

Bemötande på en hälsostation

-En kvalitativ intervjustudie

Rose-Marie Lähdeaho

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Vård
Identifikationsnummer:	3348
Författare:	Rosie-Marie Lähdeaho
Arbetets namn:	Bemötande på en hälsostation En kvalitativ intervjustudie
Handledare (Arcada):	Marianne Tast
Uppdragsgivare:	Esbo Living Lab Innovations- projekt (Elli), Arcada
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta examensarbete är en kvalitativ studie om bemötande på en hälsostation. Syftet med studien är att få reda på hur patienterna på en hälsostation önskar bli bemötta av vårdarna och läkarna. Studien är avgränsad och kommer att granska bemötande från patientens synvinkel. Studiens frågeställningar är: ”Hurdant bemötande vill patienterna ha?” och ”Vad är viktigaste i bemötande?”. Den teoretiska referensram som används är Simon Roach fem c:n, d.v.s. compassion (medkänsla), competence (kompetens), confidence (förtroende), conscience (samvete) och commitment (förbindelse). Dessa begrepp bildar tillsammans omsorg. Data insamlas genom kvalitativ tema intervju. Fem informanter deltog i studien. Informanterna är personer som bor i Esbo. Intervjuerna spelades in på en bandspelare och transkriberades. Intervjumaterialet analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys. Resultatet delades in i teman som växte fram till kategorier utgående från frågan ”Vad är bemötandet?” De sex kategorierna som senare valdes att granskas mer noggrant var; non verbal kommunikation, språk, tidsanvändning, professionell, icke professionell och lyssna. Resultatet visar att ögonkontakt, personkemi och kroppsspråket är viktigt i non verbal kommunikation. I studien kunde det konstateras att det spelar en roll hur vårdpersonalen talar, vilket språk de använder, om de talar mycket dialekt eller använder mycket medicinska termer. Stress, varierande tid och effektivitet är sådant som inverkar på tidsanvändningen. Saklighet, personlighet och individualitet inverkar också på yrkesrollen. Oartighet, brist på intresse och slarvighet ger en bild av icke professionalism.</p>	
Nyckelord:	Bemötande, Möte, Patient, Hälsostation, Elli-projektet, Patientens tankar om bemötande.
Sidantal:	54+ bilagor
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Nursing
Identification number:	3348
Author:	Rose-Marie Lähdeaho
Title:	Treatment on a health center A qualitative interview study
Supervisor (Arcada):	Marianne Tast
Commissioned by:	Esbo Living Lab Innovations- project (Elli), Arcada
<p>Abstract:</p> <p>This thesis is a qualitative study of treatment at a health center. The study aims to find out how patients at a health center wishes to be treated by nurses and doctors. The study is limited to reviewing the response from the patient's point of view. The study questions are: "What kind of treatment would patients want?" and "What is important in treatment?" The theoretical framework used in this study is Simon Roach five Cs, ie. Compassion, competence, confidence, conscience and commitment. Care will be formed from these concepts. Data was collected through a qualitative theme interview. Five informants participated in the work. The informants are people who live in Espoo. The interviewers were recorded on a tape recorder and transcribed. The interview material was analyzed through a qualitative content analysis. The results were divided into themes that emerged into categories based on the question "What is treatment?" The six categories of which later were to be examined more closely were; non-verbal communication, language, time management, professional, non-professional and listening. The results show that eye contact, personal chemistry and body language is important in non-verbal communication. In the study it was noted that it is important how caregivers speak, what language they use, if they speak dialect or use a lot of medical terms. Stress, varying time and efficiency are things that affect the time use. Objectivity, personality and individuality are things that effect professionalism. Discourtesy, lack of interest and sloppiness gives a look of unprofessionalism.</p>	
Keywords:	Responding, Meeting, Patient, Health center, Elli project, Patient view on treatment.
Number of pages:	54+ attachments
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Tunnistenumero:	3348
Tekijä:	Rose-Marie Lähdeaho
Työn nimi:	Kohtaaminen terveyskeskuksessa Laadullinen haastattelu tutkimus
Työn ohjaaja (Arcada):	Marianne Tast
Toimeksiantaja:	Esbo Living Lab Innovations- projekti (Elli), Arcada
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä opinnäytetyö on laadullinen tutkimus kohtaamisesta terveyskeskuksessa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten potilas haluaa tulla kohdelluksi terveyskeskuksessa. Tutkimus on rajattu ja tarkastelee vastausta potilaannäkökulmasta. Tutkimuksen kysymykset ovat: "Millaista hoitoa potilaat haluavat?" ja "mikä on tärkeintä kohtelussa?". Teoreettisena viitekehysenä on käytetty Simon Roachin viisi C:tä, eli compassion (myötätunto), competence (osaaminen), confidence (luottamus), consience (omantunto) ja commitment (sitoutuminen). Yhdessä nämä käsitteet muodostavat huolenpidon. Tiedot kerätään laadullisen teemahaastattelun kautta. Viisi, Espoossa asuvaa, haastateltavaa osallistui tutkimukseen. Haastattelut tallennettiin nauhurille, jotka myöhemmin kirjoitettiin puhtaaksi. Haastatteluaineisto analysoitiin käyttäen laadullista sisällön analyysia. Tulokset jaettiin teemoihin, jotka jakautuivat luokkiin perustanaan kysymykset "Mitä tarkoittaa kohtelu?" Kuusi ryhmää joita päätettiin tutkia tarkemmin olivat: sanaton viestintä, kieli, ajanhallinta, ammattimainen, epäammattimainen ja kuunnella. Tulokset osoittavat, että katsekontakti, henkilökohtainen kemia ja kehonkieli on tärkeää sanattomassa viestinnässä. Tutkimuksessa todettiin, että sillä on merkitystä kuinka hoitajat puhuvat, käyttävätkö he paljon murretta ja lääketieteellisiä termejä. Stressi, vaihteleva aika sekä tehokkuus vaikuttavat ajankäyttöön. Objektiivisyys, persoonallisuus ja yksilöllisyys vaikuttavat ammattimaisuuteen. Epäkohteliaisuus, välinpitämättömyys ja huolimattomuus antaa epäammattimaisen kuvan.</p>	
Avainsanat:	Tapaaminen, Kohtaaminen, Potilas, terveysasema, Elli projekti, Potilaan näkemys tapaamisista.
Sivumäärä:	54+ liitteet
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

Förord

1	Inledning.....	9
2	Bagrund.....	10
3	Syfte och Fågestälning	11
4	Tidigare forskning	12
4.1	Kommunikationen med patienten.....	13
4.2	Individuellt möte med patienten	14
4.3	Språk kunskaper.....	16
4.4	Bemötande av anhörig i vården	16
4.5	Användning av datorn i vården.....	17
4.6	Non-verbal kontakt med patienten	17
4.7	Vårdrelationen till patienten.....	19
4.8	Sammanfattning	20
4.8.1	<i>Positiva faktorer i bemötande.....</i>	<i>20</i>
4.8.2	<i>Negativa faktorer i bemötande</i>	<i>21</i>
5	Teoretisk referensram, Simone Roach five c´s	22
6	Metod.....	25
6.1	Intervju.....	26
6.2	Informanterna och intervjun i denna studien	27
7	Analysmetod	28
7.1	Kvalitativ innehållsanalys	28
7.2	Induktiv studie.....	29
8	Etiska riktlinjer	29
9	Resultatsredovisning	31
9.1	Non-verbala kommunikation.....	31
9.2	Språk	34
9.3	Tidsanvändning	36
9.4	Professionell	38
9.5	Icke professionell.....	40
9.6	Lyssna	42
10	Tolkning.....	43
11	Avslutning	46

11.1	Diskussion	47
11.2	Kritisk granskning	49
	Källor	52-54

Bilagor

Bilaga 1. Litteratur sökningen.

Bilaga 2. Hur kategoriseringen gick till.

Bilaga 3. Informant brev.

Bilaga 4. Informerat samtycke.

Bilaga 5. Intervju temaguide.

Figurer

Figur 1. Non-verbal kommunikation	31
Figur 2. Språk	34
Figur 3. Tids användning	36
Figur 4. Professionell	38
Figur 5. Icke professionell	40

FÖRORD

Jag vill tacka min handledare Marianne Tast för allt stöd jag fått under examensarbetsprocessen. Jag vill också tacka Kaj Eklund, Rikhard Lähdeaho och Jenny Lundqvist för språkgranskningen. Jag vill rikta ett stort tack till informanterna som deltog i studien till mitt examensarbete. Till sist vill jag tacka min familj och vänner som orkat stöda mig i den här processen.

Kyrkslätt, november 2011

Rose-Marie Lähdeaho

1 INLEDNING

Jag valde att vara med i ett projekt som går under namnet Elli (Esbo Living Lab Innovations, LL). Det är ett samarbetsprojekt mellan Esbo stad och yrkeshögskolan Arcada. Projektet är multiprofessionellt och det är meningen att projektet räcker i fem år. Projektet har följande utgångspunkter: klientcentrering, hälsofrämjande, utvecklande av nya verksamhetsformer och utnyttjande av modern teknologi. Idén med projektet är att man vill utveckla hälsostationerna och med hjälp av LL-metoder och skapa en framtids hälsostation som betjänar klienterna på bästa möjliga sätt, utgående från befolkningens egna behov. (Arcada Elli-projektet)

Det här är vad Elli projektet vill uppnå:

- ”-klienten är i centrum och får en kvalitativ och behovsprövad vård utan att köa
- arbetsfördelningen sekr utifrån kompetens och kunnande
- patientsäkerheten beaktas på alla nivåer
- hälsofrämjande präglar hela verksamheten där även tredje sektorn är involverad
- verksamheten utgår från principen om tidig rehabilitering
- IT-tekniken utnyttjas maximalt för att underlätta informationsgången och dokumentationen
- mångprofessionellt samarbete som fungerar
- personalutvecklingen sker kontinuerligt genom skolning och temadagar
- vården är evidensbaserad och utgår från rekommendationer
- ledarskapet är modernt”

(Arcada Elli-projektet)

Jag valde att gå med i Elli projektet för att det var ett nytt projekt och ramarna för vad man kunde skriva om var ganska breda. Som ämne valde jag bemötande för att jag tycker att det är särskilt viktigt i vårddyrket att man bemöter patienten rätt. Som avgränsning har jag valt att se på bemötande från patientens synvinkel eftersom jag vill få reda på hur patienterna vill bli bemötta på en hälsostation. Det är patienterna som vet hurdant bemötande de vill ha. Jag vill också ta reda på vilka faktorer som kan göra att patienterna inte tycker att deras bemötande blivit bra med vårdaren eller läkaren.

2 BAKGRUND

I det här kapitlet kommer jag att ta upp vad bemötande är, hur mötet mellan patient och vårdare inverkar på vårdsituationen.

Ett möte mellan vårdare och patient är det mest centrala i vårdrelationen hävdar Dahlberg (1994). Som vårdare borde man se patienten då den är på mottagningen och ha tid att diskutera med varje patient som om den vore unik.(Dahlberg 1994:62)

Relationen mellan vårdare och patient är mycket viktig. Det är genom vårdaren patienten kan uttrycka sig och får mer energi att orka. Patienten kan visa sina resurser för vårdaren om mötet mellan vårdare-patient är bra. I det äkta mötet mellan vårdare-patient är patienten inte bara en patient utan en unik person.(Dahlberg 1994:62f)

Relationen mellan vårdare och patient påverkas redan från det första mötet. Den första kontakten spelar en stor roll då det handlar om patienten får ett bra förtroende till vårdaren eller ej. Detta i sin tur påverkar den fortsatta vården.(Dahlberg 1994:64)

Vårdteoretikern Kati Eriksson beskriver vårdprocessen som det viktiga i patient- och vårdare- relationen. Vårdprocessen pågår nu och här. Det betyder att man vågar möta hela människan och stanna upp in för honom. Vårdprocessen följer med hela den tiden patienten blir vårdad. Alltså är bemötande en viktig del av vårdprocessen. Det är grunden till allt som sker i vården. I vårdprocessen är mötet mellan patient och vårdare mycket viktigt och det är därifrån vårdrelationen fått sin grund. (Eriksson 1992:18)

I Tina Nordmans kandidatexamen ”Står tiden stilla?” görs en empirisk undersökning om patienternas upplevelser om karitativ vård på sjukhuset. Nordman samlade in 42 patienters dagböcker i vilka hon bett dem skriva om sina upplevelser om besöket på sjukhuset. Nordman delade in alla dagböcker i fem grupper. I den ena gruppen behandlades hur man upplevt av möten. Det togs upp bemötande och möten mellan personal och patient i åtta av dagböckerna.

