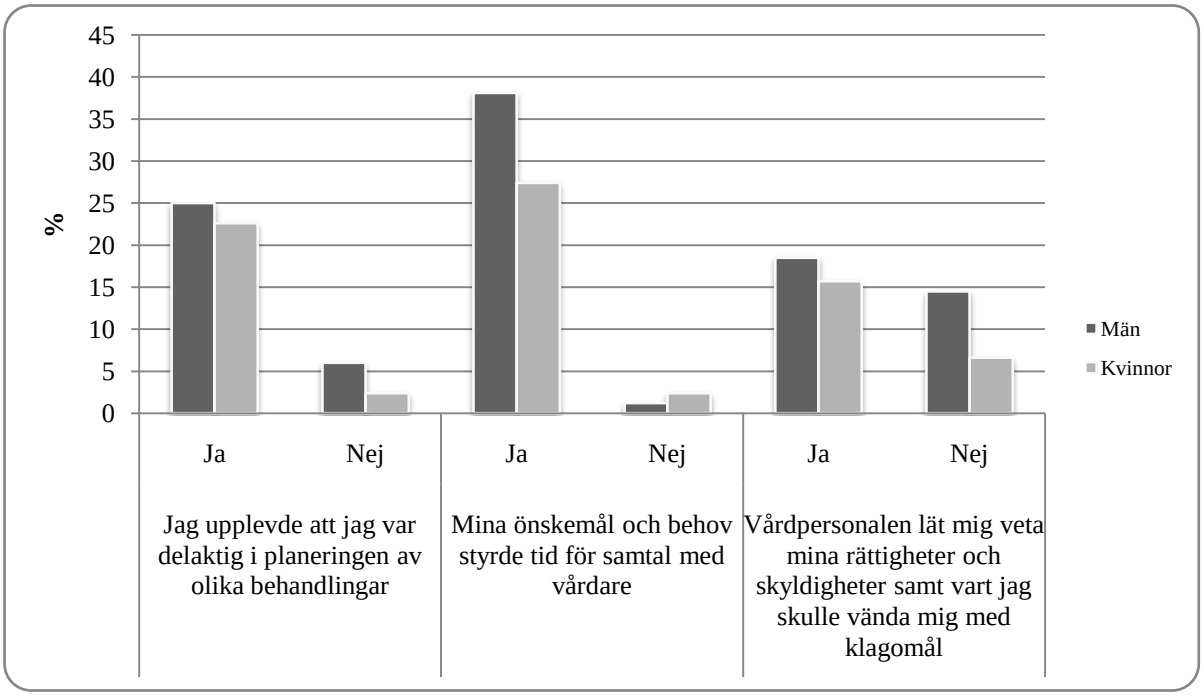
I figur 2 framställs skillnader mellan män och kvinnor och hur de upplevde bemötandet i vården.



Figur 2. Patienternas upplevelser av bemötande i vården. Ja= ”Stämmer precis” och ”stämmer ganska bra”, Nej= ”Stämmer inte alls”. ”Stämmer något så när” har tagits bort för att studera extremvärden, svarsalternativet ansågs inte ha tillräcklig stor negativ klang för att passa in under ”Nej”. För alla resultat se bilaga 2.

Männen (17,1 %) och kvinnorna (14,6 %) beskrev att de fanns tillfällen när de kände vanmakt i relation till vården. Lika stor andel män som kvinnor (8 %) kände att det fanns tillfällen där vårdarna kränkte deras integritet. En lägre andel kvinnor (23,8 %) än män (32,1 %) upplevde att deras erfarenheter beaktades. En liten andel patienter (4,8 %) upplevde att deras erfarenheter inte beaktades alls.

Männen upplevde i högre grad än kvinnorna (54 % respektive 37,9 %) att de var välkomna när de först kom till vårdenheten/mottagningen, enda avvikelsen var en man (1,1 %) som inte kände sig välkommen. En större andel procent av männen (48,2 %) kände att det fanns plats för humor i vårdandet än kvinnorna (35,3 %) men en liten andel av både män och kvinnor (4,8 %) kände dock att så inte var fallet.



Figur 3. Patienters upplevelser av delaktighet i vården. Ja= ”stämmer precis” samt ”stämmer ganska bra”, Nej= ”stämmer inte alls”.

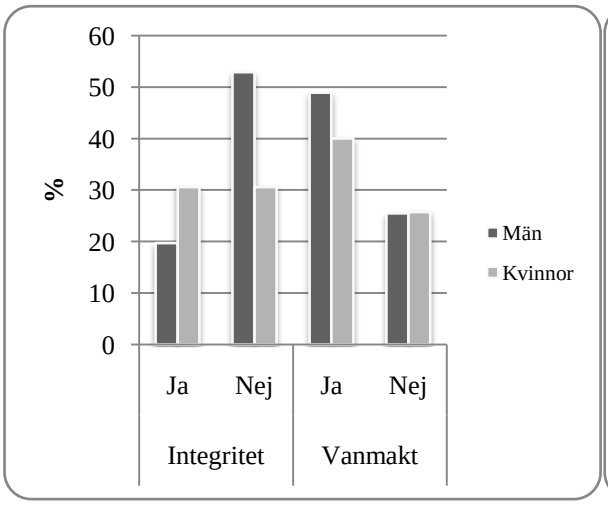
Figur 3 visar hur män och kvinnor upplevde delaktighet i vården, 25 % av männen respektive 22,6 % av kvinnorna upplevde att de var delaktiga i planeringen av olika behandlingar. Av dessa skattade 19 % av kvinnorna att det stämde precis, vilket är dubbelt så många som männen (se bilaga 2). En liten andel av patienterna (8,4 %) upplevde att de *inte* var delaktiga i planeringen av olika behandlingar och 21,1 % fick *inte* information om sina rättigheter och skyldigheter eller vart de skulle vända sig med klagomål. Av dessa 21,1 % var 14,5 % män och övriga kvinnor. Allt som allt visar resultatet att den största andelen av både män och kvinnor beskriver att de blev nöjda när det gällde delaktighet och information i vården.

Tabell 4. Samband mellan kränkning av integritet och upplevelse av vanmakt i vården.

