



**LUNDS UNIVERSITET**  
Medicinska fakulteten

# Ett bra bemötande för optimal upplevelse av vården

En litteraturstudie

Författare: Kajsa Ekström och Marie Holm

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Kandidatuppsats

Hösten 2012

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten

Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Ett bra bemötande för optimal upplevelse av vården

## En litteraturstudie

Författare: Kajsa Ekström och Marie Holm

Handledare: Annica Sjöström-Strand

Kandidatuppsats

Hösten 2012

## Abstrakt

Studien grundas i att alla människor har lika värde och rätt att bemötas med respekt. Trots detta var en tredjedel av patientnämndens anmälningar år 2010 bemötanderelaterade. Denna studie syftar till att belysa vad som karaktäriserar ett gott bemötande inom vården ur patientens perspektiv, samt hur det förbättrar patientens upplevelse av vården. En litteraturstudie genomfördes där nio artiklar sammanställdes. Av dessa var sex kvantitativa och tre kvalitativa. I resultatet kunde tre teman urskiljas, vilka karaktäriserar det goda bemötandet. Dessa var informativt bemötande, individanpassat bemötande samt värdefulla egenskaper i det mellanmännliga bemötandet. Gott bemötande visades bidra till ökad tillfredsställelse hos patienten, minskad känsla av obehag vid vårdbesök samt ökad intention att återbesöka och rekommendera vårdgivaren.

## Nyckelord

Bemötande, omvårdnad, patienttillfredsställelse, personcentrerad vård, information, mellanmännligt bemötande.

Lunds universitet  
Medicinska fakulteten  
Nämnden för omvårdnadsutbildning  
Box 157, 221 00 LUND

# Innehållsförteckning

Innehållsförteckning .....	1
Introduktion .....	2
Problemområde .....	2
Bakgrund .....	3
Definition av bemötande .....	3
Människosyn .....	3
Personcentrerad vård .....	4
SAUK-modellen .....	5
Lagar och föreskrifter .....	6
Aktuell kunskap inom området .....	7
Syfte .....	8
Metod .....	8
Urval .....	8
Datainsamling .....	8
Kvalitetsgranskning .....	10
Data analys .....	11
Forskningsetiska avvägningar .....	11
Resultat .....	11
Informativt bemötande .....	13
Individanpassat bemötande .....	14
Värdefulla egenskaper i mellanmänskligt bemötande .....	15
Sammanfattning .....	17
Diskussion .....	18
Diskussion av vald metod .....	18
Diskussion av framtaget resultat .....	19
Slutsats och kliniska implikationer .....	22
Författarnas arbetsfördelning .....	22
Referenser .....	23
Bilaga 1 (1) .....	29

# Introduktion

## Problemområde

Patientbemötande är av stor betydelse för att kunna ge god omvårdnad samt öka patientens tillfredsställelse. För att kunna ge optimal omvårdnad måste vårdpersonal få fördjupad kunskap i vad ett gott bemötande innebär i vårdsammanhang. Undermåligt bemötande förekommer vilket kan medföra sämre vård (Lattimer et al., 2010). Patienter som exempelvis inte tas på allvar vad gäller smärta kan leda till underbehandlad smärta och onödigt lidande. Patienter har även upplevt att de inte behandlats med respekt eller involverats i beslutstaganden angående sin egen vård (a.a.). Bland patientnämndens anmälningar år 2010 är bemötanderelaterade problem det tredje vanligaste (Patientnämnden Skåne, 2011; Västra Götalandsregionen, 2010). Sedan 2002 har bemötanderelaterade anmälningar till Patientnämnden Skåne mer än fördubblats och under samma tid har Socialstyrelsens mottagna klagomål tredubblats jämfört med sin föregångare Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (Hammargren, 2012, oktober 9). I Västra Götalandsregionens bemötandeanmälningar var 60 % gjorda av kvinnor, 39 % av män och 1 % av anonyma. Patienterna menar att de blivit nonchalant bemötta av en nedlåtande personal. Inom området har även brister i empati och kommunikation rapporterats (Västra Götalandsregionen, 2010). Liknande problem har rapporterats från Patientnämnden i Stockholms län (2010) där patienten dessutom inte upplever sig fått delta aktivt i sin egen vård. Enligt Sveriges Kommuner och Landstings (2011) undersökning anser 17 % av deltagarna att de antingen inte alls eller bara delvis blivit bemötta med respekt och på ett hänsynsfullt sätt. Ett bristfälligt bemötande kan leda till en försämrad dialog där viktig information uteblir (Abdulhadi, Al Shafae, Freudenthal, Östenson & Wahlström, 2007). Trots att det finns flera studier som behandlar patienttillfredsställelse i vårdsammanhang så är det svårt att finna studier med ett tydligt bemötandefokus. Det saknas reviewartiklar om gott bemötande och dess betydelse vilket är anmärkningsvärt då problemet är påtagligt. Således är det motiverat att göra en sammanställning av den litteratur som finns inom området.