Det som togs upp var de olika relationerna inom vårdrelationen. Patienten kan känna sig

ensam om det inte finns någon relation till vårdaren som tar hand om en. Det finns många olika slag av bemötanden, allt från ytliga och formella till djupa och ingående. I det djupa bemötande känner sig patienten bekräftad och viktig i vårdrelationen. Det kan finnas en distans till vårdarna från patientens sida eftersom det är människor som man inte känner. Att man får individuell vård är viktigt. Vissa tyckte att de blir bemötta på annorlunda sätt och önskar att de skulle bli bemötta på samma sätt som alla andra. Att personalen kan lyssna och verkligen talar till patienten är viktigt. Vissa kände att deras röst inte blir hörd fastän patienten gjorde sig hörd. Att vårdarna tar i beaktande patienternas egen livsåskådning och individualitet är viktigt. Att vårdaren är vänlig och hjälpsam spelar en stor roll i bemötande. Det är många saker som man skall tänka på när man bemöter en patient som vårdare. Det viktiga är att man inte generaliserar varje patient utan ser den som en individ. (Nordman 1995:82ff)

3 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

I det här kapitlet behandlar jag syftet och frågeställningen för det här arbetet. Samtidigt granskar jag vilken relevans denna studie har för arbetslivet.

Syftet med studien är att få reda på hur patienterna på en hälsostation önskar bli bemötta av vårdarna och läkarna. Förhoppningsvis kan vi få vårdarna och läkarna att tänka på hur viktigt det första mötet mellan patient och vårdare är. Utgående från det här arbetet kan man få information om vad en liten del av patienterna tycker är viktigt i bemötandet.

Frågeställningarna är:

1. Hurdant bemötande vill patienterna ha?
2. Vad är viktigaste i bemötande?

4 TIDIGARE FORSKNING

För att hitta litteratur till litteratursökningen gick jag systematiskt igenom olika databaser. Jag gick också manuellt igenom litteratur i Arcadas bibliotek. Jag gjorde också sökningar på Kyrksläpps bibliotek men hittade inget användbart material. De databaser som gav mest relevanta artiklar var THL, Science Direct, Cinahl och Google Scholar. De sökord som jag använde mest var ”patients satisfaction” och ”health care center”. Med dessa sökord hittade jag de flesta artiklarna som användes i litteraturöversikten. Med de första sökningarna som jag gjorde om bemötande kom det fram mycket om hur vårdaren borde ta emot patienten från vårdarens sida. Det var inte riktig den relevanta litteraturen som jag sökte till det här arbetet. I andra sökningen som gällde vad patienterna tycker om vården och hur nöjda de är gav mera relevant litteratur. Vid något skede märkte jag att största delen av artiklarna beskrev vad patienterna tyckte om läkarnas bemötande. I den sista sökningen hittade jag litteratur om hur vårdarna bemöter patienterna. Jag läste igenom många artiklar och använde 13 artiklar till sist. De artiklar som blev valda handla om hur patienten ser på bemötande från olika synvinklar. Största delen av artiklarna som använts i litteraturöversikten var engelskspråkiga för jag hittade inte någon bra artikel på svenska om bemötande. Två av artiklarna var finskspråkiga. Den ena hade Stakes beställt och den andra var ”Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulla valtakunnallinen suositus”.

I bilaga 1 kan ses hur jag gjort sökningen av artiklarna och när sökningen är gjord. Sökningarna på olika databaser är gjorda från början av februari till början av mars.

Utgående från innehållet i artiklarna presenterar jag dem i följande kategorier:

- Kommunikationen med patienten.
- Individuellt möte med patienten.
- Språkkunskaper.
- Bemötande av anhöriga i vården.
- Användning av datorer i vården.
- Non-verbal kontakt med patienten.
- Vårdrelation till patienten.

4.1 Kommunikationen med patienten

De läkare och vårdare som kan kommunicera bra med sina patienter har nöjdare patienter som vill lyssna och själv följa direktiven som läkaren eller vårdaren ger. I Jensen et al. undersökning ville man utreda om det finns ett samband mellan låg inkomst hos patienten och patientens tillfredsställelse med vårdarens/ läkarens kommunikationsförmåga. Informanterna i den här undersökningen kom från olika etniska grupper och de hade olika utbildningar. (Jensen et al. 2010:30) De frågor som ställdes till patienterna i undersökningen var: Hur lyssnar läkaren/vårdaren på patienten? Förklarade läkaren/vårdaren så att patienten förstod? Respekterade läkaren/vårdaren vad patienten sade? Tillbringade läkaren/vårdaren tillräckligt med tid tillsammans med patienten? Svaren var att vårdaren/läkaren ofta lyssnade på patienten och att vårdaren/läkaren förklarade sakerna så att patienten förstod det. Vårdaren/läkaren respekterade alltid vad patienten hade att säga. Endast i bland spenderade vårdaren/läkaren tillräckligt med tid tillsammans med patienten. (Jensen et al. 2010:33)

Det framgick att patienter med låg inkomst och hög utbildning oftast var missnöjda med kommunikationen med sin läkare/vårdare. Det kan bero på att dessa patienter vet hur man skall bli mottagen och hur kommunikationen mellan vårdare och patient skall gå till. Läkarna kommunicerar inte tillräckligt bara med patienter som har en låg inkomst. (Jensen et al. 2010:34f)

En artikel som behandlar patientaktivitet (Deen et al. 2010) konstaterar att patienter från minoritetsgrupper har svårare att möta en läkare och kommunicera med dem. Det har visats sig att människor som har låg inkomst inte riktigt orkar sätta sig in i hälsovården och ta hand om sig själv. Patienter som ställer mera frågor och har tagit reda på om orsaken till sina symptom innan de kommer till läkaren känner sig starkare och säkrare på sig själv, vilket leder till att de är nöjda med mötet med sin läkare och kommunikationen med denne.

De patienter som inte riktigt brydde sig om hälsovården och sin egen hälsa fick en starkare känsla av att de är delaktiga i vården och blev nöjda med patient-läkar-kontakt då man satte sig ner med dem och tänkte ut frågor som de skulle kunna fråga av

läkaren då de var på läkarmottagningen. (Deen et al. 2010:1ff)

Bra kommunikation mellan vårdare och patient är en av de centrala aspekterna i vården. Det är viktigt att man har en patient centrerad vård. I brittiska regeringen tycker man att det är mycket viktigt att i vården behövs det samarbete och partnerskap mellan patienter och vårdare. Denna förändring har gjort att man har börjat och tänka på kommunikationens betydelse. Man gjorde den här undersökningen på fältet för att få den rätta bilden av hur kommunikation mellan patient och vårdare är. I den här undersökningen så använde man sig av samtalsanalys för att få fram vårdare -patient interaktioner på ett sjukhus. Det gjordes genom att titta på vem som pratar och när de pratar.(Jones 2003:609f)

Pratande är en av de mest centrala sakerna i det sociala livet. Det är viktigt att vårdaren tänker på hurdan språk han/hon använder med patienten. I patient mötet så är det uppbyggt så att vårdaren för samtalet och patienten följer med. Det är vårdaren som väljer teman som tas upp. Patientens roll är att vara passiv och vårdarens att vara aktiv. (Jones 2003:610ff)

Det är så att patienterna inte kan vara med och säga de sakerna de skulle vilja och ändra på teman i intervjun.(Jones 2003:616) Det är därför vårdaren har en så viktig roll. Att hålla patienten i det ämne som talas. Det är viktigt att vårdaren låter patienten fråga frågor under mottagningen.

4.2 Individuellt möte med patienten

I artikeln ”Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulla” skriven av Outinen och Lindqvist kan man läsa att när patienten får en patientorienterad kontakt med vårdaren så blir det jämställt, äkta och både parterna kan uttrycka sig fritt. Både vårdaren och patienten vet då hur man skall gå till väga. Det är viktigt att vårdaren/läkaren beaktar patienten och anpassar sig så att kommunikationen passar patienten så bra som möjligt. Man ska komma ihåg att det är patientens behov som är utgångspunkten för mötet mellan vårdaren/läkaren. Det är viktigt att komma ihåg att

varje patient är unika och har sina individuella behov. Behoven kan variera över tid. Man måste även beakta att det finns människor som kommer från en annan kultur eller som har ett annat modersmål än vårdaren/läkaren. Många patienter vill ge feedback på vården. Nuförtiden ger patienterna mera feedback än förut. Det kan bero på att patienterna har en högre utbildning och att de känner till sina rättigheter och vill uttrycka sig. (Outinen & Lindqvist 1999:11ff)

Då patienten är mera delaktiga i vården blir resultatet bättre. Det framgår i artikeln "Men and differences by racial/ethnic group in self advocacy during the medical encounter." Det är vanligare att Afroamerikaner (AA) mer sällan besöker läkare. Det är också vanligare att AA uppger att de inte behandlats respektfullt på mottagningen. Patienterna tycker att ras, kultur och social klass påverkar hur läkaren bemöter dem på mottagningen. Oftast kan läkar-patient-mötena kännas olika hos män och kvinnor. Kvinnorna brukar vara mera insatta i vården än männen. Det finns skillnader mellan hur män från olika kulturer vill att saker skall göras. Till exempel latinamerikaner är mycket noga med att alla prov ska tas och de vill genast ha provresultaten. Patienter som inte kan tala engelska tycker att de skulle ha fått bättre läkarvård om de kunna tala engelska. (Elder et al. 2010: 135f)

Zandbelt et al. (2007) konstaterar att i vården där man utgår från patienten tänker man på att varje patient är en individ med sin egen historia att berätta. Det är viktigt att läkaren kan kommunicera och aktivt lyssna på patienten. För patienten är det viktigt att läkaren ber patienten att berätta om varför han/hon kommit till läkaren och hur han/hon haft det osv. Då är patienten villigare att berätta om symptomen, vad han/hon är orolig över, berätta om sina erfarenheter och mera delaktig att hjälpa till att hitta orsaken. Då patienten får vara delaktig i vården har det visat sig att patienten mår bättre. Äldre patienter är mera delaktiga i vården. Oftast brukar kvinnorna vara aktivare än männen i vården. Om patienten talar ett annat språk än majoritetsspråk så kan det leda till att patienten inte vill eller kan vara aktiv i vården. Det är viktigt att läkaren kommunicerar rätt med patienten. Man ska inte heller glömma den non-verbala kommunikationen som är lika viktig som den verbala. Det är också viktigt att läkaren visar känslor och bryr sig om sin patient. (Zandbelt et al. 2007:396ff)

4.3 Språkkunskaper

Enligt artikeln Social- och hälsovårdstjänster på eget språk i två språkiga kommuner ska varje patient ha rätt att få betjäning och bemötande på sitt eget modersmål. I praktiken fungerar det här inte alltid, men om man bor i en kommun som är tvåspråkig ska man ha rätt att få betjäning på finska, svenska och engelska. I kommuner som har svenska som majoritetsspråk kan man få betjäning på svenska och finska. I vissa stora kommuner med finska som majoritetsspråk fungerar det inte alltid. Patienterna tyckte det ofta fick betjäning på det språket dem ville, men att det kunde betyda att deras samtal kopplades vidare till en person som kunde tala svenska. (Kauppinen 2008:81f)

4.4 Bemötande av anhöriga i vården

En forskning från en hälsovårdscentral i Calabar i Nigeria har utrett hur nöjda barnpatienternas anhöriga är med vården. 51 % av de anhöriga var inte nöjda med mottagande på hälsovårdstationen. 62,2 % av de anhöriga var inte nöjda med vårdarnas attityd. 51 % var inte nöjd på väntetiderna. 62,7 % av de anhöriga var inte nöjda med hur länge vårdaren var tillsammans med barnet. 61,2 % av barnens anhöriga visste inte vilka rättigheter de hade när de var på hälsovårdstationen. 63,7 % av de anhöriga tyckte att deras värdighet inte togs i beaktande. 65,5 % tyckte att de inte fick uttrycka sig fritt på hälsovårdstationen. 38,5 % av anhöriga tyckte att tystnadsplikten för vårdarna var bra. I 71 % av fallen var väntetiden över 30 minuter. Den största delen av anhöriga som deltog i forskningen tyckte att de inte var nöjda med vården. Det kan bero på att anhöriga hade en arbetsplats där de inte fick ledigt för att föra barnen att vaccineras. Då man kunde föra barnet och vaccineras var mitt på dagen under vardagar då största delen av anhöriga arbetade. Största delen av de anhöriga var inte nöjda med den vården deras barn fick. (Udonwa et al. 2010:298ff)