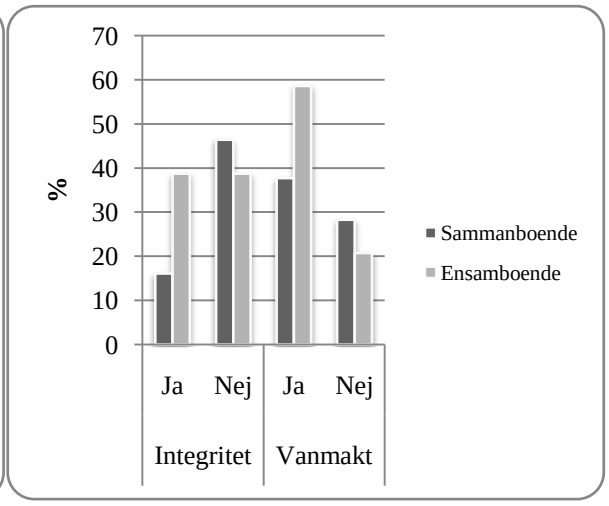
		Jag kände att det fanns tillfällen när jag kände vanmakt i relation till vården					
		Stämmer precis n (%)	Stämmer ganska bra n (%)	Stämmer något så när n (%)	Stämmer inte alls n (%)	Ej aktuellt n (%)	Totalt n (%)
Jag kände att det fanns tillfällen där vårdarna kränkte min personliga integritet	Stämmer precis	**9 (11,0)**	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (12,2)
	Stämmer ganska bra	1 (1,2)	**2 (2,4)**	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,7)
	Stämmer något så när	0 (0,0)	2 (2,4)	**4 (4,9)**	1 (1,2)	0 (0,0)	7 (8,5)
	Stämmer inte alls	3 (3,7)	5 (6,1)	6 (7,3)	**19 (23,2)**	2 (2,4)	35 (42,7)
	Ej Aktuellt	0 (0,0)	3 (3,7)	1 (1,2)	1 (1,2)	**22 (26,8)**	27 (32,9)
	Totalt	13 (15,9)	13 (15,9)	11 (13,4)	21 (25,6)	24 (29,3)	**82 (100)**

Korstabellen (tabell 4) illustrerar hur upplevelser av vanmakt i vården samvarierar med kränkt integritet. Spearman's rangkorrelationskoefficient (r_s) visar ett starkt samband mellan de båda variablerna (r_s=0,76, p-värde=0,001). Totalt 9 (11 %) patienter skattade att det stämmer precis både beträffande vanmakt och kränkt integritet och 2,4 % respektive 4,9 % beskriver att det stämmer ganska bra respektive stämmer något så när på både vanmakt och kränkt integritet. Det var även en hög samstämmighet i upplevelsen stämmer inte alls på frågan om vanmakt respektive kränkning av integritet (23,2 %). Det var totalt 31,8 % respektive 15,9 % som fyllde i stämmer precis och stämmer ganska bra på frågan om vanmakt respektive kränkning av integritet. En andel av patienterna (26,8 %) kände att det ej var aktuellt att besvara frågorna.

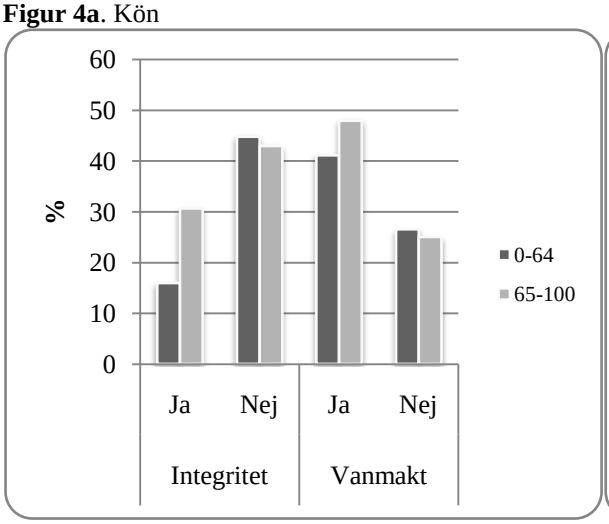
För att få en djupare förståelse av vilka patienter som ligger bakom svaren har en fördjupning av analysen gjorts där olika bakgrundsvariabler har använts för att se om det fanns skillnader beroende på ålder, kön, civilstånd, eller hur många dygn patienterna vårdats på avdelningen (se figur 4a-d).



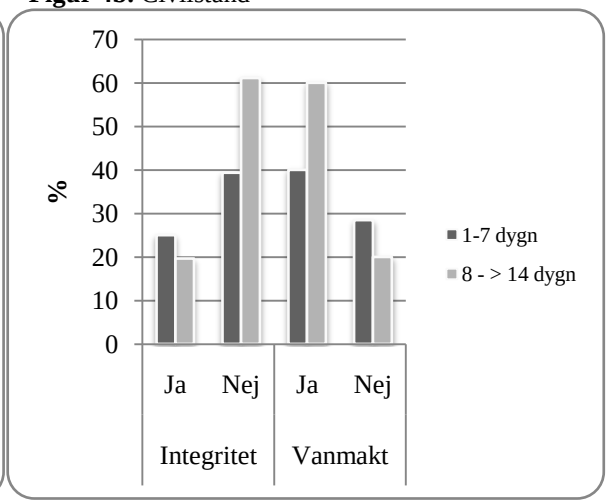
Figur 4a. Kön



Figur 4b. Civilstånd



Figur 4c. Ålder



Figur 4d. Vårdtid

Figur 4a-d. Skillnader i upplevelse av kränkt integritet och vanmakt fördelat på ålder, kön, civilstånd och vårdtid. Integritet= ”Jag kände att det fanns tillfällen när vårdarna kränkte min personliga integritet”. Vanmakt= ”Jag kände att det fanns tillfällen när jag kände vanmakt i relation till vården”. Ja =”stämmer precis”, ”stämmer ganska bra” och ”stämmer något så när”. Nej= ”stämmer inte”. ”Ej aktuellt” har inte presenterats i diagrammen. Resultatet visar skillnader mellan grupperna men dessa är ej signifikanta (p-värde= ns).

Sammanfattningsvis var det större andel kvinnor än män (30,6 respektive 19,7 %) som kände att deras personliga integritet blev kränkta. Däremot upplevde en något större andel män (48,9 %) vanmakt i relation till vården jämfört med kvinnor (40 %). Resultatet visar att patienterna i åldersgruppen 65-100 samt patienterna som var ensamboende i större utsträckning än de som var yngre än 65 respektive sammanboende att deras personliga integritet blev kränkt. Den äldre åldersgruppen kände mer vanmakt i relation till vården än den yngre vilket även de ensamboende upplevde i högre grad än de sammanboende. Resultatet visar också att de patienter som vårdades mellan över 8 dygn i större utsträckning upplevde vanmakt i vården än de som vårdades 1-7 dygn (60 respektive 40 %) och att 25 %

av de patienter som vårdades kortare tid (1-7 dygn) upplevde att deras personliga integritet kränktes, vilket var en större andel än de som vårdades under längre tid (19,6 % ; >8 dygn).