## Bakgrund

### *Definition av bemötande*

Enligt Nationalencyklopedin innebär bemötande uppträdande mot någon eller något. Croona (2003) tolkar det i sin avhandling *Etik och utmaning – om lärande av bemötande i professionsutbildning*, som ett socialt samspel då definitionen förutsätter ett bemötande av någon eller något. Författaren definierar vidare ett gott bemötande i vården som:

Ett samlingsbegrepp av olika benämningar av det goda bemötande som allmänheten och vårdsökande förväntar sig av de professionella inom vården. Det goda bemötandets handlingar kan därför ses som handlingar som med etiska kvaliteter är ämnade att åstadkomma något positivt i relationen med de vårdsökande (Croona, 2003, s. 8).

### *Människosyn*

Omvårdnad grundas enligt Svensk sjuksköterskeförening (2010) på den humanistiska idétraditionen. Inom svensk sjukvård är det humanistiska synsättet applicerbart vid behandlingar, vårdprioriteringar samt bemötande av patienter och närstående där människovärdet är centralt (Landstinget Sörmland, 2006). Värdegrunden ska genomsyra vårdarbetet och vara ett gemensamt förhållningsätt för vårdpersonalen där det positiva bemötandet främjas samt negativa beteenden förhindras (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). En stark utgångspunkt är människors lika värde där alla har samma rättigheter och rätten att bemötas med respekt (Landstinget Sörmland, 2006; Svensk sjuksköterskeförening, 2010).

Humanismen betonar individens egenvärde, det vill säga att individen har ett värde i sig och inte bara som del i ett större sammanhang. Den humanistiska människosynen ser individen både som delaktig i en kultur och som en person med ett eget ansvar, egen frihet och eget samvete. Enligt detta synsätt ses patienter och vårdpersonal som både individer och del av en gemensam kultur. Centralt är en värdegrund med människan i centrum och att individen är ett handlande subjekt. Människovärdet, omsorgen om människan och mänskligheten samt

strävan att göra gott för andra betonas i den humanistiska etiken. Alla har rätt till en god vård och ett gott liv där det egna värdet respekteras (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2010).

## Personcentrerad vård

När en patient söker vård finns en risk att fokus endast hamnar på den aktuella orsaken till besöket. Istället bör vårdpersonalen se hela människan ur ett holistiskt perspektiv samt ta hänsyn till patientens samtliga behov och dess olika aspekter (Landstinget Sörmland, 2006). Vården ska utgå från en holistisk människosyn men det händer att vårdpersonal fokuserar på sin specifika yrkesuppgift och missar viktiga psykologiska, sociala och existentiella aspekter. En attityd med holistisk medvetenhet bidrar till att upptäcka och hantera holistiska omvårdnadsbehov (Portillo & Cowley, 2010).

