

Patientbemötande

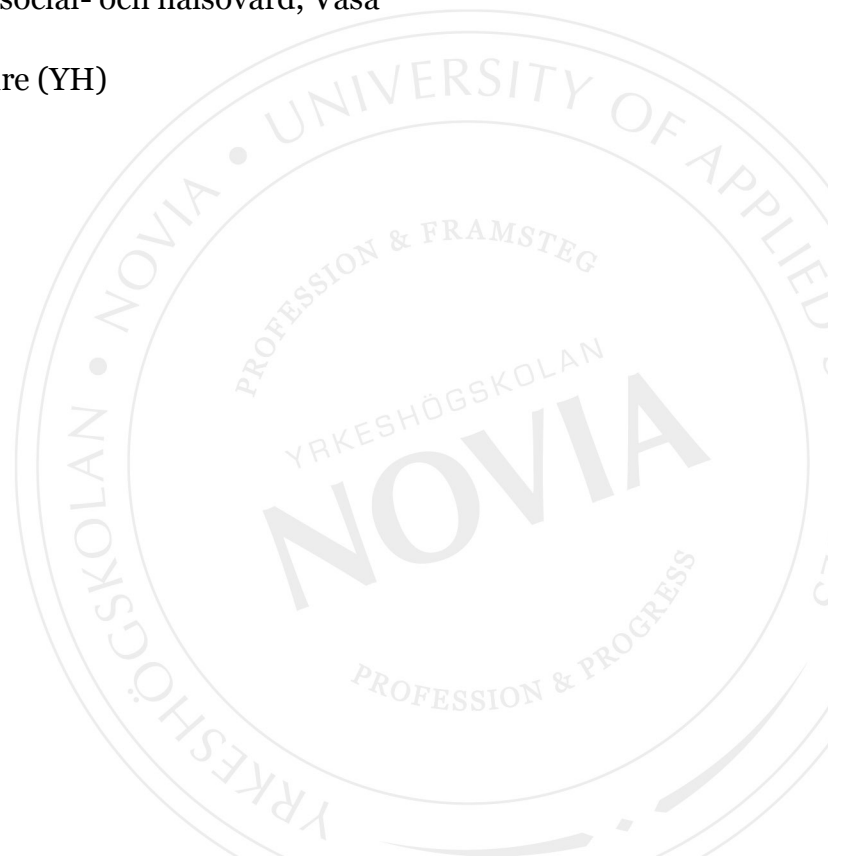
Vad är positivt och negativt bemötande enlig patienterna

Helena Björklund

Examensarbete inom social- och hälsovård, Vasa

Utbildning: Sjukskötare (YH)

Vasa 2016



EXAMENSARBETE

Författare: Helena Björklund

Utbildning och ort: Sjukskötare, Vasa

Handledare: Anna-Lena Nieminen

Titel: Patient Bemötande- Vad är positivt och negativt bemötande enligt patienterna

Datum 25.11.2016

Sidantal 29

Bilagor 2

Abstrakt

Bemötande ingår i varje vård situation och upplevs av alla på olika sätt. Syftet med detta examensarbete var att undersöka vad positivt och negativt bemötande är enligt patienterna. Arbetet svarar på frågeställningarna "Hur vill patienterna bli bemötta inom vården" och "vad gör att ett bemötande är positivt eller negativt".

Som metod har en kvalitativ enkät undersökning med fasta och öppna frågor gjorts på Facebook. Sigridur Halldorsdottirs teori om relationen mellan vårdare och patient ur patientens synvinkel har använt som teoretisk utgångspunkt. Det insamlade materialet har analyserats med hjälp av innehålls analys och resultatet presenterats både med diagram och öppetext samt tolkats mot bakgrund, tidigare forskning och den teoretiska utgångspunkten.

52 informanter deltog i undersökningen. I resultatet kan man se att speciellt språk och tillit till vårdaren har en stor betydelse för positivt bemötande. Stressen är en faktor som påverkar det negativa i bemötandet.

Språk: Svenska

Nyckelord: Bemötande, Kommunikation, Patient-sjukskötare relation, Patient tillfredsställelse.

BACHELOR'S THESIS

Author: Helena Björklund

Degree Programme: Sjukskötare, Vasa

Supervisors: Anna-Lena Nieminen

Title: Patient encounters- what is positive and negative in an encounter according to the patient.

Date 25.11.2016

Number of pages 29

Appendices 2

Summary

Everyone feels every encounter in different ways. The purpose of this study was to investigate what the patients felt was positive and negative in an encounter. The work responds to the questions "How would patients want to be treated in health care" and "What makes an encounter positive or negative."

A qualitative questionnaire with open and closed questions has been done on Facebook. Sigridur Halldorsdottir's theory about the relationship between caregiver and patient from the patient's perspective has been used as the theoretical starting point. The collected material was analyzed using content analysis and the results presented both with graphics and open text and interpreted against the background, previous research and the theoretical starting point.

52 respondents participated in the survey. In the result we can see that in particular language and trust in the caregiver has a great importance for the positive in an encounter. Stress is a factor that negatively affects an encounter.

Language: Swedish

Key words: Encounters, Communication, Patient-nurse relation, Patient satisfaction.

1	Inledning	1
2	Syfte och frågeställning.....	2
3	Bemötande.....	2
3.1	Rätt till gott bemötande	2
3.3	Mötet	3
3.4	Muntlig kommunikation	3
3.5	Kroppsspråk.....	5
4	Teoretisk utgångspunkt	6
4.1	Bron och muren.....	6
4.2	<i>Professional Caring</i>	7
4.3	<i>Uncaring</i>	8
4.4	<i>Professional distance</i>	9
5	Tidigare forskning	9
5.1	Bemötande	10
5.2	Patient och vårdar kommunikation	11
6	Metod.....	12
6.1	Kvalitativ forskningsmetod.....	12
6.2	Datainsamling	12
6.2.1	utformning av enkät.....	13
6.2.2	Val av informanter och distribution.....	14
6.3	Dataanalys	14
6.3.1	Innehållsanalys.....	14
6.4	Etiska övervägande.....	15
7	Resultat.....	16
7.1	Resultat av slutna frågor	16
7.2	Resultat av öppna frågorna.....	18
7.2.1	Kommunikation.....	19
7.2.2	Attityd.....	20
7.2.3	Respekt	21
7.2.4	Resurs.....	22
8	Tolkning.....	23
8.1	Hur vill patienterna bli bemötta inom vården?	23
8.2	Vad gör att ett bemötande är positivt eller negativt?	24

9	Kritisk granskning	25
9.1	Reliabilitet	25
9.2	Validitet	26
9.3	Etik	27
10	Diskussion	27
11	Källförtäckning	30

Bilagor

Bilaga 1	Enkät
Bilaga 2	Tabell för innehållsanalys och kodning

1 Inledning

Jag har valt att skriva mitt examensarbete om bemötande. Bemötande är något som sker hela tiden i sjukhusvärlden. Människor kommer i sina sårbaraste tillstånd för att söka hjälp och få svar på sina frågor. Har själv varit med om både positiva och mindre positiva upplevelser vad gäller bemötandet inom vården. Arbetet gav mig en möjlighet att själv försöka få en inblick i vad patienterna anser är ett gott bemötande och själv kunna använda mig av denna information i framtiden när jag bemöter patienter i mitt arbete.

Gott bemötande är inget vi bara behöver hoppas på. I den finskalagen är gott bemötande en grund förutsättning inom vården. Det står i lagen om patienters ställning och rättigheter (1992/785 i 3§)att alla skall få ett gott bemötta oberoende kön, ålder eller social status.

Varje möte är annorlunda än det förra. Det är oftast olika människor man möter inom vården med olika bakgrunder, tankar och förväntningar på ett möte. Detta tar Enqvist (2007, s. 418) upp i sin forskning där han poängterar att varje första bemötande är en grund sten för hur relationen kommer att se ut. Vi kommunicerar med hela kroppen. Burton & Dimbleby (1999, s.55-56) skriver hur vi omedvetet ger ifrån oss en mängd uttryck i form av mimik, gester, och hur vi talar som påverkar hur vi slutligen känner att bemötandet var.

För att få fram alla dessa nyanser ur ett bemötande valde jag att använda en enkät med öppna frågor. På detta sätt kunde jag utan att leda informanterna på något sätt få deras egna uppfattningar om vad som är ett positiv eller negativt bemötande. Denna enkät publicerades på Facebook för att inte vara bunden till några gränser utan kunna nå en så varierande mål grupp som möjligt. Att få ett gott bemötande kan göra hela sjukhus upplevelsen till det positivare eller negativare händelse. Jag tror att jag själv åtminstone kommer att ha stor nytta av denna information när jag nästa gång skall bemöta någon.

2 Syfte och frågeställning

Syftet med detta examensarbete är att undersöka hur patienterna önskar bli bemötta inom vården samt vad som gör ett bemötande positivt respektive negativt ur patientens synvinkel. Studien ger en inblick åt vårdpersonalen vad man bör betona och vad man bör undvika i ett bemötande.

Mina frågeställningar är:

- Hur vill patienterna bli bemötta inom vården?
- Vad gör att ett bemötande blir positivt eller negativt?