6.3. Patienternas förväntningar/uppfyllda förväntningar av bemötande

För att undersöka om patientens förväntningar blivit uppfyllda under deras vårdtid har patientens värdering av vården ställts i relation till hur vården upplevdes i praktiken. De frågor som var relevanta för att besvara frågeställningen valdes ut och visas i tabell 5. Analysen visar att det fanns ett högt positiv samband mellan vad patienten värderade och det faktiska bemötandet i vården.

Patienternas svar visar att det var av allra största betydelse att få uppleva att vårdarna visade förståelse (40,4 %), lyssnade (36,9 %), tog patienten på allvar (45,8 %), bemötte dem med aktning och respekt (43,5 %) och visade att de brydde sig (40,4 %). Dessa påståenden stämde precis in på patientens förväntningar vilket också bekräftas genom Spearman's Rho (r_s). Av dessa avvek en liten andel (2,4 – 3,5 %) som skattade att det stämmer något så när. På frågan om patienten kände att vårdarna bemötte deras anhöriga med respekt skattade 36,3 % att det var av allra största betydelse och att det stämde precis. Det var dock 7,5 % som skattade att det var av stor betydelse och som kände att det stämde något så när. För de flesta av patienterna (30,5 %) var det av stor betydelse att känna humor och skratt i vårdandet vilket stämde ganska bra på hur det blev. Dock visade resultatet att för 3,7 % av patienterna stämde det inte alls. För majoriteten (23,0 %) var det av stor betydelse att få sina erfarenheter beaktade i vården, vilket stämde ganska bra. Men av dem som skattade att det var av allra största betydelse, kände 3,5 % att det bara stämde något så när och 1,2 % upplevde att det inte stämde alls. Av de patienter som skattade att det var av allra största betydelse att inte behöva känna vanmakt eller uppleva kränkningar av den personliga integriteten, svarade 11,9 % respektive 13,4 % att det fanns tillfällen när det faktiskt inträffade.

Tabell 5. Samband mellan vad patienterna värderade och det faktiska bemötandet i vården.

		Så här var det för mig (%)				
	Så här viktigt var det för mig	Stämmer precis	Stämmer ganska bra	Stämmer något så när	Stämmer inte alls	r_s signifikansnivå
Jag upplevde att vårdarna visade förståelse för min situation, mina problem t.ex. oro, rädsla, etc.	Av allra största betydelse	**40,4**	14,3	2,4	0,0	0,43***
	Av stor betydelse	13,1	**23,8**	3,6	0,0	
Jag upplevde att vårdarna lyssnade till det jag berättade	Av allra största betydelse	**36,9**	9,5	2,4	0,0	0,47***
	Av stor betydelse	13,1	**33,3**	3,6	0,0	
Jag kände att jag blev tagen på allvar	Av allra största betydelse	**45,8**	8,4	2,4	0,0	0,59***
	Av stor betydelse	8,4	**28,9**	6,0	0,0	
Jag kände att jag blev bemött med aktning och respekt	Av allra största betydelse	**43,5**	5,9	3,5	0,0	0,47***
	Av stor betydelse	14,1	**23,5**	7,1	0,0	
Jag upplevde att vårdarna brydde sig om mig	Av allra största betydelse	**40,4**	13,1	2,4	0,0	0,33**
	Av stor betydelse	16,7	**25,0**	2,4	0,0	
Jag kände att vårdarna bemötte mina anhöriga och närstående med respekt	Av allra största betydelse	**36,3**	5,0	0,0	0,0	0,59***
	Av stor betydelse	12,5	**31,3**	7,5	0,0	
Jag kände att det fanns plats för humor och skratt i vårdandet tillsammans med vårdarna	Av allra största betydelse	**23,2**	7,3	0,0	0,0	0,37**
	Av stor betydelse	20,7	**30,5**	9,8	3,7	
Jag upplevde att mina erfarenheter beaktades	Av allra största betydelse	**21,0**	6,1	3,5	1,2	0,59***
	Av stor betydelse	3,7	**23,0**	14,6	2,4	
Jag kände att det fanns tillfällen när jag kände vanmakt i relation till vården	Av allra största betydelse	**11,9**	6,0	3,0	**13,4**	0,38**
	Av stor betydelse	4,5	**11,9**	**7,5**	6,0	
Jag kände att det fanns tillfällen när vårdarna kränkte min personliga integritet	Av allra största betydelse	**13,4**	0,0	1,5	**14,9**	0,32**
	Av stor betydelse	0,0	**4,5**	**6,0**	14,9	

Svarsfrekvens 67-85. Korrelationen mellan patientens värdighet och upplevelse av bemötande är testade med Spearmans Rang Korrelationskoefficient (r_s). Signifikansnivå (p-värde): **= < 0,01, ***= < 0,001. Det intressanta är vad patienten värderar som ”av allra största betydelse” och ”av stor betydelse”, därför har resterande svarsalternativ (”av liten betydelse” samt ”av ingen betydelse”) tagits bort från presentationen. Procent har räknats utifrån den totala svarsfrekvensen. De situationer när patientens värdering till mycket liten del stämde överens med hur de blev bemötta är markerad med fet röd text (**0**).

Nedan i tabell 6 ser vi patientens förväntningar av vården i sin helhet och om deras förväntningar blev uppfyllda.

Tabell 6. Patienternas förväntningar/uppfyllda förväntningar av vården.