4.5 Användning av datorer i vården

Undersökningen ”Electronic medical record use and physician–patient communication: An observational study of Israeli primary care encounters” utredde hur kommunikationen mellan läkare och patient fungerar då man använder datorer under mottagningen. Patienten var i genomsnitt 11 minuter inne på mottagningen. Oftast satt läkaren vänd mot datorn och så att patienten inte kunde se vad läkaren skrev. Nuförtiden tenderar datorn att fungera som en tredje person i rummet. Datorn upptar en fjärdedel av läkartiden. Läkarnas uppmärksamhet var ofta riktad mot datorskärmen. Det ledde till att ögonkontakten och den non-verbala kontakten mellan läkare och patient blev mindre. Läkarna hade svårare att märka om patienten ville berätta något. Läkaren kan gå miste om något viktigt då han/hon tittar på datorskärmen. Patienterna tyckte att läkaren inte bryr sig om patientens problem då läkaren inte tar ögonkontakt. Den tid som patienten är inne hos läkaren har blivit längre. Det har visat sig att den förlängda tiden på mottagningen inte går till att tala och kommunicera med patienten. Utan till att titta på datorskärmen och till att skiva läkartexterna. Om läkaren använder datorn fel så tar han inte ögonkontakt och lyssnar inte på patienten utan bara skriver på datorn. Det kan leda till en dålig patient-läkar-kontakt. Om läkaren använder sin dator rätt kan det bli en bra patient-läkar-kontakt. (Margalit et al. 2006: 138f)

4.6 Non-verbal kontakt med patienten

Gorawara-Bhat & Cook’s artikel ”Eye contact in patient-centered communication” (2011) menar de att ögonkontakt i den här artikeln betyder att läkaren tittar på patienten. Det behöver inte betyda att läkaren tittar i patientens ögon hela tiden. Det kom fram att i de mesta fallen hade läkaren ögonkontakt med patienten 35-65 % av tiden. I den här undersökningen var Gorawara-Bhat och Cook mera intresserade av de läkare som tog bra ögonkontakt och dålig ögonkontakt. I 13 fall tog läkaren bra ögonkontakt med sin patient och i 9 fall tog läkaren dålig ögonkontakt med sin patient. I dem fallen där läkaren tog dålig ögonkontakt med sin patient så var det ofta att läkaren tog ögonkontakt först när läkaren började och prata med patienten. Sällan tog läkaren ögonkontakt med patienten när patienten började tala. De läkarna som var bra att ta ögonkontakt

fokuserade sig på patienten genast. De tog ögonkontakt med patienten snabbt och hållde ögonkontakten när patienten pratade. De läkarna som tog bra ögonkontakt lyssnade uppmärksamt på sina patienter och när läkaren förklarade saker till patienten var det på ett aktivt och terapeutiskt sätt.

Här kommer ett exempel på hur en läkare ska ta ögonkontakt och lyssna aktivt på sin patient: En 89-årig patient kommer in i lärarrummet. Han sitter sig ner och väntar på läkaren. Läkarens skrivbord blir vänt så att när läkaren sitter rakt framför skrivbordet så sitter han ryggen vänd mot patienten. När läkaren kommer in i rummet så hälsar läkaren på patienten. Sen tar läkaren patient papperna och sätter sig framför patienten på ett bra avstånd. Läkaren tar mycket snabbt ögonkontakt med patienten och lyssnar aktivt på vad patienten har att berätta. Patienten börjar och berätta om vad som hänt honom. Läkaren uppmuntrar patienten att berätta mera om det. Läkaren sitter rakt framför sin patient så han kan ta ögonkontakt med honom men också för att se de non-verbala ordena som patienten ger av sig. Som läkare är det mycket viktigt att man uppmuntrar patienten att få prata och uttrycka sig fritt. Det är viktigt att både läkaren och patienten har en ömsesidig relation till varandra. Det som också är viktigt är att läkaren lyssnar på patienten och ger sin uppmärksamhet till patienten.(Gorawara-Bhat & Cook 2011:4f)

I artikeln ”Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding” av Tejero Lourdes Marie så tals det upp hur patienterna och vårdarna interagerar med varandra. Att få ett band mellan två personer är det viktigaste för att lära känna varandra. När vårdaren och patienten möts och pratar med varandra så blir det ett band mellan dem. Det betyder att patienten känner sig tryggare och kan tala mycket öppnare till vårdaren. Det är inte bara patienten som känner bandet mellan vårdaren och sig själv utan det gör vårdaren också. När mötet mellan vårdare och patient går rätt till så blir det ett band mellan dem och det leder till att patienten är nöjdare med vården. Det är oftast vårdaren som måste ge omsorg till patienten. Det non-verbala mötet är också viktigt för patienten. Det är då patienten kan märka hur bra vårdaren lyssnar på patienten. För att det över huvudtaget skall bli ett band mellan vårdaren och patienten så måste både patienten och vårdaren vara öppna för mötet. (Tejero 2010:609)

Det som de tittade i den här forskningen var att observationerna av den non-verbala kommunikationen. Till det hör kroppsrörelser, ansiktsuttryck, tonfall, ögonkontakt. Det tittades på hur vårdaren uppmuntrar sin patient att ställa frågor och vara aktiv i mötet. Man ville få veta hur öppet och engagerat mötet mellan vårdare och patient var. Desto mera tid vårdaren var med patienten desto mera fick vårdaren ut av patienten. (Tejero 2010:610f)

Det kom fram under forskningen att i 62 % av patient-vårdar mötena var bara 1-2 minuter långa och i bara 9 fall var mötet 10-16 minuter långa. 72 % av patienterna tyckte att mötet med vårdaren fast det var kort så var de varmt och vänligt. Öppenheten mellan vårdare och patienter är en viktig sak. Vårdarna vill att patienten också är öppen med dem. Det har visats att vårdarens öppenhet till patienten gör det lättare för patienten att få ett band sig till henne.(Tejero 2010:612f)

4.7 Vårdrelationen till patienten

I den kommunala vården så går patient vårdar mötet till så att vårdaren säger patientens namn och sen för vårdaren patienten till vårdarrummet. Under patient vårdar mötet så tar vårdaren oftast vikten, temperaturen, blodtrycket och pulsen av patienten. (Piller-Shore 2006:407f)

Det har visat att det hur bemötande mellan patient och vårdare går till är det viktigaste hur patient vårdar relationen blir. I vissa fall kan det vara så att patient och vårdar relationen blir mycket stark. I bland kan det vara att man som patient ser vårdaren som en person inte bara som en vårdare. Det har visat att patienten och vårdaren bara har ett kort möte så har patienten och vårdaren möt varandra. (Pillet-Shore 2006:420)

För att vården ska vara den bästa är det viktigt att patienten har en god relation till sin läkare, skriver Bonvicini et al. I artikel "Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters"(2009). Det som patienterna tycker att är en av de viktigaste egenskaperna hos läkaren är empati. Läkarna har ofta svårt att visa

empati, nämner Bonvicini et al. (2009) Det som också betyder mycket för patienten är att läkaren är omtänksam av sig. I den här undersökningen gjord av Bonvicini et al. (2009) så tittade man om läkare som fått undervisning i hur man skall vara empatiska mot sina patienter. Då ändrar de läkarnas attityd och läkaren är mera empatiska. Det kom fram att de läkarna som hade fått utbildning i empati så var 51 % mera empatiska mot sina patienter än dem som inte hade fått någon utbildning i empati.

4.8 Sammanfattning

Enligt de granskade artiklarna kan man urskilja vissa egenskaper hos vårdaren/ läkaren som påverkar vården positivt och egenskaper som påverkar patientkontakten negativt. I följande stycke kommer dessa att behandlas separat, först de positiva faktorerna och sedan de negativa.

4.8.1 Positiva faktorer i bemötandet

Det som kom fram i de här forskningarna var att om vårdaren/läkaren ger av sin tid och verkligen bryr om sina patienter så är patienterna mycket nöjdare med sin vård. Det kom även fram att vårdare/läkare som lyssnar på sina patienter har nöjdare patienter som följer vårdarens/läkarens direktiv. I Tejeros (2010) artikel har man fäst sig vid hur viktigt det är att vårdaren har en relation till sin patient. På engelska använder sig Tejeros (2010) av begreppet ”bonding” som betyder just detta. Patienten blir nöjdare med vården när han/hon känner att han/hon blir hörd och förstådd. I Piller-Shores (2006) artikel visar det sig att det första bemötandet mellan patient och vårdare är det viktigaste. Hur det här bemötande går till visar hur relationen mellan vårdare och patient blir. Det sägs här att när man har en bra vårdar- patient- roll så är det ingen skillnad hur länge mötet varar. I Zandbelt et al:s (2007) artikel konstateras att i vård där man utgår från patientens behov och ger en individuell vård så känner sig patienten delaktig i vården. Det kom också fram att kvinnliga patienter ofta är mera aktiva i sin patientroll än män. I undersökningen gjord av Bonvicini et al. (2009) visade det sig att patienterna tycker att en av de viktigaste egenskaper hos en läkare/vårdare är att de kan visa empati.

Då får patienten en god relation till läkaren/vårdaren och detta leder till en god vård.

Jones (2003) säger i sin artikel att det viktigaste är patientcentrerad vård. Enligt honom är kommunikationen det som påverkar vårdrelationen mest. Den non-verbala kommunikationen med patienter är också mycket viktig och det kom fram i undersökningen gjord av Gorawara-Bhat & Cook (2011). Ögonkontakt visade sig vara särskilt viktig i patientvården. De läkare som tar ögonkontakt med sina patienter lyssnar bättre på patienten och patienten känner sig betydelsefull i deras möte.

4.8.2 Negativa faktorer i bemötande

I några artiklar kom det fram vissa negativa saker, t.ex. hur patienter med hög utbildning och låga inkomster oftare var missnöjda med vården än de patienter som hade en låg utbildning och låg inkomst. Detta kom fram i Jensen et al:s (2010) undersökning. I Elder et al:s (2010) artikel tog man fasta på kultur- och rasskillnader. Det som var intressant var att de patienter som inte talade engelska tyckte att de inte fick tillräckligt bra vård och de tyckte att de som talade engelska som modersmål fick bättre vård. Kauppinen (2008) skriver i sin artikel att man skall få vård på sitt eget modersmål, men det är inte alltid så lätt i tvåspråkiga kommuner där man talar finska som majoritetsspråk.

Patienternas aktivitet är också något som man borde tänka på i vårdarbetet. I artikeln som är skriven av Deen et al. (2010) konstateras att människor från minoritetsgrupper tycker det är svårt att möta en läkare och prata med honom/henne.

I Margalit et al.(2006) kom det upp ett nyare problemområde som i dagens samhälle också inverkar på hälsostationerna. Datoranvändningen har ökat inom alla branscher och i forskningen kommer det fram att särskilt sådan vårdpersonal som inte är van vid datoranvändning är tvungen att sätta ner mycket tid på just vilket minskar den tid som annars skulle kunna användas till patientkontakt. I vissa fall har datamaskinen känts som en tredje part på mottagningen då den tagit mycket koncentration av vårdaren.

5 TEORETISK REFERENSRAM SIMONE ROACH FIVE C`S

Den teoretiska referensramen i studien utgår från Simone Roach och hennes fem begrepp. Den teori som Roach har skapat kallas på engelska the five C`s och de är Compassion, Competence, Confidence, Conscience och Commitment. På svenska skulle de här begreppen vara medkänsla/medlidande, kompetens, förtroende, samvete och förbindelse (Norstedts engelsk ordbok 1998). Den här teorin valdes i samarbete med handledaren eftersom bemötande av patienten på hälsostationen utgår från alla dessa begrepp. Roach använder ofta i sin teori begreppet omsorg som innehåller alla dessa fem begrepp. För att kunna ge omsorg så bör man ha medkänsla för patienten. Ett bra förtroende mellan patient och vårdare gör att dessa två kan kommunicera med varandra och detta i sin tur leder till en bättre vård. Vårdarens samvete spelar en stor roll i vården eftersom det påverkar vårdarens val. Alla dessa fem begrepp som Roach tar fasta på i sin teori utgör basen för en lyckad vårdrelation. Senare har Roach kommit med mera uttryck som inte kommer att tas upp i den här studien. På engelska är det sjätte c:et *commitment* som betyder uppförande.