Enligt Nationalencyklopedin definieras holism som ett synsätt där helheten är primär i förhållande till delarna. Holismen innebär därmed att helheten i sig är större än summan av delarna. Enligt denna syn förstås delarna bättre med hänsyn till helheten. Ett holistiskt synsätt innebär att inte bara se sjukdomen hos en person utan att beakta hela individen (Wade, 2009). Synsättet inkluderar också förståelse för individen som helhet och hur hon påverkas av inre- och yttre miljöfaktorer (Dossey, Keegan, Guzzetta & Kolkmeier, 1995).

Personcentrerad vård innebär att människan ska bemötas utifrån sina egna förutsättningar då hon är en unik varelse. Ett sjukdomstillstånd drabbar hela människan som därför måste behandlas holistiskt. Vårdarens syn på människan är avgörande för att patienten ska kunna delta aktivt i sin vård. Att se den enskilda individen, istället för en patient som en del av ett patientkollektiv som anses dela upplevelser och uppfattningar är centralt i den personcentrerade vården (Edvardsson, 2010). Enligt Travelbees omvårdnadsteori ska sjuksköterskan fokusera på den enskilde individens tolkning av sin sjukdom och det egna lidandet samt vara medveten om att det är en personlig upplevelse. Därmed bör individen visas respekt, hänsyn och engagemang (Kirkevold, 2000). Personen bör involveras och aktivt delta i sin egen vård samt bemötas med respekt och bekräftelse. Vidare ska vårdpersonalen främja personens styrkor och skapa möjligheter för eget beslutstagande angående den egna omvårdnaden. Det är även av vikt att skapa goda kliniska relationer mellan vårdpersonal och patient (Edvardsson, 2010).

Relationen mellan vårdare och patient ska utgöras av ett ömsesidigt samspel byggt på tillit. Denna relation möjliggör god kommunikation och information från båda parter, vilket är en förutsättning för personcentrerad vård. I relationen vill patienter att sjuksköterskan lyssnar och bemöter dem på ett sätt som bekräftar deras unika tillstånd, detta upplevs överordnat den praktiska omvårdnaden (Edvardsson, 2010). En fungerande kommunikation kan inte existera mellan stereotypa roller som patient- och sjuksköterskebegreppen, utan kräver enligt Travelbees omvårdnadsteori en mellanmännisklig relation mellan två unika och oersättliga individer (Kirkevold, 2000; Rangel, Hobbe, Lansinger, Magers, & McKee, 1998). Genom personcentrerad omvårdnad reduceras det makt- och beroendeförhållande som existerar mellan patient och vårdgivare. Vårdarens professionella kunskaper kompletteras av patientens expertis om sin egen hälsa och välbefinnande. Att beakta personens livsberättelse är av stor vikt i det personcentrerade arbetet för subjektivering av individen och dess livsvärld (Edvardsson, 2010).

Människosynen och personcentrerad vård behandlas vidare i Gustafssons SAUK-modell vilken kan vara en utgångspunkt i patientbemötande.

## SAUK-modellen

Gustafsson (1995) har utvecklat en modell för bekräftande omvårdnad som kallas SAUK-modellen. Den används för att i patientmöten motverka ett vanemässigt beteende och istället skapa ett medvetet och patientanpassat möte. Detta resulterar i en mer effektiv vård och hälsa av högre kvalitet (Gustafsson, 1995). Fyra efter varandra följande omvårdnads mål presenteras i modellen. Det första målet och bokstaven S står för att uttrycka Sympati i syfte att få patienten att känna sig trygg och säker. A står för en dialog med Acceptans vilket medför en öppenhet i vårdrelationen som stärker patientens inflytande och kontroll över sin situation (Meijers & Gustafsson, 2008). U representerar patientens Upplevelse av sin situation och dess innebörd, där omvårdnads målet är att få kunskap i denna. K står för att ge Kompetent omvårdnad avseende patientens specifika behov (Gustafsson, 1995). S, A och U kan ses som delmål till K som är huvudmålet. Denna kompetens kan delas in i fem principer för omvårdnadsarbete i praktiken. Dessa är enligt Gustafsson (1997) principerna om patientindividualisering, patientinvolvering, patientinflytande, patienttilltro samt patient-



omvårdar-relationen som en subjekt-subjekt-relation.