		Patienternas uppfyllda förväntningar av vården					
		Helt och hållet n (%)	I mycket stor utsträckning n (%)	I stor utsträckning n (%)	I liten utsträckning n (%)	I mycket liten utsträckning n (%)	Total n (%)
Patienternas förväntningar av vården	Bli helt frisk/botad	17 (21,0)	17 (21,0)	10 (12,3)	4 (4,9)	0 (0,0)	48 (59,3)
	Inte bli botad, men få lindring	3 (3,7)	8 (9,9)	9 (11,1)	1 (1,2)	1 (1,2)	22 (27,2)
	Hade inga förväntningar	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,5)
	Visste inte	0 (0,0)	1 (1,2)	7 (8,6)	1 (1,2)	0 (0,0)	9 (11,1)
	Total	20 (24,7)	26 (32,1)	28 (34,6)	6 (7,4)	1 (1,2)	81 (100)

P-värde= 0,041

Patienterna svarade övervägande att de förväntade att bli helt friska/botade (59,3 %). Det var 21 % av patienterna som helt och hållet blev friska/botade och 21 % blev i mycket stor utsträckning friska/botade. Majoriteten av förväntningarna blev uppfyllda i stor utsträckning (34,6%). Av patienterna som fyllde i alternativet inte bli botad, men få lindring (27,2%), blev förväntningarna i stor utsträckning uppfyllda (11,1%). Ett mått på om patienterna har förtroende för vården är om de upplever att de fått sina förväntningar uppfyllda. En stor andel patienter (84,7 %) kände ingen tveksamhet att på nytt söka den aktuella akutvårdsavdelningen (se tabell 7). Dock kände 15,3 % att de kände någon form av tveksamhet att söka vårdenheten på nytt (r_s =0,38).

Tabell 7. Patienternas inställning att söka vård på nytt.

Känner du någon tveksamhet att på nytt söka denna vårdenhet vid sjukvårdsbehov?		
	Antal (n)	Procent
Ja, stor tveksamhet	2	2,4
Ja, ganska stor tveksamhet	4	4,7
Ja viss tveksamhet	7	8,2
Nej, ingen tveksamhet	72	84,7
Total	85	100,0

6.4. Resultat avseende de öppna frågorna

Totalt svarade 38 (40,9 %) patienter på vad det var nöjda med och 20 (21,5 %) gav förslag till förbättringar. Patienternas citat analyserades och gavs nyckelord som representerade innehållet. Citat som givits samma nyckelord grupperades och sammanställdes för att skapa nedanstående rubriker; bemötande, information, lokaler/miljö och mat. Analysen hade till uppgift att gruppera vad patienterna var nöjda med samt deras förslag till förbättringar.

Bemötande (n= 39)

Majoriteten av svaren visade att det patienterna var mest nöjda med var ett bra mottagande, att vårdarna tog sig tid att lyssna, att de gav trygghet och uppmuntring samt att de presenterade sig på ett vänligt sätt. Vidare tyckte patienterna att personalen var kompetenta, snabba, skickliga, informativa och pigga. Vårdpersonalen upplevdes som *små rara änglar* som var *glada med humor och hade glimten i ögat.* Några patienter uttryckte dock att vårdpersonalen skulle tro mer på deras berättelser och flertalet ville ha samma information och budskap från alla i vårdpersonalen (inklusive läkare). Patienterna upplevde att det var kränkande när det fanns *både kvinnor och män i salen* samt *dåliga möjligheter att avskärma sängplatserna.*

Information (n=8)

Patienterna uttryckte vikten av att få information; *Att läkaren talade om varför man inte kunde fullfölja behandlingen och vad man ska göra istället för att problemet ska lösas.* Det var också viktigt för patienterna att få information av specifikt läkare angående deras diagnos och behandling. Patienternas synpunkter gällande förbättring av information visar att de vill ha *anslag på väggen med tider och uppgifter som när det är rond, frukost, lunch, kaffe, besökstider etc. eftersom det är olika på olika avdelningar.*

Lokaler/Miljö (n=12)

Det som patienterna uttryckte var av stor betydelse för välbefinnandet var att ha ett *enkelrum med god standard*. Flertalet patienter ville ha *bättre ventilation i salarna* och *varmare på rummen.*

Mat (n=9)

Patienterna uttryckte stor besvikelse med maten; *maten urusel, inte en enda gång under denna tid jag har varit här, har det gått att säga oj, vad gott. Vill ni ha och äta av denna mat själva?* Många tyckte att den var smaklös och ensidig samt att det skulle finnas mer frukt och grönsaker tillgängligt.

6.5. Sammanfattning

Syftet med denna studie var att beskriva hur patienter upplever och värderar bemötandet av vårdpersonalen på en akutvårdsavdelning. Det patienterna värderar som viktigast under sin vårdtid var att vårdarna visade att de brydde sig, att de hade förståelse för deras situation, att de togs på allvar och bemötte patienterna med aktning och respekt, vilket även resultatet på de öppna frågorna styrker. Kvinnor och män värderar bemötandet i vården olika. Det som männen värderar av stor betydelse värderar kvinnor starkare; av allra största betydelse ($p= 0,002 – p= 0,024$). Patienterna var mest nöjda med vårdarnas bemötande då det gällde välkomnandet till vårdenheten/mottagningen, bemötandet av anhöriga och närstående, när vårdarna visade att de brydde sig, lyssnade och tog patienten på allvar samt bemötte dem med aktning och respekt. Det var 11 % som kände både vanmakt och kränkning och det var större andel kvinnor som kände att det fanns tillfällen där deras personliga integritet blev kränkt medan män kände mer vanmakt i relation till vården. En skillnad påvisades (dock inte signifikant) att ensamboende och äldre upplevde i större utsträckning vanmakt och att deras personliga integritet blev kränkt än de som var sammanboende respektive yngre än 65 år. Patientens förväntningar av bemötandet blev till stor del uppfyllda under sin vårdtid, dock visar resultatet att patienten känner att bemötandet brister när vårdpersonalen inte visar förståelse, inte lyssnar till patientens berättelser, inte beaktar deras erfarenheter och inte tar dem på allvar.

7. Diskussion

7.1. Metoddiskussion

Syftet med denna studie var att beskriva hur patienter upplever och värderar bemötandet av vårdpersonalen på en akutvårdsavdelning. Enkäten inspirerades av KUPP (Kvalitet Ur Patientens Perspektiv) som är ett väl beprövat och validerat mätinstrument som har använts i många tidigare studier (Wilde Larsson, 2001). Enkäten är dock modifierad men följer samma struktur. Den har inte testat tidigare vilket gör att författarna inte vet om enkäten är pålitlig. Enkätsvaren analyserades med SPSS där Chi^2- test och Spearman's Rho har använts för att mäta skillnader och korrelationer mellan variabler. Detta har presenterats i form av tabeller, ~~diagram~~ figurer och text. Eftersom svaren på de öppna frågorna var relativt få har de sorterats i kategorier utifrån innehåll för att redovisa patienternas svar.