3 Bemötande

Bemöta betyder enligt SAOB (Svenska Akademiens ordbok, 2016) bland annat mottaga, uppträda emot, behandla, uppföra sig och bete sig mot. Erik Blenneberger beskriver i sin bok hur ordet bemötande har flera syskon begrepp som till exempel; ”attityd, förhållningssätt och grundinställning, liksom möte, relation och samspel” (Blennerberg, 2013, s. 12). I ett bemötande ingår många olika delar som Per Echeverri (Echeverri, 2010, s. 12) skriver i *Bemötandeboken*; ”bemötande är ett förhållningssätt, en attityd, ett interaktivt beteende och en upplevelse.” Det är en relation mellan två individer, en som är mottagare och en som är givare och tillsammans skapar de ett möte.

3.1 Rätt till gott bemötande

Gott bemötande hör till en grund förutsättning inom vården. Alla skall ha rätt till ett gott bemötande, det är ingen skillnad vilken bakgrund eller ställning i samhället du har. Detta står i Finlands lag om patientens ställning och rättigheter (1992/785 i 3§) om rätt till god hälso- och sjukvård samt till gott bemötande.

”Varje patient har rätt till hälso- och sjukvård av god kvalitet. Vården skall ordnas och patienten bemötas så att hans människovärde inte kränks och att hans övertygelse och integritet respekteras.

”Patientens modersmål och individuella behov samt den kultur som han företräder skall i mån av möjlighet beaktas i vården och bemötandet.”

3.3 Mötet

Inom vården sker det möten hela tiden mellan patient, anhöriga och vårdpersonal. Det är en naturlig del av vården. Möten har alltid en början, ett första möte. När vi möter någon för första gången bedömer vi om människan är vän eller fiende. Omedvetet läser vi av den andras kroppsspråk som vidgade pupiller, svett, spändhet och röst. Detta hör till vår natur, fly eller kämpa? Att bli bekräftad i det första mötet är också viktigt. Genom att se varandra i ögonen, ta i hand och tala med varandra kan man på ett enkelt sätt visa att man bekräftar den andre. Att vara närvarande i det första mötet genom att visa öppenhet och intresse för patient skapar också en känsla av bekräftelse samt en god grund för fortsatta möten. (Enqvist, 2007, s. 418)

När två människor möts kommer de med olika förutsättningar, förväntningar och villkor till mötet. De kan ha olika kön, ålder, utbildning, etniska bakgrunder samt olika syner på hur mötet kommer att se ut. Var möte sker och i vilken anda sätter olika villkor för mötet. Om någon träffar en vän känner man till mötets gång och man kommer samman på samma våg längd. När ett möte sker mellan någon som söker hjälp, behandling eller stöd och någon som skall besvara detta, kan mötet bli tillfredställande eller otillfredställande beroende på om förväntningarna på mötet blir mötta eller inte. (Stål, 2008, s. 18-19)

3.4 Muntlig kommunikation

I dagens samhälle ställs det stora krav på kommunikationen. En förutsättning för att klara sig i samhället är att man behärskar både tal- och skriftspråket. Vad gäller muntlig kommunikation så finns det olika regler för hur vi kommunicerar i olika situationer. Dessa regler lär vi oss många gånger undermedvetet under livets gång. Vi utsätts dagligen för olika situationer där vi använder den muntliga kommunikationen, det handlar om småprat, diskussioner, föreläsningar och andra samtal. För var och en av dessa sammanhang har vi en modell för hur vi använder rösten, ordval och turtagning. De olika situationerna klassificeras från formella till informella. Formella talsituationer är t.ex. när vi håller ett föredrag eller tal medan informella är i sin tur småprat och diskussioner. Vi är ofta bekväma med informella talsituationer medan formella talsituationer gör att människor ofta

känner sig utsatta, som om någon dragit undan vårt skydds nät. (Backlund, 2006, s. 33-36.)

Vad gäller talspråket så är det röststyrka, ton och melodin i vårt tal som ger innebörd åt det vi säger. Det är speciellt betoningen på de olika orden i en mening som gör att vi tolkar det någon säger som t.ex. positivt eller negativt. När vi berättar något har vi som vana att höja volymen när vi kommer till de ord vi tycker är viktigast i det vi säger. Hur vi använder röststyrkan har mycket med vår personlighet och hur vi känner att göra. Vad gäller tonen i en röst så föredrar vi i allmänhet mörka röster. De känns tilltalande och lugnande samt trygghetsgivande medan skrikiga, ljusa röster gör många irriterande och de känns barnsliga samt stressande. Vi läser också av känslorna i en röst. Någon som är glad växlar mellan olika tonhöjder medan någon som är ledsen och deprimerad håller en jämnare tonhöjd. Tempot i det vi säger gör också en stor betydelse. Någon som är ivrig, glad och entusiastisk talar ofta med ett högt tempo, till motsats från någon som är ledsen som oftast talar i ett mycket långsammare tempo. (Backlund, 2006, s. 78-83.)

En duktig talare behärskar de olika delar talet består av. Hen kan genom att reglera tempo, ton och styrka fånga vårt intresse för det hen har att säga. Det är viktigt att den som talar kan visa att hen är intresserad och engagerad av det hen talar om. Genom att använda ord som förenar den vi för en diskussion med kan vi hålla hens intresse kvar. Talar vi för svåra ord som t.ex. fackspråk förstår den andra inte vad vi försöker säga och hen tappar intresse för det och slutar lyssna. Genom att förena ett gott kroppsspråk och god talförmåga kan vi diskutera och föra samtal där båda parterna känner sig sedda och engagerade. Vi kan trösta och glädjas men också ge trygghet och tillit om vi kommunicerar på rätt sätt. (Backlund, 2006, s. 187-194.)

3.5 Kroppsspråk

När vi möter någon möts också blickar och man läser av den andres karaktär genom ansiktsuttryck och minspel (Blennerberg, 2013, s. 33) . Till kroppsspråk hör fem huvudelement: gester, mimik, kroppshållning, kroppsutrymme, kropps närhet samt beröring (Burton & Dimbleby, 1999, s.55-56). När man talat ger man

omedvetet en mängd intryck i form av kroppsspråk som människor vi talar till läser av. Vi visar känslor, attityder och avsikter. Det är en naturlig del av vår kommunikation. I kommunikation är det vi säger och det vi visar med vårt kroppsspråk av lika stor betydelse. Vårt kroppsspråk och det vi säger är synkroniserat vilket innebär det att det vi säger och det vi visar med kroppsspråk och mimik stämmer överens. Om det någon säger och deras kropps språk inte stämmer överens bli den andra parten osäker. (Burton & Dimbleby, 1999, s.54; Echeverri, 2010, s. 95-98).

Armar, händer och fingrar används i form av gester. Vi inleder ofta ett bemötande i form av en gest tex. hand skakning. Vi använder våra händer också när vi vill beskriva saker eller när vi vill förtydliga det vi säger. Vi markerar ofta det vi säger med händerna genom att öppna, eller stänga dem. Tänk vad du gör med händerna när du säger stop? Det är svårt att låta bli att lyfta upp handen och visa ett förtydligande stop. Många gester gör vi helt omedvetet när vi talar och det är helt naturligt. (Burton & Dimbleby, 1999, s.55;Echeverri, 2010, s. 95-96).

Mimik innebär signaler vi uttrycker med ansiktet, vanligtvis känslor och sinnesstämningar. Det finns en del universellt giltiga ansiktsuttryck. Till dessa hör förvåning, rädsla, avsky, vrede, glädje/lycka och sorg det är ändå mer sällan vi använder så starka uttryck med obekant utan då uttrycker vi mera olika indikationer som förtvivlan, osäkerhet eller vänlighet (Echeverri, 2010, s. 95). Vi kan med ett enkelt ansiktsuttryck visa vad vi tänker och hitta en gemensam tråd i ett möte t.ex. att någon himlar med ögonen när konduktören meddelar att tåget är försenat (Blennerberg, 2013, s. 32) Det är ögonen och munnen som människor först läser av när de bedömer om det någon säger stämmer eller inte. Vi kan läsa av även små skillnader i ett leende eller en blick. (Burton & Dimbleby, 1999, s.55)

Kroppshållning, kroppsutrymme och kropps närhet indikerar mycket hur bekväma vi är i en situation. Har vi en avslappnad kroppshållning så utstrålar vi trygghet till personen vi talar med. Vad gäller kropps närhet och kroppsutrymme så finns det olika så kallade *avståndszoner* och beroende på hur bekväma/bekanta vi är med någon så tillåter vi dem att komma innanför dessa olika *zoner*. Vanligaste är att man håller människor på en arm längd från sig. Det känns bekvämt för de flesta människor. Kommer man närmare kan många känna sig hotade och att den andra

är närgången. Det är alltså viktigt att kunna hitta en gyllene mellan väg gällande hur långt man är från någon när man kommunicerar. Står man för långt borta när man bemöter någon kan mötet kännas mycket opersonligt och kallt. (Burton & Dimpleby, 1999, s.55; Echeverri, 2010, s. 98-100)

Beröring berättar mycket om den relation två människor har. Känner man inte varandra berör man inte varandra medan bekanta ofta ger en kram eller tar om varandra när man möts. Beröring kan både riktas mot sig själv, drar fingrarna genom håret, och andra när man kommunicerar. Beröring kan vara ett hjälpmedel och ge trygghet. Genom att någon t.ex. sätter sin hand på vår axel när de berättar något gör att vi känner en vänligare inställning mot personen. (Burton & Dimpleby, 1999, s.56; Echeverri, 2010, s. 101).