Roach använder sig mycket av uttrycket "caring" som direkt översatt betyder omsorg. Roach (1992) har en frågeställning i sin bok "The human act of caring" där hon funderar på vad en vårdare gör när hon ger omsorg till sin patient? Roach har inte heller kommit på något specifikt som är ihopkopplat med just omsorg utan det är många små byggstenar i vårdrelationen som bygger upp denna känsla av omsorg. Att ge patienten tid, respektera, hålla tystnadsplikten, hålla fast vid sådant man lovat patienten är några av de byggstenar som Roach tar upp i sin bok. Roach har granskat allt det som händer under ett möte med patienten och utgående från detta skapat de fem begreppen, de fem C: na. (Roach 1992:57f)

Medkänsla, medlidande

Medkänsla medlidande, (eng compassion)(Norstedts engelsk ordbok 1998:157) grundar sig på att man som person förstår relationen till andra människor. Ett exempel på detta

är hur man förstår en annan människas smärta. Man kan dela med sig av sina egna upplevelser men man måste också komma ihåg att ge plats för den andras känslor. Man patienten dela med sig av både glädje, smärta och sorg till patienten. Som vårdare tänker man inte på vad man får, utan delar med sig av sig själv. Den äkta medkänslan är ingenting man lär sig utan det är någonting alla människor har inom sig. Medkänsla är att man bryr sig om andra människor och att man är intresserad av hur den andra mår. (Roach 1992:58f)

Kompetens

Kompetens (eng. competence) (Norstedts engelsk ordbok 1998:157) utgår från att personen har kunskap, energi, motivation, skicklighet, omdöme och erfarenhet. Om man har alla de här egenskaperna och kan använda dem rätt så har man yrkeskompetens. Det är viktigt att komma ihåg att kompetens och medkänsla går hand i hand i vårddyrket. Även om man har en god yrkeskompetens men glömmer bort medkänslan så kan vården anses kall. Patienten kan få en känsla av att vårdaren inte bryr sig. Om vårdaren skulle ha medkänsla men bristfällig yrkeskompetens blir även vården bristfällig. Vårdaren måste även behärska de praktiska färdigheterna inom vården för att kunna utföra en god vård. Yrkeskompetensen visar att man är intresserad av sitt yrke och vill veta mer. Det är ändå viktigt att komma ihåg att man måste vara försiktig för omsorgen kan försvinna eller glömmas bort i kampen om att vara bäst. (Roach 1992:61f)

Förtroende

Förtroende (eng. Confidence) (Norstedts engelsk ordbok 1998:163) är något som Roach i sin teori tar upp som något mycket viktigt då det handlar om relationer. Förtroende mellan patient och vårdare utgår från att båda parterna kan lita på varandra. Roach har tagit fasta på att förtroende och respekt måste vara ömsesidigt i vård förhållande, alltså att vårdare respekterar patienten, men också tvärtom. Förtroende är någonting som växer fram mellan vårdare och patient redan från det första mötet. Förtroende växer i takt med att patient och vårdare blir mer bekanta. (Roach 1992:62f)

Samvete

Samvete (eng. conscience) (Norstedts engels ordbok 1998:165) kan förklaras som moraliskt medvetande. Det är som en kompass som visar vad som är moraliskt rätt. Samvete är inte något man har när man föds. Det är något som man får med erfarenhet. Samvete kommer fram genom att man gör olika beslut och värderar sig själv och andra. (Roach 1992:63f)

Förbindelse

Förbindelse (eng. commitment) (Norstedts engelsk ordbok 1998:155) definieras som en invecklad känslomässig reaktion. Den kännetecknas som något mellan ens önskingar och skyldigheter. Det är mellan de här två som man gör sina egna val. Förbindelse är att man sätter sig in i sin uppgift som man inte anser vara en börda. Det är mera en uppmaning som drar en till en medvetet och positivt handlingsätt. Vi är inte alltid lika förbundna med olika uppgifter. Det som påverkar detta kan bero på uppgiften eller när vi får den. Ibland behöver man inte tänka på förbindelsen utan man bara gör den automatiskt. Ett exempel är då en mamma hör sitt barn gråta på natten. Hon stiger upp och går och ser till sitt barn oberoende av vad klockan är. Ibland måste man tänka mera på förbindelsen och varför man gör den. Förbindelse är något som omsorgen behöver för att finnas till. (Roach 1992:65)

Sammanfattning och koppling till bemötande

Meningen med alla de här fem C: na medkänsla, kompetens, förtroende, samvete och förbindelse är att man genom att använda dem i sitt arbete kan få en bättre vårdrelation till patienten. För att ge god omsorg behöver man alla av de här uttrycken och genom att vårdaren granskar sitt eget arbetssätt kan man genom de här fem c: na optimera möjligheterna till en god vård.

I medkänsla är det viktigt att man bryr sig om patienten. När man möter en ny patient i vården så är det viktigt att man kan visa medkänsla. Att man sätter sig i den andras problem just här och nu. Kompetens visar att man behärskar sin yrkesskicklighet och kan hålla sig professionell i mötet med patienten. Det är bra att komma ihåg att vårdarna skall vara den som är professionell i bemötande. I förtroende är det viktigt att patienten känner sig trygg i bemötande. Patienten kan berätta allt som han/hon vill. I ett bra bemötande byggs en relation mellan patienten och vårdare upp. Man kan inte få en relation till någon man inte kan lita på. Samvete är att vårdaren vet vad som är rätt och fel i olika situationer. Man skulle kunna säga att den har samma betydelse som moral. I förbindelse är vårdaren där för patienten. Det blir ett band mellan patient och vårdare. Det är mycket viktigt att man får en förbindelse till vårdaren redan vid första mötet. Det gör att en bra vårdrelation byggs upp.

6 METOD

I det här kapitlet kommer det att tas fram metoden som använts i studien. Det finns många olika metoder som man kan använda sig av när man gör en forskning. I den här studien kommer intervju användas som metod. Det kommer att bli en kvalitativ intervju som används.

När man börjar välja metod till studien skall man välja mellan kvalitativ och kvantitativ metod. Om man generaliserar kan man säga att en kvalitativ metod är ett öppet samtal om vissa teman mellan informant och intervjuaren. (Jacobsen 2007:48) Att någonting är kvalitativt betyder att man inte har lika många informanter som i en kvantitativ studie. I den här studien kommer det att användas av kvalitativa metoden.

6.1 Kvalitativ intervju

Intervju är kommunikation mellan två personer. Den ena är informanten som blir intervjuad och den andra forskaren som ställer frågorna. I intervjun spelar det första

mötet en stor roll. Att informanten kan känna sig trygg och kunna berätta sina tankar och funderingar åt intervjuaren. (Kvale 1997:117) En intervju situation brukar ofta ske ansikte mot ansikte med den personen man skall intervjuas. Det finns olika intervju tekniker. I en strukturerad intervju brukar man ha färdigt skrivna frågor som man frågar av den intervjuade. Frågorna skall ställas i den ordning som de är på intervjuguiden. Oftast brukar det vara slutna frågor. Det betyder att det finns alternativa svar till frågan. I den ostrukturerade intervjun har intervjuaren inte några färdiga frågor. Det betyder att man berättar om forskningssyftet. Intervjuaren kan ha en färdig fråga som han börjar med, men resten av frågorna kommer ur diskussionen med den som blir intervjuad. (DePoy&Gitlin 1999:232f)

Tema intervju

Tema intervju eller halvstrukturerad intervju är den intervjumetod som kommer och användas i den här studien. I den halvstrukturerade intervjun har intervjuaren vissa teman och förslag till hurdana frågor som skall frågas av informanten. Dock har forskaren möjlighet att förändra frågorna och själv välja i vilken ordning han frågar dessa och vid behov komma med följdfrågor. Detta kan göra att forskaren får ut mer information under intervjuens gång. (Kvale 1997:117) Frågorna skall vara ganska öppna av sig så att informanten kan uttrycka sig ganska fritt. Det är bra om informanten får tala fritt och själv utvecklar sina idéer om ämnet själv. Forskaren behöver inte ha så många frågor ner skrivet, men det hjälper om det finns några stöd ord som kan hjälpa forskaren om informanten inte vill gå in i djupet. Hela idén med halvstrukturerad intervju är att det är informanten som får utveckla sina synpunkter om ämnet som det forskas i. (Denscombe 2009:234f)

6.2 Informanterna och intervjun i denna studie

I det här kapitlet kommer det att gås igenom hur studien genomfördes. Först skickades planen av examensarbetet till Arcadas etiska råd som godkände den.

Informanterna blev valda från ett register som har godkänts av handledaren. Informanterna har blivit slumpmässigt valda. Den första informationen som fick var att informanterna bor i Esbo. Före intervjuerna skulle göras så ringdes det till informanterna. Fem informanter gick med på att ställa upp att bli intervjuade. Till alla informanter skickades det ett brev där det kort förklarades om intervjun. Se bilaga 3.

Datainsamlingen gjordes från maj till början av juni 2011. Informanterna intervjuades alla under enskilda tillfällen. Alla fem intervjuade blev frågade samma frågor. För vissa av informanterna användes en del följdfrågor. Alla fem informanter valde att ha intervjun hemma hos dem. Före intervjuerna gick det igenom informant brevet som skickats tidigare (bilaga 3) och sen efter det skrev informanterna under informerat samtycke (bilaga 4). Detta betydde att om informanterna inte ville delta i studien eller ville hoppa av vid något tillfälle så kunde han/hon göra det. Ingen av dem fem informanterna gjorde det. Intervjuerna blev inspelade på bandspelare. Intervjuerna tog från 8 minuter till 1 timme 17 minuter. I medel snitt tog intervjuerna på i 20 minuter.

Transkriberande betyder att man skriver rönt allt ljud material. Transkriberande tog ungefär 5-9 timmar för 1 timme på bandspelaren. Av en timme transkribering fick man ungefär 20 sidor skrift. (Kvale 1997:155) Det blev 48 sidor transkriberad text med 12 stil rad avståndet 1,5.

Det finns fördelar med att använda bandspelare när man gör en intervju. Bandspelaren tar bra upp allt som sägs under intervjun och sparar det. Man behöver inte oroa sig för att man missuppfattat någonting som informanten sa eller hur det blev sagt. Informanten glömmer ganska snabbt att det finns en bandspelare och kan tala fritt om ämnet. Informanten känner att forskaren tar mera kontakt när han inte behöver göra några anteckningar. Det finns även negativa sidor med att använda en bandspelare. Den som intervjuar kan lätt gå miste om den non-verbala kommunikationen som bandspelaren inte kan ta upp på. (Denscomber 2009:259)

7 ANALYSMETOD

I det här kapitlet kommer vi att gå igenom analysmetoden. Det finns olika analysmetoder som kan användas. I den här studien har kvalitativ innehållsanalys valts. Kvalitativ betyder att man tittar mera på innehållet än mängden på informanter som använts.

7.1 Kvalitativ Innehållsanalys

En kvalitativ innehållsanalys betyder att man granskar det material som har samlats in. När man förbereder materialet kan man inte ännu dra några slutsatser. Grönfors säger i boken "kvalitatiiviset kenttätyömenetelmät" (Grönfors 1982:160f) att det finns många olika kvalitativa innehållsanalyser. I den här studien kommer det att användas av Jacobsens innehållsanalys. Då delar man in innehållsanalysen i fem punkter och dem är:

1. Kategorisering, alltså dela upp texten i olika teman.
2. Fylla kategorierna med innehåll, alltså hitta rätta citat.
3. Räkna hur många gånger temat nämns.
4. Jämföra intervjuerna och se skillnader.
5. Granska skillnaderna.

(Jacobsen 2007:139)

Det första forskaren bör göra är att hitta olika kategorier som informanterna tagit fasta på. Av det kan man sedan bildas en strukturerad fortsättning. Det görs genom att söka olika teman som finns i arbetet. Av den intervjutext som samlats, hittas olika ord som bildar undergrupper. Det hjälper en att hitta teman i texten som sedan blir olika kategorier. Det är viktigt att intervjuerna granskas samtidigt för att få undergrupper som gäller alla intervjuerna. Det är viktigt att man har en överblick av all information som samlats under intervjun. Kategorisering betyder att man sätter de olika temana som liknar varandra i samma grupp och det bildar i sin tur en kategori. Genom att det finns

lika stora kategorier som har en viss mängd teman behöver man inte läsa igenom hela intervjutexten utan ser lätt vad som är det väsentligaste. Det gör det lättare att genomföra intervjutexterna när man har fått fram kategorier. (Jacobsen 2007:139f)

7.2 Induktiv studie

Då en kvalitativ forskning görs används ett induktivt tankesätt. Det betyder att forskaren kan börjar dra vissa slutsatser hur resultatet skulle kunna se ut. Den som forskar induktivt är mer intresserad av informantens upplevelser av en viss information och informantens åsikter om ifrågavarande tema. Genom den information som samlats vill forskaren få ut ny information om hur något skulle kunna förbättras. För forskaren är det mera personen och tankarna han har som är intressanta. Det sker en teoriutveckling när man har ett induktivt tänkande. Det kan dras slutsatser från den informationen man fått. (DePoy&Gitlin 1999:17ff)

8 ETISKA RIKTLINJER

Det är mycket viktigt att man tänker på hur man skall göra forskningen så att den görs etiskt rätt. Det som forskaren bör tänka på är informerat samtycke, konfidentialitet och konsekvenser Det är de här tre begrepp som tillsammans gör de etiska riktlinjerna. (Kvale 1997:107)

Informerat samtycke betyder att man berättar för den som blir intervjuad om varför man gör undersökningen. Man går igenom hur undersökningen skall genomföras och vad som kan vara informanten till fördel med att vara med i undersökningen. Förstås berättar man även om det finns något som kan medföra något negativt med att delta i forskningen. Forskaren informerar också att det är frivilligt att delta i undersökningen och att man får avbryta intervjun när som helst. Man måste bestämma före intervjun hur mycket information man ger till informanten om ämnet i förväg. För mycket information i ett tidigt skede kan göra att man inte får det spontana intrycket om ämnet

som informanten har att ge.(Kvale 1997:107)

Konfidentialitet i underökningen betyder att all data som gör att informanten kan identifiera vem som är informant skall omarbetas. Om forskaren ändå skulle vilja använda sig av sådana data måste man naturligtvis ha informantens godkännande. (Kvale 1997:109)