Det upptäcktes att vissa frågor i enkäten inte blev besvarade, möjligen tolkade patienterna att det inte behövde svara på hur de värderade påståendet dvs. så här viktigt var det för mig när de hade kryssat i ej aktuellt under så här var det för mig. De uppfattade inte att de kunde fylla i hur de värderade ett påstående: t.ex. personalens bemötande av anhöriga även om det inte var aktuellt för dem själva vid vårdtillfället. Svarsbortfall kan ha förekommit på grund av att patienterna inte förstod frågorna och/eller inte vågade svara eller för att patienterna kände sig för sjuka/trötta för att orka gå igenom alla svaren. En kommentar under de öppna frågorna lämnades med påståendet att enkäten delvis var svårförståelig och att många frågor hade för många svarsalternativ och egentligen skulle ha besvarats med ett ja eller nej.

Följande påståenden hade högsta svarsbortfall (n=26):

- Jag kände att det fanns tillfälle där vårdarna kränkte min integritet.
- Jag kände att det fanns tillfälle när jag kände vanmakt i relation till vården.
- Vårdpersonalen lät mig veta mina rättigheter och skyldigheter samt vart jag kunde vända mig med klagomål.

Möjligen var patienterna stressade över att de skulle besvara enkäten innan hemgång och eventuellt kände de att de skulle besvara enkäten annorlunda än de själva tyckte på grund av

att vårdarnas kanske skulle läsa enkäten. Den största kritiken författarna har till studien är det höga interna bortfallet. Det hade varit intressant att veta vad patienterna kände angående dessa frågor. För att undvika bortfall skulle enkäten kunna ytterligare modifieras och förkortas.

En av styrkorna var att på två avdelningar besvarades alla 50 enkäter. Det fanns ett stort bortfall på 3 avdelningar vilket innebar att svarsfrekvensen blev 83 % vilket är godtagbart i enkätundersökningar. En annan styrka var fördelningen av män och kvinnor vilket var relativt jämn och möjliggjorde jämförelse mellan könen. Det optimala skulle ha varit om nationaliteten/arbetssituation på patienterna var mer jämt fördelat. Nu blev majoriteten svenska pensionärer.

Eftersom det är bemötande som studeras genom en kvantitativ ansats kan det vara svårt för patienten att uttrycka sig rätt när det bara finns ett antal påståenden att välja på. Skulle det ha funnits flera frågor om bemötande kanske de hade ingått i analysen och resultatet blivit mer ingående. Om man däremot genomförde studien kvalitativt genom en intervju, kunde man ha fått en djupare/mer nyanserad förståelse för hur patienten kände och upplevde t.ex. bemötande. Det är dock bra med en kvantitativ ansats eftersom signifikanser kan ses och därmed kan hela grupper representeras. Det är viktigt att evidensbasera vårdandet och detta är ett bra sätt att göra det på.

7.2. Resultatdiskussion

Syftet med fördjupningsarbetet var att beskriva hur patienter upplever och värderar bemötandet från vårdpersonalen på en akutvårdsavdelning. Resultatdiskussionen har delats in i tre underrubriker utifrån bakgrundens centrala begrepp; upplevelse av bemötande, upplevelse av delaktighet och upplevelse av värdighet.

7.2.1. Upplevelse av bemötande

En god vård ska värna om att patienten ska kunna uttrycka sina behov, problem och begär och få sina fysiska, psykiska och andliga behov tillfredställda (Söderlund, 1998; Eriksson, 2000). Patientens förväntningar av bemötandet blev till stor del uppfyllda under deras vårdtid.

Det patienterna värderar som viktigast vad gäller bemötandet var att vårdarna brydde sig, visade förståelse för deras situation, att de blev tagna på allvar och att de bemöttes med aktning och respekt vilket tidigare studier också har visat (Jenkinson m.fl., 2002). Många patienter uttryckte i de öppna frågorna att det var nöjda över att de fått ett gott bemötande på akutvårdsavdelningen, att personalen tog sig tid att lyssna, gav trygghet och hade humor. Någon uttryckte att personalen var som *små rara änglar* och *glada med humor och hade glimten i ögat* . Detta bekräftar att patienten uppskattar när personalen visar intresse för patienten och använder humor i vårdandet för att lätta upp stämningen (Walsh & Kowanko, 2002). Föreliggande studie visar att patienterna uppskattar humor och skratt och att de tycker att det är en viktig del i mötet med vårdarna. Det visade sig vara av större betydelse för männen än för kvinnor. Det kanske är lättare för män att uttrycka sina behov genom att använda sig av humor vilket kan leda till problem eftersom vårdpersonalen kanske inte uppfattar männens behov utan dessa bagatelliseras. Patienternas välbefinnande påverkas därmed i stor grad av vårdarens bemötande och vad patienten upplever som god vård eller vanvård (Söderlund, 1998). Det är viktigt att hjälpa de patienter som inte är nöjda med bemötandet att uppnå helhet igen genom att ansa, leka och lära i en anda av tro, hopp och kärlek. Genom att göra detta lindrar vi patienternas lidande, löser deras problem och ger rum för uttryck av deras individuella behov och begär (Eriksson, 2000; 2002).

Det har tidigare bekräftats i studier att det finns bristande kvalitet i bemötandet och patienternas delaktighet i vården (Eriksson m.fl., 2003; Muntlin m.fl., 2006; Eldh m.fl., 2006). Övergripande visar resultaten att män och kvinnor var nöjda med sin vård men att det finns förbättringar att göras. Resultatet visar brister i bemötandet när vårdpersonalen inte visade förståelse för patientens situation, inte lyssnade till patientens berättelser, inte beaktade deras erfarenheter, brydde sig om eller tog dem på allvar. Detta kan göra att patienten inte upplever att vårdpersonalen visar intresse i deras livssituation. Samma resultat har visats i Muntlin m.fl:s (2006) studie. Detta kan upplevas som vanvård vilket handlar om att inte bli tagen på allvar i sin oro och ångest, att patienterna vill bli, men inte blir sedda eller bekräftade (Söderlund, 1998).

Få patienter kände både vanmakt och en kränkning av sin personliga integritet under sin vårdtid. Det visade sig att de som var ensamboende och över 65 år var de som kände mest vanmakt och kränkningar. Tidigare forskning har bevisat att ensamboende som är över 65 år utgör en utsatt grupp. Äldre patienter är utsatta eftersom denna grupp kan ha multipla

sjukdomar samt dålig syn och hörsel, vilket kan medföra att vårdtiden förlängs och chanserna för att bli dåligt bemött ökar (Muntlin m.fl., 2006). Författarna anser att vårdarens attityd mot äldre också kan påverka. Detta kan visa sig i att vårdpersonalen kanske upplever den äldre som besvärlig eftersom den ofta inte har en social gemenskap i deras vardag och vill ha all uppmärksamhet den kan få.