Den bekräftande omvårdnaden beskrivs enligt Gustafsson (2004) som omvårdnad på det handlande subjektets nivå där kvaliteten på omvårdnaden bedöms utifrån bekräftelse. Vid bekräftande omvårdnad stärks individens positiva självuppfattning, genom den evidens som mottas i en relation, samtidigt som den negativa självbilden försvagas. Evidens i en relation utgörs exempelvis av genuin omsorg och medkänsla för motparten. Den bekräftande omvårdnadens övergripande målsättning är att erbjuda individspecifik och professionell omvårdnad, och därmed förmå hjälpa individen med utgångspunkt i dennes personliga förutsättningar, önskemål och förväntningar. Enligt SAUK-modellen är förståelse för personers självupplevda betydelse av ohälsa och dess konsekvenser för livssituationen en förutsättning för professionell- och individspecifik omvårdnad (Gustafsson, 2004).

### *Lagar och föreskrifter*

Mycket av det som presenterats ovan avser att säkerställas genom svenska lagar och förordningar. I den svenska författningssamlingen behandlas krav och mål för hälso- och sjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763). Lagen säger att vård ska ges på lika villkor, med respekt för människors lika värde och individens värdighet där målet är en god hälsa.

I Svensk författningssamling 1982:763 § 2a framgår att hälso- och sjukvården ska bedrivas efter specifika krav på god vård. Dessa innebär att tillgodose patientens behov av trygghet och hygienisk standard, samt att vården är lättillgänglig. Patientens självbestämmande och integritet ska respekteras och god kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal ska gynnas samt att vården ska ge patienten kontinuitet och säkerhet. Lagen berör även förebyggande av ohälsa där patienten ska informeras om förebyggande åtgärder när det är aktuellt. Information ska vara individuellt anpassad och behandla hälsotillståndet, undersökningsmetoder och annan behandling (SFS, 1982:763).

Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12) redogör för att det ska finnas rutiner för att säkerställa respekt för patientens värdighet och integritet. Patienten och dess närstående ska visas omtanke och

respekt oberoende av ålder, kön, religion, funktionshinder, utbildning, social ställning, etnisk eller sexuell läggning. Patienter och närstående ska om inga hinder föreligger informeras och delta i vården (a.a.).

### *Aktuell kunskap inom området*

Kvaliteten på vården är av stor betydelse samtidigt som kraven på en effektiv vård blir allt högre vilket kan leda till att missnöjet med vården ökar i framtiden (Skär & Söderberg, 2011). Samtidigt som holistisk vård betonas starkt så förekommer ekonomiska motiv som pressar vårdpersonalen att behandla patienter som servicekrävande kunder, där tillfredsställelse kan användas som instrument för att mäta vårdkvaliteten (Izumi, Baggs & Knafl, 2010). Patienter ställer allt oftare krav på att aktivt delta i sin vård, vilket enligt Edvardsson (2010) bäst tillgodoses genom personcentrerad vård. Patientens tillfredsställelse med vården kan kopplas till dess förväntningar. Följaktligen ger högre förväntningar hos patienten också högre krav på vården. Därför är det viktigt att i förväg veta vilka krav och förväntningar patienten har på vården för att kunna ge optimal vård som motsvarar dessa. Patientens förväntningar kan variera beroende på ålder, kön, utbildningsnivå och hälsotillstånd (Izumi, Baggs & Knafl, 2010).

Folkhälsoinstitutet uppger kränkande bemötande som en av flera riskfaktorer för sämre hälsa (Socialstyrelsen, 2011). Åtgärder mot brister i bemötande har vidtagits i flera landsting. Bland annat har utbildningar i både diskrimineringslagen (SFS, 2008:567) och likabehandling genomförts samt möten för reflektion kring bemötande och faktiska insatser. Mätningar av patienters uppfattningar och erfarenheter av bemötande inom hälso- och sjukvården beskrivs av Socialstyrelsen (2011) vara betydande.