4 Teoretisk utgångspunkt

Som teoretisk utgångs punkt för detta arbete har jag valt att använda mig av Sigridur Halldorsdottirs (1996) teori om relationen mellan vårdare och patient ur patientens synvinkel. Grunden för hennes teori är patientens uppfattning om vårdande och ickevårdande, *caring* och *uncaring* i mötet med vårdaren. I hennes doktorsavhandling använder hon orden bro, *bridge*, och mur, *wall*, (fritt översatt till bron och muren) som metaforer för den relation som byggs upp mellan patient och vårdare. Jag kommer att ta upp mera om bron och muren, Professionell vård, *Professional caring*, och ickevård, samt Professionellt avstånd, *Professional distance*. (Halldorsdottir, 1996, s. 31).

4.1 Bron och muren

Bron och muren är de två viktigaste orden i Halldorsdottirs teori. De representerar de två möjligheterna en relation kan leda till mellan patient och vårdare. Bron är metaforen för öppenheten i kommunikationen och den upplevda samhörigheten mellan vårdaren och mottagaren av vården i ett möte som upplevs som vårdande. Det är balansen mellan Professionell intimitet, *Professional intimacy*, och Professionellt avstånd. Muren i sin tur står för den negativa kommunikationen eller ingen kommunikation alls, avskildhet och avsaknad av vårdande. Detta

upplevs som icke vårdande av den som mottar vården. Detta i sin tur leder till att patienten inte litar på sin vårdare och det kan kännas som vårdaren är ovillig eller oförmögen att ta kontakt med patienten, en mur byggs upp mellan dem. (Halldorsdottir, 1996, s. 31-32).

4.2 Professional Caring

Halldorsdottir bygger professionellt vårdande, *Professional caring*, på tre hörnstenar, kompetens, *competence*, vårdande, *caring*, och anknytning, *connection*. Dessa tre hörnstenar i sin tur är uppbyggda av olika aspekter som definierar orden. När en sjukskötare uppnått en balans mellan kompetens, vårdande och anknytning kan hon jobba både med och för patienten och trots detta hålla det på ett professionellt avstånd. (Halldorsdottir, 1996, s. 33-35).

De aspekter Halldorsdottir har som grund för kompetens är bl.a. att vårdaren skall kunna undervisa och uppmuntra samt kunna skapa en god kontakt till patienten. Vårdaren skall också kunna göra kliniska bedömningar, ha kunskap i att kunna göra de olika uppgifter som krävs och även kunna göra beslut på andras vägnar. Aspekterna inom vårdande är att vara lyhörd för vad patienten behöver, vara genuint intresserad av patienten också som en person, att vara moraliskt ansvarsfull över andra och sig själv, vara närvarande i stunden samt att vara engagerad och involverad på ett passande sätt. När kompetens och vårdandet är i balans känner patienterna att de kan lita på sin vårdare vilket är grunden för en professionell anknytning. (Halldorsdottir, 1996, s.33-35).

Enligt Halldorsdottir är anknytning det som bygger själva bron. Det följer ett mönster av fem stadier. I det första stadiet handlar det om att både patienten och sjukskötaren försöker sträcka sig ut mot varandra. I det andra stadiet försöker man ta bort de masker som såväl vårdare och patient bär, man delar med sig av sig själv, inte för mycket men så att båda känner ömsesidig erkännande. I det tredje stadiet känner patienten att en har en anknytning till vårdaren och hen vågar fråga om hjälp när hen behöver, patienten inser att en brygga har skapats mellan vårdaren och hen. I det fjärde stadiet har patienten fattat förtroende för vårdaren. Patienten vågar dela med sig om även mera svåra saker och är villig att ge mera detaljerade tankar om hens vård och tillstånd. I det femte och slutliga stadiet har

man uppnått professionell intimitet och anknytning. Vårdaren kan nu förstå patientens vård i sin helhet. Vårdaren förstår och kan också uppskatta saker ur patientens synvinkel. Nu jobbar vårdaren med patienten och de strävar mot ett gemensamt mål. Detta höjer också patientens känsla av hälsa och välmående. (Halldorsdottir, 1996, s.34).

När alla dessa tre hörnstenar är lagda kan man se en positiv utveckling på andra planer än bara den fysiska. Man kan se att patienten känner en större känsla av hälsa och välbefinnande. Patienterna får en bättre självkänsla och självbild, de känner sig accepterade och får en större känsla av helande. När de känner att vårdaren är på samma sida känner de också att de har en större kontroll över den situation de befinner sig i vilket uttrycker sig i känsla av lättnad och trygghet i situationen. (Halldorsdottir, 1996, s.35).

4.3 *Uncaring*

Mötet med vårdpersonal som upplevs som ickevårdande, *uncaring* bygger på tre grund principer. Den som mottar vården upplever att vårdaren som okompetent, likgiltig och inte bryr sig om patienten som person. Detta resulterar i en mur mellan vårdare och patient. Patienten litar inte på sin vårdare, det sker en form av undvikande och man känner ingen anknytning till varan vilket leder till minskad känsla av hälsa och välmående samt missmod, *discouragment*. (Halldorsdottir, 1996, s.35).

ickevårdande är egentligen avsaknad av kompetens, vårdande och anknytning. Vårdaren upplevs som ointresserad, arrogant och okompetent. Vårdaren är kanske hård hänt, visar inte respekt mot patienten, tar inte initiativ till vården och respekterar inte patientens behov av information. Patienten känner inte heller att vårdaren har någon förståelse för vad hen går igenom och ger inte tid för patienten att diskutera sin situation. Vårdaren upplevs som otrevliga, ovänliga och missnöjda. (Halldorsdottir, 1996, s.35).

Icke-vårdande leder till att patienternas känsla av välmående och hälsa minskar. De kan till och med uppleva att de är förnekade, utstötta, och nedbrutna. I studien som Halldorsdottirs använde sig av kom det fram att de patienterna självkänsla

sjönk, de blev osäkra och tappade kontrollen över situationen. Icekvårdande ledde till att patienterna under en lång tid senare inte kände något förtroende för vårdare och i ett fall tänkte att hon inte kommer att föda fler barn på grund av detta. (Halldorsdottir, 1996, s.35).

4.4 Professional distance

När vårdaren och patienten når det femte stadiet i *connection* har de även uppnått den högsta graden av *professional intimacy*. Trots att detta är en mycket viktig grund för en god vård är *professional distance* minst lika viktigt. Att hålla det på ett visst avstånd är viktig för att vården skall kunna göras på rätt sätt och att vårdaren skall kunna se saker även från vårdperspektiv. I studierna som Halldorsdottir använde sig av kom det fram att sett från deltagarnas synpunkt skall relationen mellan vårdaren och patienten hållas inom vissa ramar och att det var viktigt att den rollen var och en har i relationen hålls inom dessa ramar. Deltagarna betonade att det professionella avståndet var mycket viktig för att patient och vårdar relationen skulle hållas inom de professionella ramarna. (Halldorsdottir, 1996, s.35).

5 Tidigare forskning

I följande kapitel tar skribenten fram tidigare forskning inom ämnet i fråga. Forskningarna har sökts i CINAHL och EBSCOhost. Artiklar har sökts i både ämnen kommunikation och möten. Eftersom ordet bemötande inte har någon direkt översättning till engelska användes ord som *encounters*, *communication*, *patient-nurse relation*, *patient satisfaction* i olika kombinationer för att hitta forskning som tangerade ämnet.

5.1 Bemötande

Det kommer in en mängd klagomål på bemötande till patientnämnden i Stockholm och Wessel (2013) bestämde sig för att gå igenom dessa klagomål och se vad låg bakom de negativa upplevelserna. Ord som var återkommande i dessa klagomål var ”nonchalant”, ”respektlös” och ”arrogant”. Oftast var klagomålen riktade mot

läkare. Patienterna kände att man inte tog dem på allvar att vård personalen inte trodde dem eller så behandlades de som dumma. Även i Jakobson (2007) kom de fram till samma resultat. I båda studierna konstaterade man att patienterna ofta kände att personalen inte hade tid med dem eller att de störde när de sökte hjälp. De som fått ett gott bemötande upplevde att de kunde fortare återvända till vardagen samt kunde bättre sköta sin egenvård.

I Skär och Söderberg (2012) där man studerade mäns upplevelser av bemötande med vårdpersonal kom det fram att många av männen i studien kände att vårdpersonalen vårdare deras diagnos mera än dem som person. De upplevde lika så att man inte tog deras symptom och sjukdomskänsla på allvar. De kände också att de inte fick tillräckligt med information eller så gavs den för fort och under kaotiska förhållanden. De beskrev hur avsaknaden av god information bidrog till att de kände sig orespekterade. Männen kunde inte förstå att det var så svårt för personalen att be om ursäkt för deras uppförande eller så antog de att personalen inte var medvetna om hur de bemötte patienter.