Konsekvenser betyder i det här fallet att informanten får så lite dåliga konsekvenser från att vara med i undersökningen. I det bästa fallet vett både informanten och forskaren vad de gett sig in i och kan vara ömsesidiga mot varandra. (Kvale 1997:110)

Forskarens roll är mycket viktig när man gör en underökning. Det är forskaren som frågar frågorna och är med i intervju situationen. Då är det viktigt som forskare att man vet hur man skall agera om det kommer fram etiska problem. Det är forskarens ärlighet, kunskap om ämnet, och erfarenhet som gör att forskaren kan utföra intervjun rätt. Forskaren har tre etiska aspekter som han skall tänka på. Den första aspekten är vetenskapligt ansvar. I praktiken betyder det att forskaren intervjuar sina informanter enbart för att utföra en underökning som ger oss ny kunskap. Den andra aspekten är relationen till informanterna. Då man gör en intervju är det viktigt att komma ihåg vilken roll man befinner sig i. Gör man intervjun som en vän, eller som en forskare. Den tredje, och sista aspekten är forskarens oberoende. Det betyder att forskaren inte skall låta forskningsresultatet påverkas av den som beställt underökningen eller av informanterna. (Kvale 1997:111f)

9 RESULTAT REDOVISNING

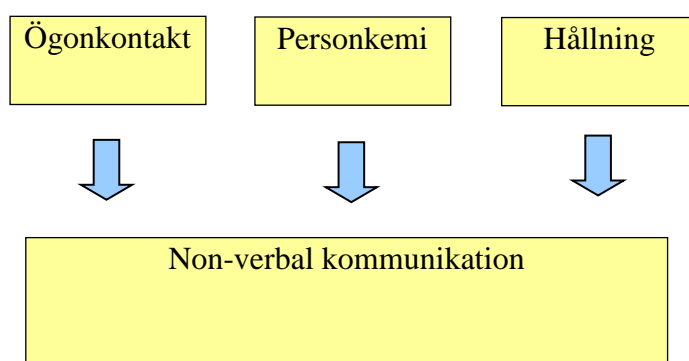
I detta kapitel går igenom alla intervjuer genom att först läsa igenom dem och sedan söka ord och meningar som har med bemötande att göra. Vad är bemötande? Det är frågan som har ställts. Efter att alla ord som hade med bemötande att göra var märkta, började kategoriseringen till vilket tema orden hör till. Från temana kom det fram fem kategorier som hade med bemötande att göra. Dessa är presenterade i bilaga 2.

Allt det som informanten sagt som skulle kunna koppla ihop till informanten har inte tagits upp i resultatet eller i citaten.

Kategorierna är non-verbal kommunikation, språk, tidsanvändning, professionell och icke professionell. De här kategorierna har teman som kommer att tas upp i genomgången av resultatet. Senare kom det upp en ensamstående kategori som inte har något tema under sig och det är lyssna

9.1 Den non-verbala kommunikationen

Den non-verbala kommunikationen är någonting mycket viktigt som många människor säkert inte tänker på. Den information som vi ger av oss när vi inte talar är lika viktig som den när vi talar. Åtminstone i bemötande av en ny människa kommer den non-verbala kommunikationens betydelse fram. Oftast tänker man inte på hur man möter en människa non-verbalt. Till den non-verbala kommunikationen hör många element men i den här kategorin kommer det att tas upp ögonkontakt, personkemi och hållningen. Som vi kan se i figur 1.



Figur 1. Non-verbal kommunikation.

Ögonkontakt

Ögonkontakten är något mycket viktigt tycker informanterna. Naturligtvis borde man titta den man talar med i ögonen. Om man inte kan titta den andra i ögonen får man en känsla att den andra ljuger eller försöker gömma någonting. Ögonkontakten ger förtroende till den man diskuterar med. Människor som ser i ögonen vill lära sig något av den andra.

”Det är självklart att man ser sin partner i ögonen.”

”... jag säger nog att den där ögonkontakten är nog den viktigaste om man nu helst hälsar på varandra så att man ser på varandra.”

”... naturligtvis kräver jag samma sak som tar emot mig att dem ser mig i ögonen.”

”Nå folk som ser i ögonen och ser glada ut så vill man hellre prata med.”

Personkemi

Personkemi är den kontakten som man får med en annan människa. Man är på samma våglängd med den andra. Personkemi är en känsla av att man kommer överens eller inte överens med en annan person.

”Och där är det frågan om personkemi och den måst funka.”

”Nu måste man ju vara på samma våglängd...”

Hållning

Till hållningen hör kroppsspråk, kroppsställning och kroppshållning. Om en människa har god hållning ger han en känsla av ståtlighet. Kroppsställningen berättar hur intresserad av det vad den andra säger. Om en människa lutar sig bakåt och sätter händerna i kors framför bröstkorgen så visar hon att det du pratar om kanske inte intresserar henne. Kroppsspråket är det språk som inte har några ord. Kroppsspråket är allt det som man visar utan att tala. Med kroppsspråk kan man kommunicera med någon som inte pratar samma språk som man själv. Man ser vad den andra menar med kroppsspråket.

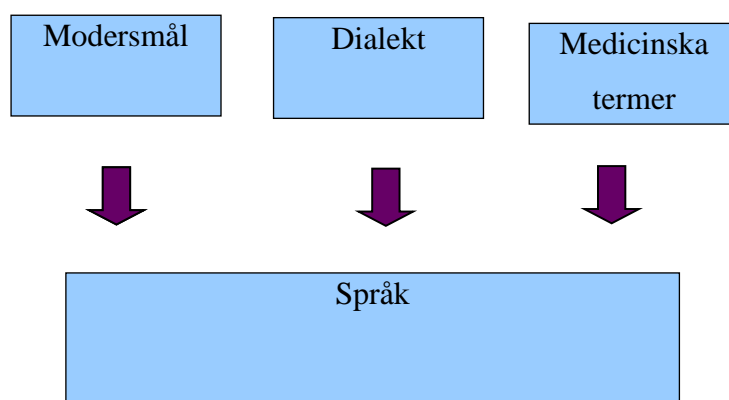
”... kroppsspråket jo det är väldigt viktig.”

”Jo man lär sig hemskt mycket genom att titta på människan på kroppsspråket...”

”Jo det är klart att man bildar sig sin uppfattning om en person utgående från just kroppsspråk kroppsställning. Det är en helhet det är klart att det ger större förtroende om man märker att personen i frågan har en också en kroppsställning som är förtroende givande...”

9.2 Språk

Med språket kan man uttrycka sig snabbt och lätt. Till språk kategorin hör modersmål, dialekt och medicinska termer, som vi kan se i figur 2. Språket är en mycket viktig del i vår kultur för vi kommunicerar via språket.



Figur 2. Språk.

Modersmål

Modersmålet är något viktigt. Alla borde kunna få tala sitt eget modersmål på en hälsostation men det är inte alltid möjligt. Många av informanterna berättade att de mycket gärna skulle tala svenska, som är deras modersmål, men att de ofta tvingas byta till finska. Det är naturligtvis positivt om man får en vårdare som kan tala flytande svenska. Vissa av informanterna talar nästan hellre finska genast för att inte behöva lyssna på dålig svenska. Det viktigaste är inte vad man säger eller på vilket språk man säger det, utan att alla parter förstår vad den andra menar.

”Talar motparten svenska så talar jag svenska men om jag märker att motparten har stora svårigheter med svenska språket så då byter jag till finska.”

”Jag skulle nästan säga på det sättet att jag talar personligen hellre finska än med en person som talar dålig svenska då är det lättare att kommunicera.”

”... bättre om man får prata med en svenska talande.”

”Nå de är ju klart att alla i synnerhet äldre människor talar helst sitt eget modersmål...”

”Att de sku förstå vad jag säger oberoende vilket språk jag pratar.”

Dialekt

Informanternas var av olika åsikter om vårdaren får tala dialekter med patienten. Vissa av informanterna tyckte att vårdaren inte skall tala dialekt utan använda ett hyfsat språk som alla förstår. Det beror på att den andra förstår allt som blir sagt, att ingen viktig information går förbi. Andra tyckte att det inte är någon skillnad om vårdaren talar slang utan att det är bara roligt att de använder sitt eget språk.

”... att en läkare eller sjukskötare/ sjuksköterska inte använder slang utan använder ett hyfsat språk så att inga mycket viktiga detaljer förblir oförstådda.”

”Jo nu får de prata dialekt och slang för mig inte gör de nånting.”

”Slang är nog tillåtet.”

Medicinska termer

Medicinska termer är något som informanterna tyckte är svåra att förstå, och att läkarna eller vårdarna inte skall använda dem när de pratar med patienten. Om läkaren pratar latin eller använder medicinska termer med sin patient så skall någon förklara för patienten vad som blivit sagt. Informanterna förstod nog att läkarna använder latinska ord men att de räknas som negativt om ingen förklarar vad som blivit sagt. I vissa fall var det nog helt acceptabelt att läkaren pratar latin så länge patienten förstår vad läkaren sagt.

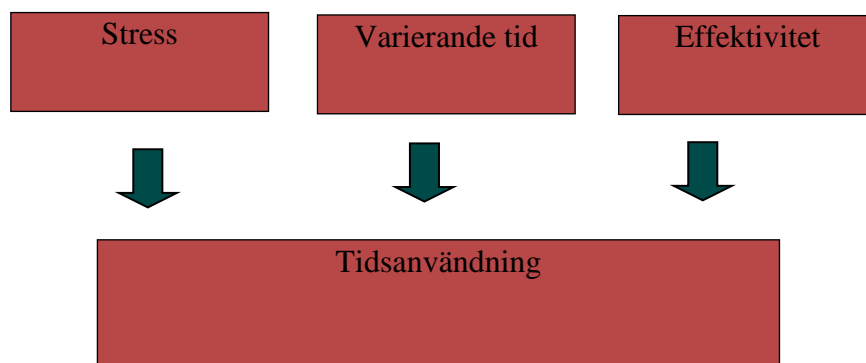
”Nå det är förstås lite svårare...”

”Inte får det vara hemskt invecklat språk det är ju klart att det måste vara beroende på patienten...”

”Nån skall berätta helt klart.”

9.3 Tidsanvändning

Tidsanvändning är hur man använder den tid man har. I den här kategorin är tidsanvändning delat i underkategorierna stress, varierande tid och effektivitet. Det kan vi se i figur 3.



Figur 3. Tidsanvändning.

Stress

Stress är förknippat med jäkt i den här kategorin. Informanterna tycker att vårdarna och läkarna är mycket jäktade och stressade nuförtiden. De har känslan att läkaren inte har den tid som de skulle vilja ge för att de är så jäktade. Det är mycket byråkratiskt pappersarbete som tar av den tid som patienten skulle behöva. Datoranvändningen tar

också bort av den tid som läkaren skulle vilja ge patienten. Tidsbristen kan påverka den vård patienten får.

”... ser hemskt stressad och ledsen ut...”

”... känsla att man inte får den tid som man skulle behöva för att det är för jäktigt...”

Varierande tid

Varierande tid betyder att man får lång eller kort tid med vårdaren. Informanterna pratade mycket om det här med väntetider: att de ofta är långa och att de inte skulle vilja sitta i väntrummet i många timmar om de har en beställd tid. Tidtabellerna borde hålla bättre så att det inte skulle bli så långa väntetider. Vårdarna borde kunna veta ungefär hur länge en patient behöver tid hos läkaren om de har ett bestämt problem. Mottagningstiderna blir korta om läkaren är hemskt mycket försenad. Som patient skall man ha tillräckligt med tid för att förklara sina symptom.

”... jag sku villa att de sku gå fort att man inte behöver sitta i evigheter och vänta.”

”No jag är nöjd med bemötande då de kommer på rätt tid alltså med andra ord att man inte behöver bli utsatt för långa väntetider...”

”No kanske på tids brist att dem anser att jag säger anser att dem inte har tid.”

”... tidtabellerna överhuvudtaget stämmer.”

Effektivitet

Effektivitet är det att man får den vård man behöver utan att behöva vänta länge eller förklara mycket onödigt. Informanterna tyckte att en vårdare som går rakt på sak och sätter genast igång är en bra vårdare. Att vårdaren koncentrerar sig på det väsentliga är också mycket viktigt. Man kan vara effektiv på många olika sätt men informanterna tog

nog fasta på de två viktigaste, att man genast sätter igång och koncentrerar sig på de viktiga.