7.2.2. Upplevelse av delaktighet

Vård ska byggas på respekt för patientens självbestämmande vilket innebär att patienten själv bestämmer i vilken omfattning vårdandet skall ges (Rönnberg, 2007). Även hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) uttrycker att vården så långt som det är möjligt ska utföras och genomföras i samråd med patienterna. Trots att de flesta var nöjda visar resultatet att en liten andel patienter upplevde att de inte var delaktiga i planeringen av behandlingar och att de inte fick information om sina rättigheter och skyldigheter eller vart de skulle vända sig med klagomål. Dubbelt så många kvinnor som män tyckte att de var delaktiga i planeringen av olika behandlingar. Under samma fråga svarar bara män att det var av ingen betydelse vilket kan bero på att det förlitar sig mer på vården än kvinnorna och att kvinnorna kan ha lättare för att uttrycka sina behov och kommunicera med vårdpersonalen. Patienterna har rätt till delaktighet men i dagens verklighet förekommer tyvärr brist på kunskap hos personal och tidsbrist på grund av hög vårdtyngd och överbeläggningar (Walsh & Kowanko, 2002). Detta medför att personalen blir stressad och att de brister i att bekräfta patienterna som unika levande människor och ser dem mer som ett objekt. Författarna anser att vårdandet idag är alltför mycket inriktat på att följa rutiner och scheman istället för att vara inriktad på patientens individuella behov och önskningar. Många gånger kan det vara så att det är vårdarna själva och deras behov som hamnar i fokus och där vårdaren belastar patienterna med sina personliga problem.

Att ses som ett objekt och inte bli uppfattad som en levande individ kan innebära ett vårdlidande (Dahlberg, 2002). För att undvika vårdlidande och kränkningar, som att frånta en människa rätten till delaktighet i sin egen vård, är det viktigt att patient och vårdare kommunicerar med varandra (Malmsten, 2007). Om detta sker tror författarna att antalet anmälningar till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) och patientnämnden skulle kunna minska. Författarna tycker att föreliggande studie styrker fynden i tidigare forskning

om att patienter vill ha bättre information från all vårdpersonal (Walsh & Kowanko, 2002; Eriksson m.fl., 2003; Muntlin m.fl., 2006).

7.2.3. Upplevelse av värdighet

Integritetskränkning har med vår mänskliga värdighet att göra. Det som är nedvärderande och förödmjukande kränker människors integritet och kan utgöra ett hot mot deras självaktning (Andersson, 1996). Av de patienter som kände att deras personliga integritet blivit kränkt var fler kvinnor än män. Kanske beror detta på att kvinnor är mer känsliga och vill skydda sin privata sfär och alltid försöker ta hand om sig själva medan män är vana vid att någon annan tar hand om dem. Författarna anser att dagens samhälle försöker få en jämställdhet där män och kvinnor har samma ”status”. Vi ställer oss frågande till detta och menar att vi fortfarande lever i ett patriarkalt samhälle och detta kan reflekteras i vården.

För att patienten ska känna att hennes integritet respekteras måste vårdpersonalen vara mer lyhörd och låta patienten få insikt i sin nya livssituation; att vara beroende av vården. Om inte vårdpersonalen är intresserad eller vill ta del av patientens berättelse kan det innebära att patienterna upplevs ha blivit behandlad ovärdigt (Eriksson m.fl., 2003). I föreliggande studie upplevde några patienter att deras erfarenheter inte beaktades. Detta kan ses som ett lidande och som då hindrar patienten till växt och utveckling (Dahlberg, 2002). Enligt Eriksson (2000) kan detta innebära att patientens innersta begär inte uppnås eftersom patientens önskningar inte uppfylls; att inte bli lyssnad till eller bli tagen på allvar. Detta leder till att patienten kanske inte uppnår helhet.

De som upplevde att deras integritet blivit kränkt och samtidigt kände vanmakt i vården var ensamboende äldre pensionärer, som utgör en utsatt grupp (Muntlin m.fl., 2006). Edlund (2002) menar att äldre patienter relaterar sin värdighet till sitt fysiska jag och till en känsla att inte längre klara sig själv. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) skall människans värdighet respekteras, skyddas och bevaras i alla situationer oavsett intellektuell nivå eller kroppslig förmåga. Det finns få riktlinjer för vårdpersonalen att följa för att kunna bevara patienternas värdighet. Bristen på kunskap och insikt i vad begreppet innebär kanske gör att viss vårdpersonal inte inser att de kränker en patient vilket blir ett hinder i kampen att bevara värdigheten, detta är ytterst allvarligt (Walsh & Kowanko, 2002). Författarna har även reflekterat övar att brist på personal, överbeläggningar, konstanta nedskärningar och

ekonomiska begränsningar ökar risken för att personalen ”går på knäna” och att man inte alla gånger hinner eller orkar respektera människans värdighet så som man bör göra. Slutligen vill författarna poängtera vikten av att låta patienterna ha kontroll över sin vård och att vårdpersonalen respekterar patienternas val för att värdigheten ska bevaras.

7.3. Förslag till fortsatt forskning

För att alla patienter ska få ett värdigt bemötande är det viktigt att specificera vad patienterna anser är ett gott bemötande. Därför föreslår vi att studier av jämförande art där patienternas och vårdpersonalens upplevelser ställs mot varandra för att finna likheter och skillnader. I resultatet framkom att män och kvinnor värderar bemötande och delaktighet olika vilket vi tycker är ett viktigt påpekande och som behöver beforskas. Genom att markera skillnaderna mellan män och kvinnor kan man kanske ge bättre anpassad vård. För att kunna generalisera resultatet bör studier där en jämnare fördelning på patienterna gällande ålder och nationalitet utföras och för att få en mer nyanserad och djupare förståelse för ämnet utföra kvalitativa studier där intervjuer används som metod.

7.4. Etikdiskussion

Studiens etiska hållning har strävat efter att hålla de forskningsetiska principerna genom att använda beprövade mätinstrument och legitima program för bearbetning av data. Vidare har artiklar, doktorsavhandlingar och resterande litteratur publicerats och är därmed allmänna. Patienterna ingick i studien endast om de själva ville och deras konfidentialitet utlovades. Utsatta grupper som t.ex. barn uteslöts för att hålla det goda etiska förhållningssättet.
Det fanns ett etiskt tillstånd för att genomföra projektet vid Karlstad Universitet (D nr C2007/411) och eftersom föreliggande studie var ett delprojekt kunde användningen av enkäterna anses etiskt hållbart. Författarna har strävat efter att hålla ett gott etisk uppförande för att upprätthålla en hög standard genom att inte plagiera, hitta på resultat eller förfalska data.