I Finchs (2006) forskning frågade man sig hur patienterna ville att vårdarna skulle vara mot dem samt vilken typ av beteende de uppskattade. I resultatet kunde hon se att det vanligaste svaret på hur patienter ville att sjukskötare skulle bemöta dem var med omtanke, värme och vänlighet samt professionalitet. Vilken typ av beteende patienterna förväntade sig av sjukskötarna var också omtänksamhet, vänlighet och kunnighet. I diskussionen konstaterade hon bland annat att patienterna föredrar en sjukskötare som är genuin, ärlig, snälla samt artiga. I studien kom dock inte fram något speciellt om förtroende i sig medan pålitlighet var något man föredrog

Till skillnad från de andra studierna jag tagit upp har Gustafson et al. (2013) tagit upp vad ett meningsfullt möte innebär. Oftast uppfattas inte ett meningsfullt möte som meningsfullt just i den stund mötet sker utan man kunde se det först när man såg tillbaka på mötet. Man beskrev ofta mötet som en upplevelse som värmdes och även gör det när de tänker tillbaka. Ett meningsfullt möte kan förstås som en gemenskap och ge en samhörighet i den svåra situationen patienten befinner sig i. Man beskrev ofta att vårdaren kändes som en vän eller familjemedlem vilket kan

uppfattas som att mötet skedde i jämlikhet samt att alla parter kände sig värdiga i förhållande till varandra.

5.2 Patient och vårdar kommunikation

I en studie gjord av McCabe,(2004) i Irland studera man patienternas upplevelser av hur sjukskötare kommunicerar. Enligt McCabe har det i många studier blivit konstaterat att vårdarnas färdigheter inom kommunikation är bristande. Sjukskötarna är mera koncentrerade på de uppgifter de skall göra istället för att berätta och informera patienterna om vad som komma skall. Många patienter kände att uppgiften var viktigare än dem. Även i Erikson & Svedlunds (2007) , studie om patienters upplevelser av missnöje med sjukvård kom det fram att konversationerna mellan patienter och vårdare ofta var en envägskommunikation och det inte fanns rum för patienterna att uttrycka sina känslor och tankar. Man kunde också konstatera att den information som patienterna fick av vårdpersonalen var ofta svår att förstå på grund av de många tekniska termerna.

S. O'Hagan et al. (2014) hade som mål med sin studie att identifiera olika faktorer som påverkar kommunikationen mellan patient och vårdare. Man kom fram till fyra huvud aspekter, hur vårdare ur ett helhetsperspektiv möter patienter, vårdares uppträdande mot patienten, tekniker som användes vid i interaktion och kommunikation. Som helhet kunde man se att en avsaknad av patient centrerad påverkade alla aspekterna. Genom en god kommunikation, gott uppträdande och att vårdarna kunde visa ett genuint intresse för patienten trots brådska gjorde att patienten kände att hen var i centrum och kunde delta i vården. Patienterna uppskattade också att vårdarna uppvisade ett vänligt leende, tog tid för småprat och använde beröring när de tröstade.

6 Metod

I detta arbete använder jag mig av en enkät med öppna frågor som datainsamlingsmetod. Enkäten publicerades som länk på sociala medier. Svaren analyserades sedan med hjälp av kvalitativ innehålls analys.

6.1 Kvalitativ forskningsmetod

Med en kvalitativ forsknings metod är tanken att beskriva någonting, ett fenomen eller ett sammanhang. Informationen som samlats in blir data i form av ord i motsats till kvantitativ forskning där data är i form av siffror. Enligt Olsson och Sörensen (2011, s. 131) är syftet med en kvalitativ forskning att karaktärisera någonting. En kvalitativ forskning är ofta en småskalig forskning som har relativt få deltagare men ett stort material (Denscombe, 2009, s. 322). Kvalitativ data kan vara bland annat intervjuer, fallstudier, observationer, skrivna texter eller dokument. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 131).

6.2 Datainsamling

Som datainsamlings metod har jag valt att använt mig av kvalitativ enkät studie. Denna studie skulle också ha varit möjlig att utföra med hjälp av intervjuer, men jag har valt att använda mig av en enkät istället för att det passar bättre och man får bättre fram attityder, smak och åsikter (Ejvegård, 2003, s. 53). I enkäten använder jag mig både av fasta och öppna frågor. I fasta frågor har man en hög grad av standardisering samt en hög grad av strukturering (Olsson & Sörensen, 2011, s 133) och man använder sig av så kallade fasta svar alternativ, t.ex. *ja* och *nej*. Respondenten har bara möjlighet att använda sig av de förutbestämda svars alternativ som enkät konstruktören ger. I öppna frågor har man istället en hög grad av standardisering eftersom det är en enkät men en låg grad av strukturering (Olsson & Sörensen, 2011, s 133) eftersom respondenten istället för med förutbestämda svar får med egna ord besvara frågorna. (Ejvegård, 2003, s. 47-48).

Det är viktigt att enkäten är välutformad innan den skickas ut. Det är viktigt att enkäten inte är för lång och att man bara frågar frågor som är relevanta. Det är också viktigt att frågorna inte är ledande. Frågorna skall vara så få som möjligt och enkelt formulerade. (Ejvegård, 2003, s. 54). Det är viktigt att frågorna inte kan tolkas på olika sätt utan de skall vara *entydiga* (Olsson & Sörensen, 2011, s 151).

6.2.1 utformning av enkät

Enkäten (bilaga 1) gjordes med hjälp av Google docs vilket också användes för att samla in alla svaren. Först i enkäten kom det fram lite bakgrund om vem som gjorde undersökningen samt syftet med enkäten. Det kom också tydligt fram att alla respondenter var anonyma och att deltagandet var helt frivilligt.

De första frågorna i enkäten är så kallade sakfrågor som ger bakgrundsinformation om respondenterna. I de tre första frågorna frågade jag efter *kön*, *ålder* och *status* för att kunna se om det fanns några skillnader och för att ha någon indelning av svaren. I den fjärde frågan frågade jag om respondenterna hade någon *kronisk sjukdom som kräver regelbundna besök inom vården?* Detta gav mig information om respondenten hade regelbundet kontakt med vårdpersonal vilket kunde göra att de hade en annan syn på bemötande en de som sporadiskt har kontakt med vårdpersonal.

De fyra sista frågorna var öppna frågor och de som egentligen tangerade studiens ämne. Syftet med studien var att få fram vad respondenterna anser om bemötande och genom att använda sig av öppna frågor får man fram vad respondenterna tycker och deras åsikter styr inte på samma sätt som vid fasta svars alternativ. Före de fyra sista frågorna fanns en kort beskrivning över vad som menas med ordet bemötande samt några synonymer till ordet för att säkerställa att respondenterna skulle förstå frågorna. Frågorna var korta och de två första tangerade det positiva och de två följande det negativa i bemötande.

6.2.2 Val av informanter och distribution

I denna studie användes ett slumpmässigt urval av informanter (Olsson & Sörensen, 2011, s. 113). De som deltog var antingen vän med mig på facebook eller med någon av de som delade enkäten på sin vägg. Det gav mig möjligheten att nå en stor grupp människor med olika bakgrunder.

Det finns många olika sätt som man kan distribuera enkäter på. Jag har valt att använda mig av dator enkät (Ejlertsson, 2005, s. 10). Jag har använt mig av Google docs för att utforma enkäten samt för att ta emot svaren. Delade en länk till enkäten på sociala medier, Facebook, för att nå en så stor folkgrupp som möjligt.

6.3 Dataanalys

Dataanalys sker oftast i tre steg. I det första steget läser man flera gånger igenom allt det datamaterial man samlat in. I steg två går man igenom materialet enligt vald metod mot frågeställningarna och syftet. I det sista steget sammanställer man ett resultat av materialet. (Henricson, 2012, s. 134-135)

6.3.1 Innehållsanalys

Innehållsanalys används för att analysera innehållet i olika dokument. Innehållsanalys innebär att man sammanfattar insamlat material så att det studerade fenomenet kan beskrivas kort och övergripande (Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L., 2001, s.23) . Det finns både en kvantitativ gen som i första hand används inom massmedia och en kvalitativ gren som används för att skildra ett fenomen. Innehållsanalys kan också delas in i manifest och latent. I en manifest innehållsanalys bearbetar man det synliga och uppenbara. I en latent innehållsanalys handlar det om att tolka det som sägs mellan raderna, handlingen. Metoden kan användas för att analysera vilken "text" som helst. Det är ingen skillnad om materialet är skrift, ljud, eller bild. Innehållsanalys är i regel gjord på samma sätt och är som procedur relativt enkel och logisk. (Denscombe, 2009, s. 307; Olsson & Sörensen, 2011, s. 209).

I praktiken börjar man med att läsa igenom allt det material som man samlat in. När man läst igenom allt material delar man upp materialet i mindre delar. Man börjar med att bilda meningsenheter som kan bestå av ett ord till hela meningar. Där efter kondenserar man meningsenheten till kortare meningar. Dessa kondenserade meningsenheterna bildar sedan subteman/subkategorier som i sin tur bildar teman som binder ihop subteman/subkategorier och besvara frågan man ställt mot materialet. (Henricson, 2012, s. 337-338)

6.4 Etiska övervägande

I detta arbete är det viktigt att poängtera att deltagandet i forskningen är helt frivillig. Alla som deltar i forskningen är anonyma och att det inte kommer ut information om vem som deltagit i forskningen. Det är viktigt att förrinta sådant material som kan innehålla känslig information om deltagarna (om sådant uppstår) så att de förblir anonyma efter att forskningen är färdigt. (Forskningsetiska delegationen 2012).