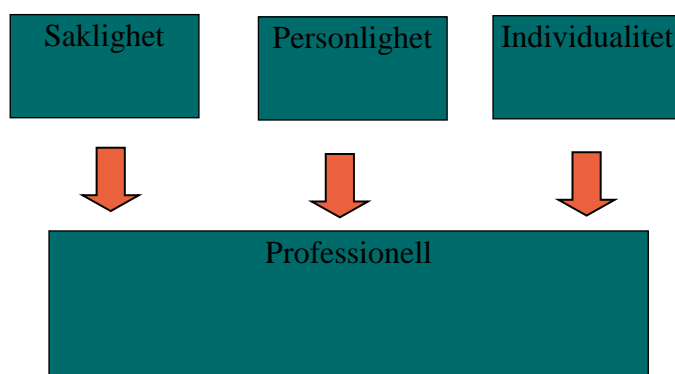
”... jag är mest nöjd med ett bemötande där man går rakt på sak när de gäller den sak man kommit för att diskutera.”

”... presenterar sig och önskar den andra välkommen och sen sätter man igång och går direkt rakt på sak.”

”... koncentrerar sig på de väsentliga.”

9.4 Professionell

Professionell är delat i tre underkategorier som syns i figur 4 och dem är saklighet, personlighet och individualitet. Det är dem här tre orden som vi skall ta fasta på och se hur patienterna vill bli bemötta när det är ett professionellt möte.



Figur 4. Professionell.

Saklighet

Informanterna talade mycket om att bemötande skulle vara sakligt och vänligt. Oftast var vårdarna och läkarna mycket sakliga och professionella av sig. Det är viktigt att läkaren och vårdaren kan sin sak och vett vad de gör.

”Viktigast e förstås att patientens problem och smärtor o annat som inverkar på patientens tillfrisknande att det blir klarlagt så noggrant som möjligt.”

”Nå överhuvudtaget ett sakligt och vänligt bemötande.”

”Viktigare är ändå att man får en bra behandling det är de viktigaste.”

”Nå de som nu e jätte viktigt e att de är professionella...”

Personlighet

Man skall visa sin personlighet som vårdare. Så här berättade informanterna om olika personlighetsdrag hos vårdarna. Vårdaren skall vara snäll, rar och vänlig. Som vårdare skall man ha tolerans och förståelse till patienten. Inom vårdyrket skall man ha hög moral och veta vad som är rätt och fel. Man skall alltid tänka på patientens bästa. Många av informanterna hade haft trevliga och sympatiska vårdare som tagit hand om dem.

”Jag tycker man skall vara snäll och rar och vänlig...”

”... hon var så otroligt trevlig och duktig och vet du hon förstod sig på patienten...”

”... hon var mycket sympatisk och saklig...”

”... personlighet hur olika människor har en naturlig fallenhet för att vara hövliga och vänliga...”

Individualitet

Att vara individuell och bli bemött som en unik person är viktigt. Så här tycker informanterna om individuellt bemötande. Det är viktigt att man blir märkt som den man är inte som ett nummer eller sjukdom. Bemötande som är individuellt är det bästa

bemötande som finns. Man ser den andra som den person han är. Läkaren sätter sig i patientens problem och verkligen bryr sig om att patienten blir frisk. Alla patienter borde bli individuellt bemötta.

”Nå det är nog viktigt att man känner att man blir noterad som den man är...”

”Nå det är klart att det är trevligt att bli bemöt som en individ inte som då något nummer eller något sånt eller som en sjukdom diagnosen i pannan.”

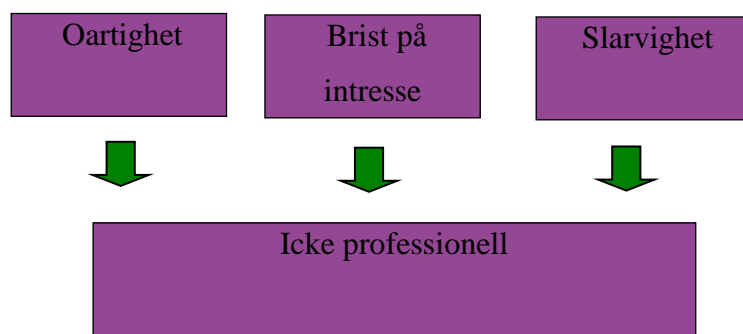
”... har satt sig in i mitt problem och mitt case så att säga.”

”... att man blir mottagen som en människa...”

”Nå man går ju dit för att man har nåt problem av nåt slag och att de då tar sig ann de problemen.”

9.5 Icke professionell

I föregående kategori gick vi igenom hur vårdaren borde bemöta patienten professionellt. I det här stycket tittar vi på hur informanterna förklarar hurdana vårdarna är när dem inte är professionella. Det att vårdarna icke är professionella kan komma fram på många olika sätt. Det är bra att man också tittar på vad dåligt bemötande är och i vilka situationer det kommer fram, så att man kan förbättra det. I den här studien har det tagit fasta på tre teman som är oartighet, brist på intresse och slarvighet som vi kan se i figur 5.



Figur 5. Icke professionell.

Oartighet

Oartigt beteende enligt informanterna är att vårdaren eller läkaren inte hälsar på patienten. Om läkaren pratar i telefonen hela tiden och inte frågar några frågor så det anses vara oartigt beteende. En informant tyckte att lite nonchalant beteende är det värsta och de visar att man är oartig om man betar sig så dåligt. Oartighet kan uttrycka sig i många olika saker som att man inte ser i ögonen eller inte hälsar på den andra.

”... om man nu helst hälsar på varandra så att man ser på varandra.”

”... till exempel om man kommer till en läkare och han sitter eller hon och talar i telefon hela tiden ungefär och knappt hinner ställa några frågor emellan så de e ju hemskt tråkigt...”

”... läkaren sitter där och stiger inte upp och hälsar inte heller på någo sätt utan tar in bara och frågar namnet...”

Brist på intresse

Brist på intresse enligt informanterna var att läkaren inte kunde ge klara svar till patienten, att läkaren inte bryr sig och att läkaren inte går in tillräckligt djupt i detaljer som skulle vara viktiga. Det blir alldeles för ytligt både kontakten och informationen. Det att läkaren inte alls är intresserad av patienten och hennes problem är hemskt. Vissa vårdare är bara intresserade av en viss sak och inte bryr om någonting annat. En informant berättade om en laboratorieskötare som inte brydde sig om något annat än att ta det prov som skulle tas.

”... där motparten inte kan komma med klara besked...”

”... vari med om läkarundersökningar där man e hundra procent säker på att när man har stängt hälsostationens dörr har han nog inte förstod över huvud taget vad jag har för fel...”

”Nå de har skett på ett alldeles för ytligt plan...”

”... läkarens ointresse var de hemskaste...”

Slarvighet

Slarvighet betyder att man betar sig ohyfsat. Informanterna förklarar hur man inte skall bete sig. Man skall inte mumla när man pratar och inte höja rösten till patienten. Vårdaren skall inte hänga eller kasta sig på stolen. Det är inte hyfsat beteende att sitta och lyssna på patienten med fötterna på bordet. Vårdaren borde inte kommendera patienten utan uttrycka sig på ett vänligt och hyfsat sätt. Det är frågan om så litet att få patienten att känna vårdaren betar sig hyfsat.

"... för ett hyfsat språk inte mumlar i skägget och inte skriker."

"... man skall inte hänga över stolkarmen eller sätta benen i kors på bordet eller något liknande, man uppför sig hyfsat."

"Ja endel slänger sig bara på sin rullande stol och räcker handen åt dig..."

"... sitta så här med armarna i kors och bakåt lutad så då är de inte så skärskilt intressant."

9.6 Lyssna

Det är viktigt att vårdaren lyssnar på sin patient. Om vårdaren eller läkaren inte lyssnar på patienten så hur skall de annars kunna veta varför patienten har kommit till hälsostationen. Det här är en ensam kategori utan under kategorier.

"... lyssnar på patienten och försöker ta reda på varför patienten har kommit..."

"Det har alldeles största betydelse..."

"Jo jo de nog viktigt för jag pratar inte så länge."

"Nå de har väldigt stor betydelse inte kan de annars veta vad man kommer för just."

"... jo lyssnande är viktigt."

10 TOLKNING

I det här kapitlet kommer det att tolkas resultatet av intervjumaterialet mot den teoretiska referensramen och tidigare forskningarna. I den här studien har Roach teoretiska referensram och hennes fem begrepp medkänsla/medlidande, kompetens, förtroende, samvete och förbindelse använts. I en bra vårdrelation hittar man alla dessa grundelement.

Informanterna tog upp lyssnande som en av de element som påverkar mottagningstillfället. Hur viktigt det är att vårdaren verkligen kan lyssna på sin patient. Om vårdaren kan kommunicera rätt med patienten så vill patienten följa de direktiv som vårdaren ger. (Jensen et al 2010) Detta kan bero på att patienten får en känsla av att vårdaren kan sätta sig in i hennes problem. Patienter som själv är delaktiga i sin vård och vill få information om sin egen vård är mera aktiva i sin patient roll.(Deen et al 2010) De patienter som är delaktiga i vården tycker att de mår bättre säger Zandbelt et al.(2007) Roach begrepp medkänsla betyder att vårdaren förstår hur den andra känner och ger av sig själv till den andra. Enligt informanterna är kommunikation något viktigt som kommer fram på många olika sätt.

Det som många informanter tog fasta på var den non-verbala kommunikationen och hur viktig den är i kommunikationen. I en underökning av Margalit et al (2006) togs datoranvändningen på mottagningar upp och hur den kan påverka ögonkontakten mellan vårdare och patient. Oftast togs en stor del av vårdarens koncentration upp av datamaskinen och inte av patienten som kom in till mottagningen. Det i sin tur ledde naturligtvis till att ögonkontakten blev mindre till patienten. När vårdaren inte har tillräckligt med ögonkontakt tycker patienten att vårdaren inte bryr sig om. Gorawara-Bhat & Cook (2011) tog i sin forskning upp att vårdare som kan ta bra ögonkontakt kan sätta sig snabbare in i patientens problematik. Man skall ta genast ögonkontakt med patienten och hålla kvar den fastän patienten talar. Vårdare som har bra ögonkontakt ger en känsla till patienten att hon lyssnar på henne. Som vårdare skall man uppmuntra patienten att uttrycka sig fritt. Tejero (2010) säger att när vårdaren och patienten möts så skapas ett band mellan vårdaren och patienten. Patienter vågar säga vad han/hon har på hjärtat och känner sig trygg. Det räcker inte bara att vårdaren är öppen för mötet, utan

patienten måste också vara det för att det skall bli ömsesidigt och äkta.

Informanterna tyckte att det viktigaste gällande den non-verbala kommunikationen var ögonkontakten. Man skall titta varandra i ögonen annars får patienten lätt en känsla av att vårdaren har något hon försöker gömma. Vårdaren känns inte pålitlig om hon inte kan ha tillräckligt bra ögonkontakt. Personkemin är något som hör till den non-verbala kontakten. Känslan att man kommer överens med den andra utan att behöva säga någonting. Roach begrepp förtroende är det som vårdaren ger sin patient så det blir ett bra möte. Det är den relation som man får till patienten, att man kan lita på den andra. I den non-verbala kommunikationen är det förtroende för den andra som gör att man kan lita på varandra.

Språket är en mycket viktig del av vår identitet. Då vi inte har samma modersmål som majoriteten kan det vara att vi inte får den vård vi skulle vilja ha på vårt eget modersmål. Enligt artikeln Social- och hälsovårdstjänster på eget språk i tvåspråkiga kommuner ska varje patient ha rätt att få betjäning och bemötande på sitt eget modersmål. Det här fungerar naturligtvis inte alltid fastän det borde det. Ofta är det i kommuner med finska som majoritetsspråk som betjäningen på svenska kan vara knapp. Ofta var patienterna nöjda med den vård de fick fastän de inte fick det på sitt modersmål (Kauppinen 2008). Många av informanterna tyckte att det hade varit trevligt att få vård på svenska, men de talade hellre finska med en vårdare som talade dålig svenska. Det viktigaste är nog att man blir förstådd av den andra. Det är synd att alla som borde få det inte får vård på svenska. Alla informanter tyckte att det är trevligt om man får en vårdare som kan tala flytande svenska. Något som informanterna tog fasta på var dialekter. Det finns åtminstone ingen artikel om dialekter och deras påverkan i vården. Största delen av informanterna tyckte inte att det spelade någon roll om vårdaren talade med dialekt. Medicinska termer tyckte informanterna att vårdaren borde förklara bättre för att undvika missförstånd. I Jones (2003) artikel skriver han att det är vårdaren som väljer språket och de teman som tas upp på mottagningen.

Det som kom fram var att språkfrågan alltid är lika aktuell och bra att tänka på i vården. I många artiklar togs ras och kultur frågor upp, men dessa behandlades dock inte av informanterna.