8. Slutsats

Föreliggande studie har gett en större förståelse för hur patienterna värderar och beskriver att de blivit bemötta på akutvårdsavdelningar, därmed kan studiens syfte anses vara uppnått. Det som framkommit i resultatet bevisar att patienterna är nöjda med sin vård men att det finns brister som måste åtgärdas vilket har bekräftats i tidigare forskning. De brister som framkommit i bemötandet bekräftar att vårdkvaliteten bör höjas och för att göra det behöver patientens behov och begär uppmärksammas i tid. Brister i bemötande som gör att patienten känner vanmakt och känner sig kränkt måste elimineras från vården eftersom det kan leda till vårdlidande. Vårdlidande kan vara en konsekvens av bristande kunskap/reflektionsförmåga hos vårdpersonalen och hör inte hemma i vården. Författarna anser att mer vikt bör läggas på bemötande och kommunikation i grundutbildningen samt att redan verksam personal får kontinuerlig fortbildning och handledning inom detta område. Utökad forskning och kompletterande studier av jämförande art där patienternas och vårdpersonalens upplevelser ställs mot varandra är att föreslå för att finna likheter/skillnader. Detta för att kunna förbättra samt utveckla en positiv upplevelse av bemötande för patienten och därmed höja vårdkvaliteten.

9. Referenser

Andersson, M. (1996). *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling*. Åbo: Åbo Akademis förlag.

Dahlberg, K. (2002). Vårdlidande, det onödiga lidandet. *Vård i Norden*. Vol. 22. No. 1 s. 4-8.

Edlund, M. (1994). *Värdighet som begrepp och idé i vården – en begreppsanalytisk studie*. Åbo: Åbo Akademi förlag.

Edlund, M. (2002). *Människans värdighet – ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo Akademi förlag.

Eldh, A.C., Ekman, I. & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*. Vol. 13. Nr. 5. s.503-513.

Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber Utbildning.

Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.

Eriksson, K. (2002). *Vårdandets idé*. Stockholm: Liber.

Eriksson, U., Chiappe, I. & Sellström, E. (2003). Att vårdas på sjukhus. Vad är patienter missnöjda med? *Vård i Norden*. Vol. 23. Nr. 68. s. 36-39.

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

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Jenkinson, C., Coulter, A, Bruster, S., Richards, N. & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality and safety in healthcare*. Nr. 11. s. 335-339.

Kihlgren, M. (red.), Johansson, G., Engström, B. & Ekman, S-L. (2000). *Sjuksköterskan, ledande och ledare inom omvårdnad.* Lund: Studentlitteratur.

Lindvall, L. & Ekstedt, M., (opublicerat manuskript). Respekt för människans värdighet inom vården - en studie om värdighet utifrån vårdarens perspektiv. FoU-rappport.

Malmsten, K. (2007). *Etik I basal omvårdnad, i någon annans händer*. Lund: Studentlitteratur.

Muntlin, Å., Gunningberg, L. & Carlsson, M. (2006). Patients' perception of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056.

Patientnämnden Landstinget Västmanland. (2007). *Årsredovisning år 2007*. Hämtad 2008-10-29 från http://www.ltvastmanland.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/Kanslier/Lt%20kansli/2008/arsredov_2007.pdf

Pilhammar Andersson, E. (red.), Berg, M., Friberg, F., Gedda, B. & Häggström, E. (2003). *Pedagogik inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.

Rönnberg, L. (2007). *Hälso- och sjukvårdsrätt*. Lund: Studentlitteratur.

Sahlsten, M. (2007). *Ömsesidighet i förhandling. Sjuksköterskors förutsättningar för och erfarenheter av att främja patientdelaktighet*. Göteborg: Acta universitatis gothoburgensis.

Strandmark Kjölsrud, M. (1995). *Vård i verkligheten – om människovärde, maktrelationer och helhetssyn i professionell omvårdnad.* Stockholm: Tiger förlag.

Söderlund, M. (1998). *”En mänsklig atmosfär”, Trygghet, samhörighet och gemenskap – God vård ur ett patientperspektiv*. Uppsala.

Walsh, K. & Kowanko, I. (2002). Nurses’ and patients’ perception of dignity. *International Journal of Nursing Practice* 8: 143- 151.

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap I klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

Wikström, J. (2006). *Akutsjukvård. Handläggning av patienter med akut sjukdom eller skada*. Stockholm: Studentlitteratur

Wilde Larsson, B. (2001) *KUPP Kvalitet Ur Patientens Perspektiv*. Stockholm: Vårdförbundet.

World Health Organization (WHO). (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Hämtad 2008-11-04 från http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1

World Medical Association. (2008). *World Medical Association Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.* Seoul: 59th WMA General Assembly. Hämtad 2008-11-05 från http://www.wma.net/e/policy/b3.htm

BILAGA 1

Bilaga 1. Patienterna värderar vad som är viktigt med vården.