Det är också viktigt att inte kränka någon part i forsknings processen. Det är inte meningen att ta fram material som skall trycka ner någon. Forskningen som görs och materialet som skapas görs för att ge mera kunskap om ämnet och skapa förståelse för olika situationer som kan uppkomma inom vårdbranschen. (Forsknings Delegationen 2012).

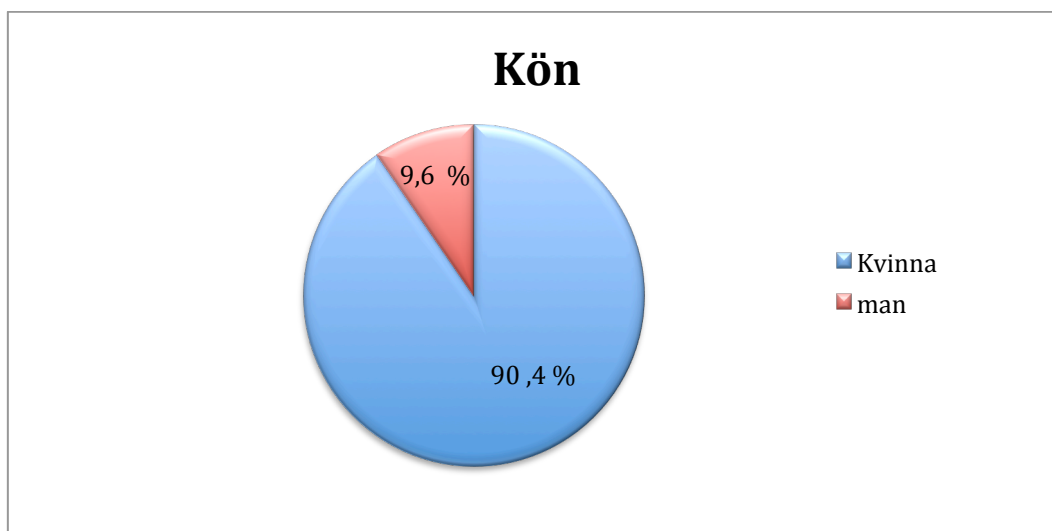
När man använder tidigare forskning som grund för sina egen forskning är det viktigt att på rätt sätt hänvisa till de tidigare forskningarna. Om man inte gör det förringar man det arbete som andra forskare redan har gjort. Man kan också göra sig skyldig till plagiat om man inte hänvisar rätt. Att vara kritiskt till sitt material gör att forsknings resultatet blir pålitligt och ger forskningen trovärdighet. (Forsknings Delegationen 2012).

7 Resultat

I detta kapitel presenteras det resultat som fram kommit i enkätundersökningen. Resultatet från de öppna och slutna frågorna presenteras skilt för sig. De slutna frågornas resultat presenteras med hjälp av diagram medan de öppna frågorna analyserats och tolkats med hjälp av innehållsanalys. Enkäten besvarades av 52 informanter både kvinnor och män i åldrarna 15-74 år. En informant hade valt att inte svara på den sista frågan annars hade alla informanter svarat på alla frågor som ingick i enkäten.

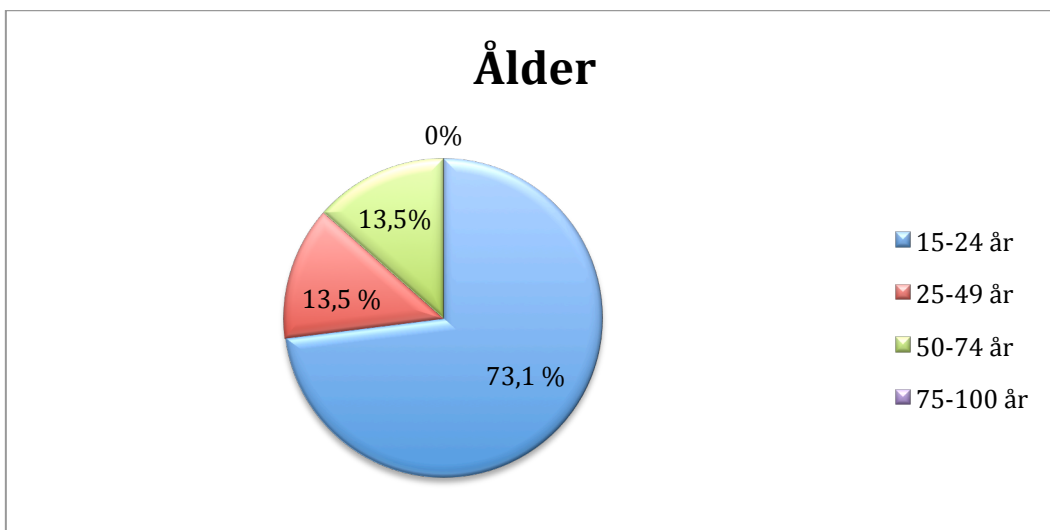
7.1 Resultat av fasta frågor

De slutna frågorna användes för att få lite bakgrunds information om de som svarat på enkäten. De tre första frågorna om kön, ålder och status var obligatoriska medan den sista frågan ” Har du en kronisk sjukdom som kräver regelbundna besök inom vården?” var frivillig. Svaren presenteras i fyra cirkeldiagram.



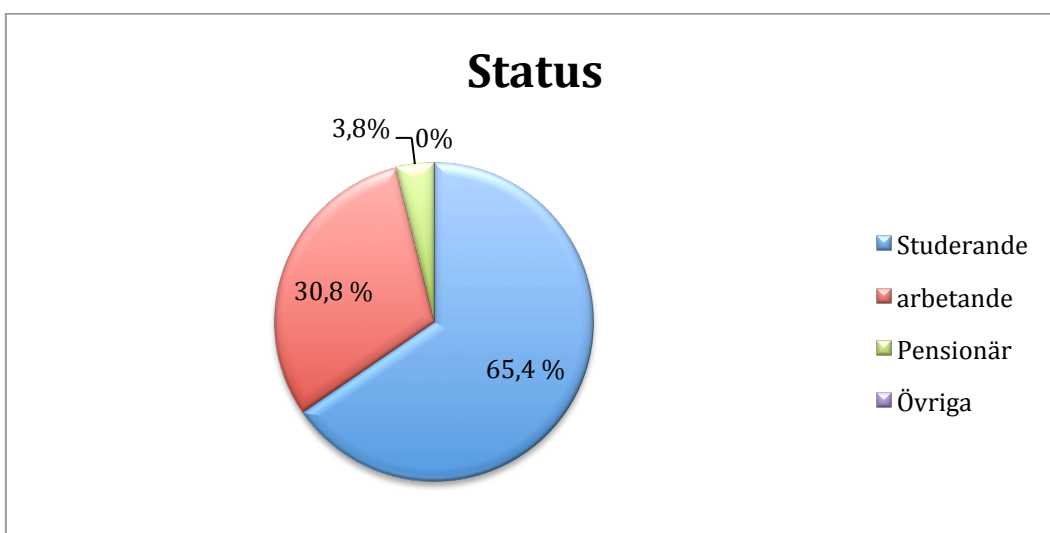
Figur 1 Kön

90,4 % (n=47) av de som svarade var kvinnor och 9,6 % (n=5) var män. (Figur 1).



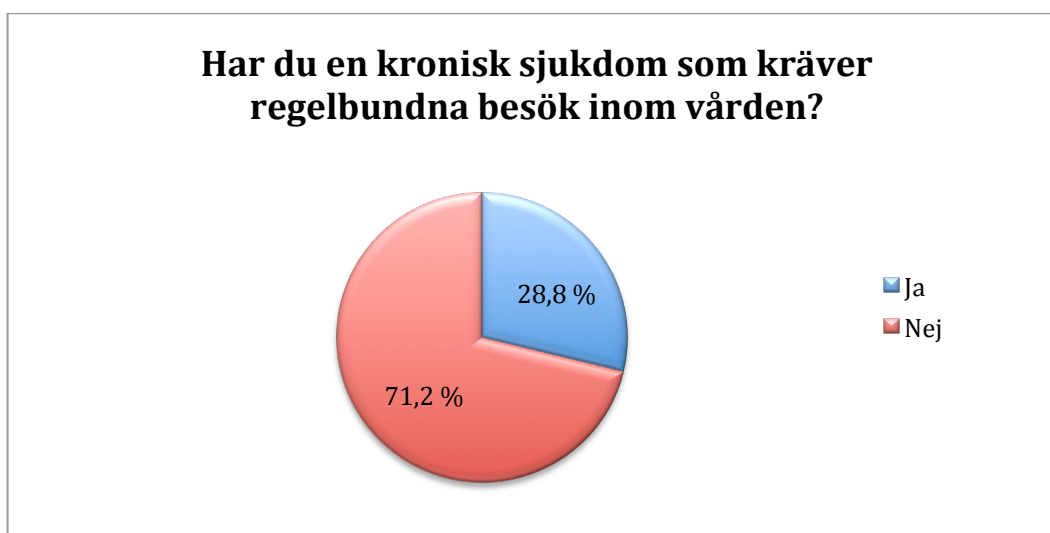
Figur 2 Ålder

Av de som svarade var 73,1 % (n=38) i åldern 15-24 år, 13,5 % (n=7) i åldern 25-49 år och 13,5% (n=7) i åldern 50-74. Ingen av de som svarat på enkäten hörde till kategorin 75-100 år.(Figur 2)



Figur 3 Status

Av de som svarade var 65,4% (n=34) studerande, 30,8 % (n=16) som var i arbetslivet och 3,8 % (n =2) som var pensionärer. Det fanns ingen i gruppen övriga. (Figur 3).