I artikeln ”Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulla”(Outinen &

Lindqvist 1999) utgiven av Stakes kom begreppet individualitet starkt fram. Då patienten får en bra kontakt till vårdaren känner patienten sig jämställd med vårdaren och situationen blir äkta. Patienten vågar då uttrycka sig fritt. Både vårdaren och patienten har samma mål och vårdaren tänker på patientens bästa. Att patientens behov är det viktigaste konstaterar också Outinen & Lindqvist (1999) i sin artikel. Det är viktigt att komma ihåg att varje patient och varje vårdare är en egen individ med sin egen personlighet. Zandbelt et al. (2007) säger att patientcentrerad vård utgår från just detta, att varje patient är en enskild individ med egna erfarenheter. Detta konstaterar också Pillet-Shore i sin forskning. (2006) Informanterna tyckte att det är viktigt att bli bemött som en unik person, inte som ett nummer eller en sjukdom när man kommer till hälsostationen. Vårdare borde bemöta alla patienter som individer eftersom det är det bästa sättet att bli bemött. Informanterna tog upp vårdarens personlighet som något som inverkar på vårdssituationen. Informanterna önskade att vårdaren skall visa sin personlighet i mötet med patienten. I Bonvicinis et al (2009) artikel fastslås att patienterna tyckte att det allra viktigaste en vårdare kan visa är empati. Det viktigaste enligt den här artikeln var att vårdaren visar omtanke och att vårdaren bryr sig om patienten. Roach begrepp samvete passar bra till individualitet därför att vårdaren skall ha samvete för att veta när hon bemöter patienten rätt eller fel. Vårdaren vet hur man tar emot patienten som en individ. Samvete lär man sig bara genom att pröva sig fram hur man skall möta varje patient rätt. Det kan hända att vårdaren ibland bemöter sin patient som ett nummer fastän han/hon inte menade det. Det sker mycket på grund av tidsbrist vilket gör att man inte har tid att sätta sig in i alla de frågor patienten skulle vilja behandla på mottagningen. Det gör att patienten kan känna sig som en i raden.

Tejero (2010) beskriver i sin forskning att fastän mötet mellan vårdaren och patienten var kort så var det oftast varmt och vänligt. Öppenhet mellan patient och vårdare, samt engagemang hos vårdaren var något som också togs upp i forskningen. Informanterna beskrev professionella vårdare som sakliga och vänliga. Några informanter var uppmärksamma på att det är mycket viktigt att vårdaren kan sin sak, att de vet vad de skall göra och gör det. Roachs begrepp kompetens skulle man kunna koppla ihop med professionalitet eftersom man kan sin sak. Endast kompetensen gör inte vårdaren professionell eftersom det är många andra faktorer som inverkar på en professionell vårdare. I intervjuerna kom det fram att bl.a. vänlighet och saklighet är byggstenar för

en bra professionell vårdare. Grunden för en professionell vård är ändå kompetensen, men utan medkänsla kan vårdaren kännas att hon inte bryr sig om patienten.

Udonwa et al. (2010) tar fasta på väntetiderna på hälsostationerna. Fastän forskningen är gjord i Afrika gällande anhörigas bemötande på en hälsostation var hälften av anhöriga av den åsikten att väntetiden var alldeles för lång och anhöriga tyckte att vårdarna var alldeles för kort tid med dem. I Tejero (2010) forskning som är utförd på Filipinerna så var resultatet ett helt annat. Där var patienterna nöjda med vården fast vårdaren var bara några minuter med dem. Det är intressant att se dessa skillnader eftersom resultatet av de intervjuer som gjorts i den här studien verkar ha ett större samband med Udonwas studie som är gjord i Afrika.

Informanterna i den här studien tyckte att vårdarna skulle vara effektiva och gå rakt på sak. Informanterna tyckte att bemötande var bra om man inte behövde vänta länge. Roach begrepp förbindelse passar bra ihop med tid och tidsanvändning. Förbindelse betyder att man känslomässigt är fast i en person för den tid som patienten är på mottagningen. Om det sen är en kort eller längre tid.

11 AVSLUTNING

I det här kapitlet kommer det dessutom tas upp diskussionen och kritiska granskningen. I diskussion kommer att tas upp resultatet av forskningsfrågorna. Jag kommer också att diskuteras på förslag till hurdana fortsatta forskningar inom ämnet man kunde göra. I kritiska granskningen går hela studien igenom och granskas.

11.1 Diskussion

Som det redan tidigare kommit fram valde jag patientens perspektiv i bemötande på en hälsostation. Detta eftersom det inte finns så mycket forskat inom det här ämnet. De forskningarna som var gjorda, var ofta gjorda utgående från ett sjukhusperspektiv. Det fanns två forskningsfrågor i det här arbetet, som jag utgick från. Den första frågan tog allmänt upp hurdan bemötande patienten ville ha och den andra forskningsfrågan gick mera in på djupet och där ville jag få reda på vad som är viktigaste i bemötande.

Resultatet till den första forskningsfrågan var givande. Där kom det fram många olika synpunkter till hurdan bemötande patienten vill ha. Slutsatsen man kan dra var att den non-verbala kontakten är viktig i bemötande. Ett enkelt knep är att ta ögonkontakt med patienten eftersom det ger större förtroende. Hållningen visar hur intresserad vårdaren är. Personkemi är något som man har med en person eller inte. Språket är det viktigaste i kommunikationen. Att få prata sitt modersmål är bara en positiv sak, men det är inte det viktigaste. Dialekter och slang i vården tyckte största delen av informanterna var acceptabelt. Medicinska termerna ansågs som krångliga. Om vårdaren använde sig av dem ville patienten också få veta vad de betyder. Att vårdaren kunde använda tiden hon har till sitt förfogande effektivt var en positiv upplevelse för informanterna. Om vårdaren visade att hon var stressad påverkades mångas upplevelse av tidsanvändningen negativt, eftersom en stressad vårdare ger en bild av att hon inte har tid med patienten. Professionalitet är något som togs upp genom saklighet som betyder att man får den behandling man skall ha. Informanterna tyckte att vårdarna skall visa sin personlighet. Helst skall vårdaren vara trevlig men ändå saklig. Individualiteten kom fram genom att vårdaren skall ta emot varje patient som en unik människa inte som ett nummer. Lyssnande är något som informanterna ansåg vara viktigt, att vårdaren lyssnade på patienten så hon vet varför patienten har kommit till mottagningen. Faktorer som också kom fram i intervjuerna var dåligt bemötande, detta behandlades under rubriken Icke professionell. Oartighet är att man inte hälsar på patienten. Brist på intresset till patienten var att vårdaren inte brydde sig om patienten. I den sista punkten slarvighet tyckte patienterna var att vårdaren inte var professionell. Om man som vårdare har alla dem här positiva egenskaperna så då får patienten det allra bästa möjliga bemötande.

I den första forskningsfrågan skingrade sig inte åsikterna. Alla informanterna höll med om vad som var ett bra bemötande. Den ända undantaget var dialektfrågan där en del tyckte att det inte är bra att vårdaren talar dialekt, medan andra tyckte det bara var roligt om vårdaren talade dialekt med dem. Det blev ett litet misstag med informanterna gällande dialekt och slang. I Intervju guiden (bilaga 5) kan vi se att jag har frågat om slangens betydelse i vården medan informanterna har svarat vad dialekten har för betydelse.

Den andra forskningsfrågan går mera in på djupet vad som är viktigaste i bemötande. Den här frågan fick jag inte direkt svar från resultatet utan jag måste granska intervjuerna på ett djupare plan. En av intervju frågorna berörde just vad som är viktigast i bemötande. Här svarade informanterna mera olika på frågan och svaren på den här frågan blev *"Nå de som nu är jätte viktigt är att de är professionella..."* här syftar informanten på att vårdaren skall hållas professionell mot patienten och veta vad som skall göras. Det här ämnet tog en annan informant upp på ett annat sätt *"Viktigast är förstås att patientens problem och smärtor och annat som inverkar på patientens tillfrisknande att det blir klarlagt så noggrant som möjligt."* Individualitet tas också upp i följande svar *"Nå man går ju dit för att man har nåt problem av nåt slag och att de då tar sig ann de problemen"* Här tolkar jag det som att patienten kommer med sin sjukdom eller problem och läkaren skall ta emot patienten individuellt. I nästa svar på frågan vad som är viktigaste i bemötande så tas individualiteten upp så här *"Visar tolerans och förståelse det är de viktigaste att man tar blir mottagen som en människa..."*. Sen tas språket upp såhär *"Att de sku förstå vad jag säger oberoende vilket språk jag pratar."* Här fast det är frågan om språket att man kan tala vad som helst för språk och vårdaren förstår. Utan också individualiteten att man blir märkt och förstådd som den man är.

I den här andra forskningsfrågan kom det olika svar men det beror säkert på att varje informant har olika värderingar i livet vad de tycker är viktigast. Ändå påminde svaren mycket om varandra. Vårdaren skall vara professionell och ge individuell vård till patienten.

Som det har kommit fram i den här studien är bemötande nog något mycket viktigt som

patienterna har mycket att säga om. Det är bra att patienterna vet hur de vill bli bemöta av vårdaren. Jag tycker att det är viktigt att man som vårdare vet hur patienterna skulle vilja bli bemöta. Då patienten blir bra bemött känner patienten att han får mera av mötet.

När jag gick läst igenom andra forskning om bemötande så märkte jag att man skulle kunna skriva om bemötande från andra synpunkter. Det skulle vara intressant att få en liknande forskning som denna men så att man skulle utgå från vårdarnas syn på vad ett bra bemötande är och se hur det stämmer överens med resultatet i den här studien. Skulle vårdarna ta upp samma faktorer som patienterna tog upp i den här studien. Hur mycket tänker vårdarna på bemötande och hur viktigt tycker de att det är. Ett annat ämne som det skulle vara intressant att få reda på är hurdant bemötande skulle anhöriga vill få på en hälsostation. Är det samma som patienten själv eller skulle det skilja sig på något sätt. Jag hade en artikel om anhörigas bemötande på en hälsostation i Afrika och enligt den verkade det att anhöriga skulle vara mera kritiska mot det bemötande som de får som anhörig.

11.2 Kritisk granskning

I det här kapitlet kommer jag att kritiskt granska studien. Vad som var bra och vad man skulle kunna förbättra på. Det fanns mycket artiklar om hur nöjda patienterna var med vården. Men för det mesta var det från läkar-patient möten. Senare hittades de några artiklar om mötet mellan vårdaren och patienten. De flesta artiklarna som söktes handlade om mötet på ett sjukhus. Alla artiklar som lästes var inte relevanta och de kom inte med i studien. Material om ämnet fanns, men det tog tid att hitta och välja ut artiklar som var relevanta för just den här studien. Två av artiklarna som jag använde i studien var forskning gjorda i u-länder. Det är kanske inte de mest relevanta artiklarna i det här arbetet men jag valde att hålla med dem för att de ger en annan vinkel till bemötande. Den artikeln från Nigeria tittar på anhörigas bemötande. De artiklarna som användes granskade bemötande/mötet från många olika vinklar som exempel ögonkontakt.

Som teoretisk referensram användes Simone Roach fem C: na medkänsla/medlidande (compassion), kompetens (competence), förtroende (confidence), samvete (conscience) och förbindelse (commitment). Genom att vårdaren har alla av de här fem begreppen kan man säga att hon ger den bästa omsorgen till sin patient. Det skulle säkert ha funnits en mer relevant teori till det här arbetet. Eftersom arbetet var mycket centraliserat på patientens tankar så skulle man säkert kunna hitta en teori som skulle ha tangerat det på ett bättre sätt. Jag tycker att det har varit intressant att ta reda på vad patienterna tycker är bra bemötande. Att koppla ihop det med Roach teori om vad vårdaren skall göra för att ge den bästa omsorgen till sin patient var inte så lätt, men jag är ändå rätt så nöjd med slutresultatet.

Syftet med arbetet tycker jag var klart redan från början. Jag ville få reda på hur patienterna på en hälsostation önskar bli bemötta. Första forskningsfrågan var lätt att komma på men den andra forskningsfrågan var mycket svår att hitta på. Den andra forskningsfrågan tyckte jag vid något skede liknar alldeles för mycket den första forskningsfrågan, men efter att jag funderat på saken märkte jag att den andra forskningsfrågan gick mera in på djupet än den första frågan.

Metoden som användes i arbete var intervju. Det att intervjua personer tar ofta mycket tid. Man måste tänka hela tiden hur mycket information man vill ge till informanterna före intervjun och hurdan roll man tar som intervjuare. Det är mycket viktigt att man inte uttrycker sina egna tankar under intervjun för att de kan ge ledande svar och man vill inte som forskare få ett opålitligt resultat. Transkriberande tar en mycket lång tid och den kan kännas jobbigt ibland. Jag tyckte nog att transkriberande var en helt intressant fas. Under transkriberande kom det inte fram informantens namn utan. Informanten skrevs ut med ett sort I i alla texter och så numrerades intervjuerna så att jag viste vilken intervju det var.

Jag tror ändå att intervju som metod passade bra till den här studien. Jag använde kvalitativ metod för att jag vick det djupet och informanternas egna tankar som var viktigt. När man väljer intervju som metod måste man tänka mycket på det etiska så att allting skall gå rätt till. Jag tänkte nog under intervjuerna och under transkriberande på informanternas konfidentialitet och hur tolka resultatet på det bästa möjliga sättet. Så att

man inte misstolkar vad informanten menat.