		Av allra största betydelse n (%)	Av stor betydelse n (%)	Av liten betydelse n (%)	Av ingen betydelse n (%)	Totalt n (%)	Chi²-test
Jag upplevde att jag var välkommen när jag först kom till vårdenheten/ mottagningen.	M	20 (21,7)	33 (35,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	92 (100)	0,024
	Kv	24 (26,1)	15 (16,3)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Jag upplevde att vårdarna brydde sig om mig	M	24 (26,7)	27 (31,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	90 (100)	0,019
	Kv	28 (30,0)	11 (12,2)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Jag upplevde att vårdarna lyssnade till det jag berättade	M	18 (20,0)	33 (36,7)	1 (1,1)	0 (0,0)	90 (100)	0,006
	Kv	26 (28,9)	12 (13,3)	0 (0)	0 (0,0)		
Jag upplevde att vårdarna visade förståelse för min situation, mina problem te x oro, rädsla etc.	M	23 (25,6)	25 (27,8)	3 (3,3)	0 (0,0)	90 (100)	0,024
	Kv	28 (31,1)	11 (12,2)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Jag kände att jag blev bemött med aktning och respekt.	M	23 (25,8)	27 (30,3)	2 (2,2)	0 (0,0)	89 (100)	ns
	Kv	24 (27,0)	13 (14,6)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Jag kände att det fanns tillfällen när jag kände vanmakt i relation till vården	M	14 (20,0)	12 (17,1)	7 (10,0)	8 (11,4)	70 (100)	ns
	Kv	12 (17,1)	10 (14,3)	5 (7,1)	2 (2,9)		
Jag kände att det fanns tillfällen där vårdarna kränkte min personliga integritet	M	14 (20,3)	14 (20,3)	4 (5,8)	11 (15,9)	69 (100)	ns
	Kv	10 (14,5)	7 (10,1)	4 (5,8)	5 (7,2)		
Jag kände att det fanns plats för humor och skratt i vårdandet tillsammans med vårdarna	M	15 (17,4)	35 (40,7)	2 (2,3)	0 (0,0)	86 (100)	ns
	Kv	13 (15,1)	21 (24,4)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Jag kände att jag blev tagen på allvar	M	25 (28,4)	27 (30,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	88 (100)	ns
	Kv	24 (27,3)	12 (13,6)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Jag kände att vårdarna bemötte mina anhöriga och närstående med respekt	M	18 (21,4)	29 (34,5)	1 (1,2)	1 (1,2)	84 (100)	ns
	Kv	18 (21,4)	16 (19,0)	1 (1,2)	0 (0,0)		
Jag upplevde att mina erfarenheter beaktades	M	12 (14,0)	24 (27,9)	10 (11,6)	4 (4,7)	86 (100)	ns
	Kv	16 (18,6)	16 (18,6)	3 (3,5)	1 (1,2)		
Jag upplevde att jag var delaktig i planeringen av olika behandlingar	M	9 (11,0)	24 (29,3)	9 (11,0)	0 (0,0)	82 (100)	0,002
	Kv	19 (23,2)	12 (14,6)	3 (3,7)	6 (7,3)		
Mina önskemål och behov styrde tid för samtal med vårdare	M	10 (12,2)	25 (30,5)	10 (12,2)	4 (4,9)	82 (100)	ns
	Kv	11 (13,4)	18 (22,0)	3 (3,7)	1 (1,2)		
Vårdpersonalen lät mig veta mina rättigheter och skyldigheter samt vart jag kunde vända mig med klagomål	M	8 (11)	21 (30)	10 (10)	5 (1)	71 (100)	ns
	Kv	6 (9)	13 (18)	7 (10)	1 (1)		

n =69-92. ns= ej signifikant. M= Män, Kv= Kvinnor.

BILAGA 2

Bilaga 2. Patienternas upplevelser av vården.

		Stämmer precis n (%)	Stämmer ganska bra n (%)	Stämmer något så när n (%)	Stämmer inte alls n (%)	Ej aktuellt n (%)	Totalt n (%)
Jag upplevde att jag var välkommen när jag först kom till vårdenheten/mottagningen	M	30 (34,5)	17 (19,5)	3 (3,4)	1 (1,1)	0 (0,0)	87 (100)
	Kv	24 (27,6)	9 (10,3)	3 (3,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Jag upplevde att vårdarna brydde sig om mig	M	25 (29,1)	23 (26,7)	2 (2,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	86 (100)
	Kv	24 (27,9)	9 (10,5)	2 (2,3)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Jag upplevde att vårdarna lyssnade till det jag berättade	M	20 (23,3)	27 (31,4)	3 (3,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	86 (100)
	Kv	23 (26,7)	10 (11,6)	2 (2,3)	0 (0,0)	1 (1,2)	
Jag upplevde att vårdarna visade förståelse för min situation, mina problem te x oro, rädsla etc.	M	23 (26,7)	20 (23,3)	5 (5,8)	0 (0,0)	2 (2,3)	86 (100)
	Kv	23 (26,7)	12 (14,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Jag kände att jag blev bemött med aktning och respekt	M	29 (33,7)	15 (17,4)	6 (7,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	86 (100)
	Kv	22 (25,6)	10 (11,6)	4 (4,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Jag kände att det fanns tillfällen när jag kände vanmakt i relation till vården	M	8 (9,8)	6 (7,3)	9 (11,0)	12 (14,6)	12 (14,6)	82 (100)
	Kv	5 (6,1)	7 (8,5)	2 (2,4)	9 (11,0)	12 (14,6)	
Jag kände att det fanns tillfällen där vårdarna kränkte min personliga integritet	M	6 (6,9)	1 (1,1)	3 (3,4)	27 (31,0)	14 (16,1)	87 (100)
	Kv	5 (5,7)	2 (2,3)	4 (4,6)	11 (12,6)	14 (16,1)	
Jag kände att det fanns plats för humor och skratt i vårdandet tillsammans med vårdarna	M	21 (24,7)	20 (23,5)	6 (7,1)	2 (2,4)	1 (1,2)	85 (100)
	Kv	18 (21,2)	12 (14,1)	2 (2,4)	2 (2,4)	1 (1,2)	
Jag kände att jag blev tagen på allvar	M	25 (29,4)	20 (23,5)	5 (5,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	85 (100)
	Kv	22 (25,9)	11 (12,9)	2 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Jag kände att vårdarna bemötte mina anhöriga och närstående med respekt	M	22 (26,5)	17 (20,5)	4 (4,8)	0 (0,0)	6 (7,2)	83 (100)
	Kv	20 (24,1)	12 (14,5)	2 (2,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Jag upplevde att mina erfarenheter beaktades	M	9 (10,7)	18 (21,4)	14 (16,7)	1 (1,2)	7 (8,3)	84 (100)
	Kv	11 (13,1)	9 (10,7)	9 (10,7)	3 (3,6)	3 (3,6)	
Jag upplevde att jag var delaktig i planeringen av olika behandlingar	M	8 (9,5)	13 (15,5)	14 (16,7)	5 (6,0)	9 (10,7)	84 (100)
	Kv	16 (19,0)	3 (3,6)	9 (10,7)	2 (2,4)	5 (6,0)	
Mina önskemål och behov styrde tid för samtal med vårdare	M	10 (11,9)	22 (26,2)	11 (13,1)	1 (1,2)	6 (7,1)	84 (100)
	Kv	9 (10,7)	14 (16,7)	3 (3,6)	2 (2,4)	6 (7,1)	
Vårdpersonalen lät mig veta mina rättigheter och skyldigheter samt vart jag kunde vända mig med klagomål	M	4 (5,3)	10 (13,2)	10 (13,2)	11 (14,5)	11 (14,5)	76 (100)
	Kv	3 (3,9)	9 (11,8)	3 (3,9)	5 (6,6)	10 (13,2)	

n= 76-87. M= Män, Kv= Kvinnor.