Figur 4 Har du en kronisk sjukdom som kräver regelbundna besök inom vården?

På frågan ” Har du en kronisk sjukdom som kräver regelbundna besök inom vården svarade 28,8 % (n=15) ja och 71,2 % (n=37) nej.(Figur 4).

De som svarade på enkäten var i stort sätt kvinnor. Det var intressant att de flesta som svarat på enkäten var i åldern 15-24 vilket är ganska unga. Största delen av informanterna hörde också till gruppen studerande. Vad gäller kronisk sjukdom så var det nästan en fjärdedel av informanterna som hade regelbundna besök inom vården.

7.2 Resultat av öppna frågorna

I den öppna delen av enkäten besvarades fyra frågor. Två tangerade det positiva i ett bemötande ” Hur vill du bli bemött av en vårdare?”, ”Vad gör att ett bemötande är bra/positivt” och två det negativa i ett bemötande ” Hur vill du inte bli bemött av en vårdare?”, ” Vad gör att ett bemötande är dåligt/negativt?”. De öppna frågorna har analyserats med hjälp av innehållsanalys. Svaren har läst igenom flera gånger för att få en bättre överblick. Texten har sedan delats in i meningsenheter och sedan kodats. Koderna och meningsenheterna har i sin tur bildat teman, kategorier och under kategorier.

Resultatet från kodningen av texten finns som bilaga 2 i slutet av arbetet. Där kan man se att det blev ett övergripande tema: **Positivt eller negativt bemötande**. Man kunde kanske valt att ha dem som två teman men kategorierna,

subkategorierna och koderna gick så in i varandra att det var enklare att koda dem som ett och sedan se på de negativa och positiva i varje kategori. Det blev fyra huvud kategorier och åtta subkategorier. I kategorierna **Attityd**, **respekt** och **resurs** kan man se att det finns en mer tydlig fördelning mellan positiv och negativt bemötande. Den fjärde kategorin är **kommunikation**.

7.2.1 kommunikation

I denna kategori tog jag fasta på det verbala och ickeverbala i kommunikation. Många av informanterna poängterade vikten av att få betjäning på sitt eget modersmål. Det viktiga var inte att vårdaren pratade en perfekt svenska utan att de försökte. Att vårdaren hälsade ordentligt och små pratade, använde små vänliga ord och kanske skämtade gjorde att bemötandet blev en positiv upplevelse. Man uppskattade också att vårdaren visade att hen lyssnar till det patienten har att säga.

”Pratar mitt modersmål, även om de har svårt att prata svenska”

”Som svensk språkig vill man gärna ha betjäning på svenska. Det uppskattas alltid när en finskspråkig vårdare visar att hen vill betjäna på svenska.”

”En ordentlig hälsning”

”små vänliga ord som ”Hej, tack, ha en trevlig fortsatt dag”

”När vårdaren lyssnar på vad man har att berätta.”

Det upplevdes som dåligt bemötande att vårdaren inte ens försökte eller vägrade byta till patientens språk. Några hade upplevde till och med att de inte fick den information de behövde utan möttes istället av tystnad. Man upplevde också det som dåligt och oönskat bemötande att vårdaren talade med korta svar, använde ett irriterat eller elakt tonfall när de talade. Att vård personalen pratade överhuvudet, bakom ryggen på patienten eller använde medicinska ord gjorde också att bemötandet blev negativt

”Om de inte ens försöker prata patienten modersmål”

”Finskspråkiga som inte pratar svenska och på det sättet är tyst och inte berättar något.”

”Då man inte blir bemött på sitt eget modersmål, de är rent sagt elakt mot en då man inte kan finska”

”Med korthuggna svar”

”talar med elakt tonfall”

”vårdare talar över huvudet”

Vårdarna talar mycket i medicinska termer”

Små saker i kroppsspråket kunde vara avgörande för om ett bemötande skulle upplevas som positivt eller negativt. Att se i ögonen eller inte visade sig vara något som kunde avgöra hur bemötande upplevdes. Att vårdaren log uppskattades och kunde kännas uppmuntrande medan att skratta kunde både upplevas som något bra men också som något dåligt. Att visa sura miner, grimasera, fnysa och sucka hade en direkt negativ inverkan på bemötandet. Att titta på klockan togs också som en negativ gest.

Positivt bemötande:

”Ett leende och ögonkontakt”

”Att de kollar i ögonen då man pratar”

”Ser glad ut. Möter mig med blicken.”

”Att vårdaren faktiskt ser mig i ögonen och lyssnar på vad jag säger”

Negativt bemötande:

”Sura miner och vårdare som inte ens vill titta en i ögonen”

”När personalen suckar eller fnyser”

”Fnysee, skrattar”

7.2.2 Attityd

I frågan ”Hur vill du bli bemött av en vårdare?” och ”Vad gör att ett bemötande är bra/positivt?” fanns något av orden vänlig och trevlig med för nästan alla. Orden vänlig och trevlig är ganska breda ord som innehåller många meningar i sig själva. I SAOB (Svenska akademins ordbok, 2016) så betyder adjektivet vänlig ”som visar positiv inställning med ord, gester och ev. handling”. I de frågor som tangerade det

dåliga eller negativa i ett bemötande var ordvalen betydligt bredare. Att visa en negativ, dålig, överlägsen attityd kan tänka sig vara motsatser till vänlig och trevlig. Många hade tagit fasta på att om vårdaren nonchalerar, är nedlåtande, ignorerar eller till och med inte visa något intresse för patienten leder det till ett negativt bemötande.

Positivt bemötande:

”Trevlig, hjälpsam, positiv attityd.”

”På ett vänligt förståeligt sätt.”

”Om man lyssnar på patienten och är trevlig.”

Negativt bemötande:

”Nonchalant och otrevlig attityd.”

”Kylig och med en dålig attityd, nedvärderande.”

”Nedvärdering är kanske de negativaste sättet.”

7.2.3 Respekt

Att bli tagen på allvar var mycket viktigt. Att vårdarna visar att de tror på vad patienten säger och inte för minskar eller förfinar är viktigt. Flera tar upp exempel där vårdarna inte tror att de har smärta eller att vårdpersonal säger att de inbillar sig, de vill inte heller höra att de bara skall gå hem och ta en värktablett eller att det är helt normalt, det går över. Att känna att vårda respekterar det man säger gjorde också att informanterna kände en trygghet och förtroende för vårdaren, de kände att de var värdefulla och att de hade ett människovärde. Respektlöshet i sin tur gjorde att informanterna kände sig otrygga och bemötande var genast negativt.

Positivt bemötande:

”jag vill bli tagen på allvar och mötas med respekt.”

”Att jag känner mig respekterad och värdefull.”

”Som en människa med värdighet. Då vårdaren gör att man inte behöver ha dåligt samvete eller behöver skämmas över att man sökt vård.”

Negativt bemötande:

”Att man inte blir tagen på allvar.”

”Inte bemöter patienten respektfullt.”

”Tror inte på det man berättar.”

”Som om jag inte visste vad jag talade om, även om det gäller mig själv.”

”Att den inte tar ens symtommer på allvar utan säger att man bara ska gå hem, det går över.”

7.2.4 Resurs

Att som patient känna av att vårdare eller vårdsituationen var på något sätt stressad var enbart negativt. Man vill ha tid på sig att kunna förklara och berätta den situation man befinner sig i utan att någon ser på klockan. Som patient kände de sig också som ett till stress moment och att de var ett problem i vårdarens arbete. Stressen tar sig uttryck i att informanterna kände att de bara blev hastigt omskötta, de tog för mycket tid av vårdaren och att de bara var en i mängden. Någon hade upplevt att stressen gjorde vårdarna bryska, hårdhänta och att de inte hade tid att förklara för patienten situationen på ett sätt som var förståeligt för patienten.

”Jag ska få ta tid på mig att prata och förklara min situation.”

”Att stressen som personalen upplever tar sig uttryck i hårda nypor, hackiga rörelser.”

”Det värsta är nog om en vårdare får en att känna sig till besvär.”

”Om man märker att man blir skött bara hastigt för att vårdarna ska få slut på en kö och du inte riktigt hinner diskutera ditt ärende ordentligt.”

”Att det är hektiskt och att vårdaren stressar igenom situationen.”

”Känsla av att jag är bara till besvär.”

8 Tolkning

I detta kapitel kommer resultatet från enkätstudien att tolkas mot arbetets teoretiska utgångspunkt, tidigare forskning och teori som tagits upp i arbetet. Frågeställningarna ”Hur vill patienterna bli bemötta inom vården” samt ”vad gör att ett bemötande är positivt eller negativt?” kommer att användas som rubriker.