I efterhand kom jag fram till att man borde ha haft mera intervjufrågor. För att få ett mer uttömmande resultat. Vissa av frågorna var till en del upprepningar, men det gav å andra sidan informanten att se på samma fråga ur många olika vinklar. Jag borde ha tänkt mera på vad jag vill få reda på. Det blev kanske lite för bråttom att få intervjuerna undan före sommarlovet skulle börja. Intervjuerna blev mycket kortare än vad jag hade tänkt mig från första början. Den information som informanterna gav var mycket relevant till studien. Det var bra att informanterna var från Esbo stad för det gav mera relevans till studien eftersom hela studien handlar om en hälsostation som skall öppnas i Esbo. Informanterna visste ju hur hälsostationerna i Esbo fungerar idag. Alla informanterna talade svenska som modersmål. Det kan vara mycket möjligt att man skulle ha fått ett annorlunda resultat om man skulle ha intervjuat personer som har finska som modersmål. Jag hade både kvinnor och män som informanter i arbetet. Så jag kunde se om det blev någon skillnad mellan hur män och kvinnor tänker och ser på bemötande. Det som jag kom fram till var att det inte var någon skillnad mellan hur män och kvinnor tänker på bemötande.

Studien analyserades som innehållsanalys. Jag hade svårigheter att hitta en bra innehållsanalys som skulle användas och som passade till arbete. Det var inte så lätt som jag tänkte mig. Till sist hittades Jacobsen (2007) som användes. Resultatet från den första forskningsfrågan tog en stund att få fram och den höll med mycket med de tidigare forskningarna. Den andra forskningsfrågan fick jag inte genast fram så jag måste gå och titta på mina intervjuer på nytt. En av mina intervjufrågor var samma som forskningsfrågan så jag fick svaret därifrån. Svaret som jag fick till andra forskningsfrågan kan man inte generalisera för att jag inte hittade någon annan forskning som skulle ha tagit upp just den frågan.

Examensarbete har varit en lärorik process som tagit längre tid än vad jag tänkt mig. Det har också varit en jobbig process för att jag har dyslexi och skrivande är inte alltid det lättaste för mig.

KÄLLOR

Arcada Elli-projektet. Tillgänglig: <http://info.arcada.fi/elli> Hämtad 1.5.2011.

Bonvicini, Kathleen A; Perlin, Michael J; Bylund, Carma L. Carroll; Gregory. Rouse, Ruby A & Goldstein, Michael G. 2009, Impact of communication training on physician expression of empathy in patient encounters. *Patient Education and Counseling*, nr 75, s. 3-10.

Dahlberg, Karin. 1994. *Vårdandets helhetssyn*, Lund:Studentlitteratur. 128s.

Deen, Darwina; Lu, Wei-Hsin; Rothstein, Dan; Santana, Luzc & Gold, Marthe R. 2010, Asking questions: The effect of a brief intervention in community health centers on patient activation. *Patient Education and Counseling*, s. 1-4.

DePoy, Elizabeth & Gitlin Laura N. 1999, *Forskning -en introduktion*, Lund:Studentlitteratur. 373s.

Denscombe, Martyn. 2009, *Forskningshandboken- för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*, Lund:Studentlitteratur AB. 445s.

Elder, Keith; Wiltshire, Jacqueline; McRoy, Luceta; Campbell, Dayna; Gary, Lisa & Safford, Monika. 2010, Men and differences by racial/ethnic group in self advocacy during the medical encounter. *Jmh*, vol. 7, nr 2, s. 135–144.

Eriksson, Kati. 1992, *Vårdprocessen*, Göteborg: Almqvist & Wiksell Förlag AB. 133s.

Grönfors, Martti. 1982, *Kvalitatiiviset kenttättyömenetelmät*, Finland:WSOY, s.233

Gorawara-Bhat, Rita & Cook Mary Ann. 2011, Eye contact in patient-centered communication. *Patient Education and Counseling*, s.1-6.

- Jacobsen, Dag Ingvar. 2007, *Förståelse, beskrivning och förklaring: introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälsovård och socialt arbete*, Lund: Studentlitteratur, 316 s.
- Jensen, Jakob D; King, Andy J; Guntzville, Lisa M & Davis, LaShara A.2010, Patient-provider communication and low-income adults: Age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. *Patient Education and Counseling*, nr 79, s. 30–35.
- Jones, Aled. 2003, Nurses talking to patients: exploring conversation analysis as a means of researching nurse-patient communication. *International Journal of Nursing Studies*, nr. 40, s.609-618.
- Kauppinen, Marjaliisa. 2008, Omakieliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kaksikielisisä kunnissa. Social- och hälsovårdstjänster på eget språk i tvåspråkiga kommuner. *Stakes*, s.81-82.
- Kvale, Steiner. 1997, *Den kvalitativa forskningsintervjun*, Lund:Studentlitteratur, 306s.
- Margalit, Ruth Stashefsky; Roter, Debra; Dunevant, Mary Ann; Larson,Susan & Reis, Shmuel. 2006, Electronic medical record use and physician-patient communication: An observational study of Israeli primary care encounters. *Patient Education and Counseling*, nr 61, s. 134–141.
- Nordman, Tina. 1995, *Står tiden stilla?*, Åbo Akademi, 113s.
- Norstedts Engelsk Ordspråk. 1998, *Norstedts ordbok AB:Sverige*. 888s.
- Outinen, Maarit. Lindqvist, Tuija. 1999, Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulla. *Valtakunnallinen suositus*. Gummerus kirjapaino Oy, s.11-14.
- Piller-Shore, Danielle. 2006, Weighing in primary-care nurse-patient interactions. *Social Science & Medicine*, nr. 62, s. 407-421.

Roach, Simone. 1992, *The human act of caring: blueprint for the health professions*, 3 uppl., Ontario: Canadian Hospital Association Press Ottawa, 148s.

Tejero, Lourdes Marie S. 2010, Development and validation of an instrument to measure nurse-patient bonding. *Interactional Journal of Nursing Studies*, nr.47, s. 608-615.

Udonwa N; E, Gyuse A; N, Etokidem A & J, Ogaji D.S.T. 2010, Client views, perception and satisfaction with immunisation services at Primary Health Care Facilities in Calabar, South-South Nigeria. *Asian Pacific Journal of Tropical*, s. 298-301.

Zandbelt, Linda C; Smets, Ellen M A; Oort, Frans J; Godfried, Mieke H & de Haes, Hanneke C.J.M. 2007, Patient participation in the medical specialist encounter: Does physicians' patient-centred communication matter?. *Patient Education and Counseling*, nr 65, s. 396–406.

BILAGOR

Bilaga 1

Sökmotor	Sökord	Datum och tid	Resultat	Hur många lästes
EBSCO (CINAHL)	Patient satisfaction AND health center	2.2. -11 kl.10.13	74	1
SciVerse (Science Direct)	Health center patient satisfaction	2.2. -11 kl.11.11	46256	1
Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL)	terveysasema	3.2. -11 kl.11.00	462	1
Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL)	Saada palvelua omalla äidinkielellä	3.2. -11 kl.11.08	450	2
SciVerse (Science Direct)	Health care center patients satisfaction	3.2. -11 kl.11.45	41331	1
SciVerse (Science Direct)	Health care center and patients encounters	3.2. -11 kl.11.58	25759	9
EBSCO (CINAHL)	Patients encounters	3.2. -11 kl.13.25	1096	1
SciVerse (Science Direct)	Measuring patient-centered communication in patient-physician consultation: theoretical and practical issues	8.2. -11 kl.14.00	108	1
SciVerse (Science Direct)	Patients first impression AND health care center	10.2. -11 kl.14.10	19219	1
EBSCO (CINAHL)	What patients think of health centers	10.2. -11 kl.14.30	3357	1
Google Scholar	Patienternas första intryck om hälsovårdscentraler	10.2. -11 kl.14.45	37	1
SciVerse (Science Direct)	Patients meetings on a health care center	10.2. -11 kl.15.00	95966	1
Medic	Terveysasem* hälsovårdcen*	1.2. -11 kl. 13.15	1213	1
SciVerse (Science Direct)	Patient nurse AND Interaction	1.3. -11 kl.15.09	41661	1
SciVerse (Science Direct)	Nurse patient AND Interaction	1.3. -11 kl.15.30	41661	2

Bilaga 2

Vad är bemötande?

Koder (ord)	Tema	Kategorier
-------------	------	------------

Här är en del av de ordena som kom fram. Här är de tre termerna som ordena bildade De stora kategorierna.

Ser i ögonen Ser på varandra Blir noterad Personligkontakt Ställning Kroppsspråk	Ögonkontakten 12st Personkemi 2st Hållningen 12st	Non-verbal kommunikation 26st
Slang Vanligt språk Prata eget modersmål Förstå Svenska talande	Modersmål 18st Dialekter 6st Medicinska termer 7st	Språk 31st
Snabb Jäktad Tids brist Behöva köa Rakt på sak Ha tid Koncentrera sig	Stress 7st Varierande tider 18st Effektivitet 6st	Tids användning 31st
Snäll Vänlig Kan sin sak Erfarenhet Mänsklig Personlig Empati	Saklighet 7st Personlighet 21st Individualitet 12st	Professionell 40st
Nonchalant Ser inte Oärlig Hälsar inte Ytligt plan Hänger över stolen	Oartighet 9st Ointresse 9st Slarvighet 7st	Icke Professionell 25st

Här kom det en ensam kategori utan teman.

Lyssnar Lyssnande	Lyssna 10st
----------------------	-------------

Bilaga 3

Informant brev

Bästa informant

Jag är Rose-Marie Lähdeaho och studerar mitt sista år för att bli sjukskötare på Arcadarykeshögskola och skall nu skriva mitt examensarbete. Arbetet sker under Marianne Tasts handledning. Ni har blivit tillfrågade om Ni vill delta i den här undersökningen. Mitt examensarbete hör till ett projekt som heter Elli (Esbo Living Lab Innovation). Det är ett samarbetsprojekt med Esbo stad. Syftet är att skapa framtidens hälsovårdscentral. Syftet på arbetet är att få reda på hur patienterna på en hälsostation önskar bli bemötta av vårdarna och läkarna.

Intervjun kommer att ske på den tiden och platsen som vi kommit överens tidigare. Intervjun kommer att ta ungefär en 30-45 minuter och kommer att bandas på en bandspelare. Allt material kommer att förvaras på ett säkert ställe och ingen annan kommer att ha tillgång till dem. När arbetet är klart kommer banden att förstöras. Ni kommer att vara anonyma i arbetet och det ni säger kommer inte kunna följas upp till Er.

Deltagande är frivilligt och Ni kan när som helst under undersökningens gång avbryta deltagandet och Ni behöver inte förklara varför.

Om Ni har några frågor, vänligen kontakta:

Rose-Marie Lähdeaho

E-post: Rose-Marie.Lahdeaho@arcada.fi eller Rosie.Lahdeaho@gmail.com

Telefon nummer: +358 40 5703 334

Marianne Tast, Handledare

E-post: Marianne.Tast@arcada.fi

Telefon nummer: 0207 699 631 eller +358 50 3684 612

Jag är mycket tacksam över att Ni vill delta i undersökningen.

Bilaga 4

Informerat samtycke

Ni deltar frivilligt i underökningen om hur patienterna/klienterna vill bli bemötta på en hälsostation. Ni kan när som helst under underökningens gång dra avbryta deltagandet och Ni behöver inte förklara varför.

Allt material kommer att förvaras på ett säkert ställe och ingen annan kommer att ha tillgång till det. När arbetet är klart kommer banden att förstöras. Ni kommer att vara anonyma i arbetet och det ni säger kommer inte kunna följas upp till Er.

Jag har läst informationen som står ovanför.

Jag ger mitt samtycke till att delta i underökningen.

Informantens Namn

Ort och datum

Intervjuarens Namn

Ort och datum

Intervju temaguide

1. Kan Ni berätta hurdant bemötande Ni varit nöjd med?
2. Hur skulle Ni vilja bli bemött på en hälsostation?
 - Vilken roll spelar modersmålet i bemötande?
 - Hur känns det om man inte får prata sitt modersmål?
 - Är det viktigt att bli individuellt bemött inom vården?
 - Hur känns det när alla blir bemöta på samma sätt?
 - Tycker Ni att vårdarnas och läkarnas sätt att bemöta är olika?
3. Vad är viktigast i bemötandet?
 - Kommunikationens betydelse i bemötande?
 - Hur känns det om vårdaren använder mycket slang?
 - Hur känns det om vårdaren använder mycket medicinska termer?
 - Den non-verbala kommunikationens betydelse i bemötande?
 - Vilken betydelse har ögonkontakten?
 - Vilken betydelse har det att vårdaren aktivt lyssnar?
 - Kroppsställningens betydelse?
4. Kan Ni berätta hurdant bemötande Ni varit missnöjd med?