8.1 Hur vill patienterna bli bemötta

Orden vänlig och trevlig fram kom som de mest önskade sätten att bli bemött på enligt denna forskning. Även i forskningen gjord av Finch (2006) var dessa särdrag mest uppskattade. Att bli bemött på ett vänligt sätt är det första stadiet i Halldorsdottirs (2006, s. 34) teori om *connection* där vårdare och patient sträcker sig mot varandra. Informanterna önskade också att bli respekterade och tagna på allvar när de söker sig till vården. Detta tog även Skär och Söderberg (2012) fasta på där patienterna upplevde att deras symptom inte togs på allvar vilket ledde till att de inte fick den information de kände att de behövde samt saknad av tillit till vårdarna.

Att bli tagen på allvar och att vårdaren tror på det som patienten säger ger patienterna tillit att vårdaren är på hans sida och att de tillsammans kan klara av att reda ut situationen. Patienterna önskar ärlig information på ett lättförståeligt sätt. Enligt Halldorsdottirs teori handlar detta om det andra och tredje steget där båda parterna delar med sig samt patienten känner en anknytning till vårdaren. Liksom i Finch (2006) studie så kunde man även i denna se vikten av att vårdaren visade ett genuint och personligt intresse för informanterna för att bemötandet skulle upplevas som positivt. Många av informanter tog också upp vikten av ögonkontakt och att vårdaren såg glad ut och log som ett önskat särdrag i bemötandet. Enligt Enqvist (2007, s. 418) som tas upp i teori delen mötet, beskriver han hur vi på ett enkelt sätt bekräftar varandra genom att hälsa och se varandra i ögonen. Halldorsdottir (1996, s. 34) poängterar hur vi genom bekräftelse och tillit uppkommer till det fjärde stadiet i *connection*.

Att få betjäning på sitt eget modersmål var en mycket viktig sak för många av informanterna. I teorin om kommunikation tar Backlund (2006, s. 33-36) upp

vikten av en god kommunikation för att upprätta en god relation. Han talar om hur vi i formella situationer känner oss otryggt och som någon dragit vårt skydds nät undan våra fötter. När patienten kan tala sitt eget modersmål och uttrycka sig på ett bra sätt blir den obekväma, formella situationen lite enklare. Detta kan också kopplas till det femte stadiet i Halldorsdottirs teori om *connection* där man uppnått en professionell intimitet där man vågar dela med sig även de svåraste sakerna.

8.2 Vad gör att ett bemötande är positivt eller negativt?

Något som tydligt kom fram som skilde ett bemötande från positivt eller negativt var stämningen i kommunikationen. En vänlig, trevlig vårdare som lyssnar, små pratar, ler och talar patientens modersmål utstrålar positivt bemötande. Vad gäller negativt bemötande lyfte informanterna fram dålig attityd, ignorering, arrogans, otrevlig och att vårdaren nonchalerade patienten. Vårdaren kanske till och med suckade, fnös eller skrattade åt patienten. I forskningen Wessel (2013) gjorde var största orsakerna till att patienterna gjort klagomål just detta, att de hade blivit behandlade med respektlöshet, nonchalans och arrogans. Halldorsdottir (2006, s. 35) kallar detta för *uncaring*. Hon beskriver hur vårdarna upplevs som ointresserade, arroganta och patienterna tappar förtroende för vårdarna.

Vad som också togs fram i det negativa bemötande var stressen. Att vårdaren brådsnade igenom mötet och tittade på klockan inte gav tid för patienten att berätta vad problemet var. Vårdarna svarade kort och informanterna känd sig som en i den långa kön som fort måste checkas av. Många kände också att de var till besvär eller som ett till stress moment i vårdarens arbete. Detta resulterar i att det byggs en mur som Halldorsdottir (2006, s. 31-32) kallar det mellan vårdaren och patienten och som upplevs som negativt.

9 Kritisk granskning

I detta kapitel görs en kritisk granskning av examensarbetet och enkäten. Här funderar jag över om arbetet kunnat göras på ett annat sätt och om resultatet är tillförlitligt. Som hjälp i denna process har jag använt Olsson & Sörensen (2011).

9.1 Reliabilitet

Reliabilitet innebär hur bra tillförlitlighet en mätning har. Blir svaren samma om någon annan utgör samma mätning med samma instrument. Detta kan man testa på olika sätt. Man kan använda sig av test-retest- metoden, split-half-metoden eller olika ”blinda-metoder”. Om ett resultat har hög reliabilitet innebär detta inte att resultatet har hög validitet medan hög validitet oftast innebär hög reliabilitet. (Olsson & Sörensen, 2011, s. 123).

Innan jag satte ut enkäten på nätet bad jag några närstående samt handledaren att läsa igenom enkäten och berätta för mig hur de skulle svara på frågorna. Om det var något oklart kunde jag ändra det innan jag valde att publicera enkäten. På detta sätt kunde jag kontrollera att frågorna motsvarade den information jag önskade få.

52 informanter svarade på enkäten. Oftast för att veta hur omfattande en forskning varit brukar man ha svars procent med. I denna undersökning går det dock inte att säga hur hög svars procenten var eftersom jag inte känner till hur många som hade möjlighet att svara på enkäten. I denna studie är det bara antalet svar som räknas.

För att ännu försäkra mig om att alla skulle uppfatta ordet bemötande på samma sätt hade jag kort beskrivit ordet med egna ord samt get SAOB:s beskrivning av ordet. Jag hade också valt att använda mig av synonymerna dålig-negativ och bra-positiv för att försäkra mig om att alla informanter skulle förstå vad jag strävade efter. Svaren som kommit in var mycket lika varandra vilket gav en bild av att de som deltagit förstått frågorna på samma sätt.

På några av frågorna hade informanter svarat ”samma som föregående”. Detta skapade lite problem eftersom alla svaren på en fråga sammanställdes på ett papper. Alla svaren hade dock sparats i google doc som enligt fråga och enligt svarare så det gick att söka fram det rätta svaret. Detta gav ändå inte riktigt ett pålitligt svar eftersom de svarat samma sak på två olika frågor. Alla svaren lästes igenom flera gånger och etapp vis delades in i olika kategorier enligt innehållsanalysens riktlinjer.

Alla utom en informant hade svarat på alla frågorna. Informanten hade valt att inte svara på frågan om ”Vad gör att ett bemötande dåligt/negativt?”. Detta påverkade ändå inte resultatet åt något håll eftersom svaren annars var enhetliga.

9.2 Validitet

Med validitet kontrollerar man hur noggrant ett mätinstrument mäter det man önskar mäta. En hög validitet innebär att man med hög säkerhet kan säga att något är på ett visst sätt. Frågan ”hur gammal är du” anses ha hög validitet i länderna eftersom man kan kontrollera när man är född ur tex. patient journalen. I u-länder har frågan inte samma höga validitet eftersom det kanske inte finns några bevis på vilket år någon är född.(Olsson & Sörensen, 2011, s. 124).

52 informanter hade svarat på enkäten. Detta var en ganska hög siffra för en kvalitativ forskning med öppna svar. Att bearbeta 52 svar med hjälp av innehållsanalys är ett stort arbete men i denna enkät var svaren korta, bara någon mening, vilket då komparerades med mängden.

Att hitta bakgrund information om ämnet bemötande var aningen problematiskt. Detta berodde på att ordet bemötande inte har någon direkt engelsk översättning. När man väl hittade de rätta sök orden fanns det från tidigare många liknande studier. Detta gjorde att resultatet från denna studie kunde trovärdigt tolkas mot tidigare studier. Artiklarna som användes granskades noga för att se att de fyllde de kriterier en vetenskaplig artikel bör, sådana som inte uppfyllde kraven användes inte i arbetet.

9.3 Etik

Etik har varit en viktig del av detta arbete. Det material som används för att utforma bakgrund, teoretisk bakgrund samt tidigare forskning har noggrant hänvisats till källförteckningen och original litteratur samt författare. Det material som använts har noggrant omformulerats för att inte ändra innehållets betydelse men ändå inte plagiera materialet.(Forsknings delegationen 2012).

I informationsbrevet kom det tydligt fram vem som gjort enkäten och för vilket ändamål materialet skulle användas. Det poängterades att deltagandet i enkäten var helt frivilligt och att man kunde avbryta deltagandet i forskningen när som helst. Det kom också tydligt fram att alla som delta är helt anonyma och att ingen kan spåra vem som svarat vad i enkäten.(Forsknings delegationen 2012).

Allt material som uppstod från enkäten har uppbevarats enligt etiska principer. Det fanns inga namn eller kännetecken för att kunna spåra vem som svarat på enkäten. Ingen utomstående har haft tillgång till enkät svaren eller läst igenom det som svarats. Känsligt material förstördes efter att arbetet var färdigt.(Forsknings delegationen 2012).

Vad gäller etiska principer fanns det ändå en svacka som inte gick att påverka. Eftersom enkäten var publicerad på Facebook kommenterade en del informanterna att de hade svarat på enkäten. Detta var något de gjorde frivilligt. Jag eller någon annan kan inte se vilket svar som är hör till vem men alla kunde se att denna hade svarat på enkäten.(Forsknings delegationen 2012)

10 Diskussion

Syftet med detta examens arbete var att undersöka vad patienter tycker är positivt negativt i ett bemötande. Tidigare forskningar jag hittat hade ganska långt tangerat samma ämne. I de tidigare forskningarna hade man dock använd sig av fasta svars alternativ där informanten bara kryssade i färdigt utvalda svar. Jag har därför valt att göra en undersökning med öppna frågor. Jag ville på detta sätt påverka informanternas svar så lite som möjligt. Informanterna hade fria händer

att skriva det som de tolkade som positivt eller negativt bemötande och var inte bundna till det jag eller någon annan tänkte som positiv/negativt bemötande.

Att göra enkäten med hjälp av google doc fungerade bra. Det var ett lätt program att använda och lämpade sig för denna undersökning perfekt. Det krävdes förstås en hel del tålamod i början eftersom jag aldrig använt programmet tidigare och viste inte hur det fungerade. Svaren kom direkt i programmet och kunde ordnas efter fråga eller svarare. Det fanns inte heller någon möjlighet för mig att spåra de som svarat vilket gjorde det enkelt att hålla det inom de etiska principerna. Jag var också mycket nöjd med enkätens slutliga format. Det var enkelt och lätt förståeligt.

Att sätta ut enkäten på Facebook tyckte jag var ett lätt sätt att nå många personer. På detta sätt fick jag också en så bred undersökning som möjligt eftersom underlaget inte var begränsad till någon speciell avdelning, sjukdom eller område. Om man önskat ännu större utbredning kunde man möjligtvis ha frågat några bekanta att dela länken så skulle man ha fått en ännu större utsträckning. För min del fick jag ändå tillräckligt med svar så hade inte behov av detta. Jag är mycket nöjd med antalet svar jag fick. Hade förväntat mig att jag skulle ha enkäten ute några veckor, men redan efter en vecka hade jag fått ett så stort antal svar att jag stängde länken till frågeformuläret.

Vid analys av de fasta frågorna var jag ganska överraskad över vem som hade svarat. Om man blandar ihop alla som hade svarat och skulle ta ut en medeltals informant så skulle det vara en ung kvinna under 25 år som studerar och lider av en kronisk sjukdom som kräver regelbundna besök inom sjukvården. Man kunde kanske tänka sig att studera detta lite mera i någon annan forskning i framtiden.

Vad gäller öppna frågornas resultat så var det ganska långt det som jag förväntat mig, inga större överraskningar. Bemötandet är något mycket individuellt men man kan ändå se att alla har vi i grunden samma tankar om hur vi önskar bli bemötta inom vården. Man önskar att vårdarna är vänliga, trevliga att de tar ögonkontakt och ler. Att lita på det som patienten berättar är mycket viktigt. Inom vården blir man ibland blind för detta fenomen. Man vet att det finns patienter som tar värkmedicin fast de kanske inte borde men om någon söker hjälp för att de har smärta borde man alltid ta detta på allvar.

Jag tyckte jag hade hittade bra bakgrund information en passande teori och en bra analysmetod. När man ser tillbaka på hela processen så kan man konstatera att det inte har varit direkt enkelt. Det har varit mycket stressigt och jag har inte känt att jag från början hade den kunskap jag behövde för att utföra arbetet. Genom att läsa gamla examens arbeten och fråga har alla problem ändå löst sig. Det har ändå varit en mycket intressant och lärorikt lärorik process sist och slutligen.

11 Källförtäckning

Backlund, B., 2006. *Inte bara ord*. Lund: studentlitteratur.

Blennerberg, E., 2013. *Bemötandets etik*. Lund: Studentlitteratur

Denscombe, M., 2009. *Forskningshandboken: För småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. 2nd edn. Lund: Studentlitteratur.

Erikson, U. & Svedlund, M. 2007. Struggling for confirmation – patients' experiences of dissatisfaction with hospital care . *Journal of Clinical Nursig*, 16 (3), s. 438-446.

Ejlertsson, G. 2005. *Enkät i praktiken: En handbok i enkätmetodik*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Ejvegård, R. 2003. *Vetenskaplig metod*. (3. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Enqvist, B., 2007. Utlämnad, liten, sårbar. i: B. Fossum red. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.

Finch, L. P. 2006 .‘Patients’ communication with nurses: relational communication and preferred nurse behaviors’, *International journal for human caring*, 10(4), pp. 14–22.

Forskningsetiska Delegationen, 2012. *God vetenskaplig praxis och handläggning av misstankar om avvikelser från den i Finland*. Helsingfors: Forskningsetiska Delegationen

Gustavsson, L-K., Snellman, I. & Gustavsson, C. 2013. The meaningful encounter: patient and next-of-kin stories about their experience of meaningful encounters in health-care. *Nursing Inquiry*, 20 (4), s 363-371.

Halldorsdottir, S., 1996. *Caring and uncaring encounters in nursing and health care-developing a theory*. Linköping: Avhandling för medicine doktorsexamen. Linköpings universitet, Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences.

Henricson, M. (red). (2012). *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom omvårdnad*. Studentlitteratur AB: Lund.

Jakobsson, U. 2007. 'Möten och bemötande i hälso- och sjukvården', *socialmedicinsk tidskrift*, 84(6), pp. 541–548.

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L., 2001. Laadulliset hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa: S. Jahkonen, & M. Nikkonen toim. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

McCabe, C. 2004. Nurse–patient communication: an exploration of patients' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13 (1), s. 41–49.

O'Hagan, s., Manias, E., Elder, C., Pill, J., Woodward-Kron, R., McNamara, T., Webb, G. & McColl G. 2014. What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *Journal of Advanced Nursing*, 70 (6), s. 1344-1356.

Olsson, H. & Sörensen, S. 2011. *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Stockholm: Liber.

Skär, L. & Söderberg, S. 2012. Complaints with encounters in healthcare – men's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 (2), s. 279-286.

Stål, R., 2008. Vårdkommunikation och dess fokus. i: R. Stål red. *Vård kommunikation: i teori och praktik*. Lund: studentlitteratur.

Svenska akademien, 2016. *Svenska akademins ordbok*. [online].

<http://www.saob.se/>

[hämtat: 21.4.2016].

Wessel, M. (2013) 'Rätt medicin räcker inte - gott bemötande också viktigt', *Medicinsk Vetenskap*, 2(2013), pp. 24–25.

Finlands författningssamling

Lag om patientens ställning och rättigheter 17.8.1992/785. www.finlex.fi [hämtat: 11.1.2016].

Enkätundersökning i patientbemötande

Jag heter Helena Björklund och studerar till sjukskötare vid yrkeshögskolan NOVIA i Vasa. Jag håller på att skriva mitt examensarbete där jag undersöker hur människor vill bli bemötta inom vården.

Jag önskar att med denna enkätundersökning kunna hjälpa och föra fram ny kunskap och nya upplysningar m hur patienter önskar bli bemötta inom vården. Jag vill veta vad som gör att patienter/klienter känner att bemötandet av vårdpersonalen var en positiv eller negativ upplevelse. Jag hoppas kunna förbättra bemötandet och göra vård situationerna bekvämare för såväl sjukvårdspersonalen som för patienterna. Att svara på enkäten tar ca 15 min.

Jag skulle vara mycket tacksam om du kunde svara på denna enkät och på så sätt vara med och förbättra bemötandet inom vården. Det är också viktigt att du som svarar på enkäten vet att du kommer att vara helt anonym och att du kan avbryta när som helst, det är helt frivilligt att delta. Jag kommer inte att veta vem som har svarat vad och jag kan inte spåra dig på något sätt. Ingen annan kommer att ha tillgång till svaren utom jag och jag kommer heller inte att visa svaren till någon annan. Resultatet av undersökningen kommer att publiceras i mitt examensarbete.

Tack för ditt deltagande!

Med vänlig hälsning Helena Björklund

Handledare Anna-Lena Nieminen

* Obligatoriskt

Bakgrunds information

Markera endast en

1. Kön*

Kvinna

Man

2. Ålder*

15 - 24 år

25 - 49 år

50 - 74 år

75- 100 år

3. Status*

Studerande

Arbetar

Pensionär

Övrigt _____

4. Har du en kronisk sjukdom som kräver regelbundna besök inom vården?

ja

nej

Bemötande

Med denna undersökning vill jag alltså veta hur patienter/klienter inom vården förväntar sig att bli bemötta när de söker vård. Det finns säkert saker som du tycker att gör ett bemötande bra eller dåligt? Du kan tänka på ett bemötande du fått i verkligheten som var bra/dåligt eller bara skriva hur du önskar/inte önskar bli bemött av en vårdare.

Bemötande betyder: uppträda mot, möta, ta emot, behandla

5. Hur vill du bli bemöt av en vårdare?

6. Vad gör att ett bemötande är bra/positivt?

7. Hur vill du inte bli bemöt av en vårdare?

8. Vad gör att ett bemötande är dåligt/negativt?

Tabell för innehållsanalys kodning

Tema	Kategorier	subkategori	koder
Positivt eller Negativt Bemötande	Kommunikation	Verbal	Språk
			Ton
		Icke-verbal	ögonkontakt
			Miner
	Attityd	Positiv	Trevlig
			Vänlig
			empatisk
			intresserad
		Negativ	Arrogant
			Nonchalant
			Nedlåtande
			Ointresserad
	Respekt	Lita på	Tillit
			Förtroende
			trygg
			Värdigt
			Ta på allvar
		Misstro	otrygg
			respektlös
	Resurser	Tid	Lugn
Lyssnar			
Tids brist		Stress	
		Brådska	
		Lyssnar inte	
		opersonlig	