Socialstyrelsen (2011) identifierar mötet mellan patient och vårdgivare som sjukvårdens kärna. I dessa möten sker inte bara botande av sjukdom utan även lindrande av symtom, främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa. I sin rapport från 2011 tar Socialstyrelsen upp att studier påvisat att bemötandet av patienter påverkar behandlingens utfall. Trots anvisningar i Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) om bemötanderutiner för landstingen finns ofta inga specifika riktlinjer för enskilda verksamheter (Socialstyrelsen, 2011).

## **Syfte**

Denna litteraturstudie syftar till att belysa vad som karaktäriserar ett gott bemötande inom vården ur patientens perspektiv, samt hur det förbättrar patientens upplevelse av vården.

## **Metod**

En litteraturstudie har genomförts. Litteraturstudier kan göras utifrån olika syften där en översikt bildas över ett kunskapsområde. Ett urval av artiklar och texter inom ett område görs systematiskt. Dessa granskas sedan och en översikt skapas (Friberg, 2006).

## **Urval**

Litteratursökning av vetenskapliga artiklar gjordes i databasen Cinahl (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) då den har tydligare omvårdnadsfokus än exempelvis Medline (Willman, Stoltz & Bahtsevani, 2011). Inledande litteratursökning gjordes i Pubmed, som är den fria versionen av Medline (Willman et al., 2011), vilket gav få träffar som var relevanta för syftet.

## **Datainsamling**

Sökorden som användes i Cinahl var initialt Mesh-termer. Efter ett antal sökningar utmärkte sig en specifik artikel vilken innefattade termerna ”caring” och ”behaviors”, som därmed tillades i sökningarna då de ansågs relevanta för den aktuella studien. Sökorden kombinerades och begränsningar gjordes för att uppnå ett överskådligt antal artiklar att granska. De begränsningar som användes var fulltext, publicerat under de senaste 10 åren, och Cinahlfunktionen Major Heading där ”patient satisfaction” ansågs relevant. Urval gjordes inledningsvis grundat på artiklarnas rubriker och därefter deras abstract. Artiklar exkluderades om de inte var skrivna på svenska eller engelska samt applicerbara på svenska sjukvårdsförhållanden.

Tabell 1 Sökschema

Databas	Sökord	Limits	Antal träffar	Urval 1: Läst abstract	Urval 2: Läst artikel	Urval 3: Kvalitetsgranskade artiklar	Valda artiklar
CINAHL							
#1	patient satisfaction	-	7140	0	0	0	0
#2	nursing care	-	61415	0	0	0	0
#3	#1 AND #2	-	1854	0	0	0	0
#4	#3	fulltext, publicerat 2002-2012, major heading "patient satisfaction"	161	20	9	5	4
#5	Patient centered care	-	9872	0	0	0	0
#6	#1 AND #2 AND #5	-	83	0	0	0	0
#7	#6	Publicerat 2002-2012	57	6	2	2	2
#8	caring	-	23162	0	0	0	0
#9	behaviors	-	23495	0	0	0	0
#10	#1 AND #8 AND #9	-	49	0	0	0	0
#11	#10	fulltext	14	14	6	4	3

## *Kvalitetsgranskning*

Abstract lästes på 40 artiklar med intressant titel, vilket resulterade i att 23 artiklar som inte besvarade studiens syfte exkluderades. De 17 kvarvarande artiklarna lästes av båda författarna för att minimera tolkningsmisstag. En diskussion fördes därefter kring deras innehåll och huruvida deras resultat var aktuellt för denna studies syfte. Vid detta moment exkluderades ytterligare 6 artiklar. En matris skapades i enlighet med Friberg (2006) där relevanta uppgifter från de 11 kvarstående artiklarna sammanfattades. Dessa artiklar granskades sedan enligt Fribergs (2006) resonemang kring vetenskaplighet. En mall skapades efter författarens förslag på frågor som då formulerades om till ja- och nej-frågor (a.a.). Artiklarna granskades initialt enligt mallen följt av en mer ingående granskning av de brister som framkommit. Bristerna undersöktes och diskuterades, varefter en slutgiltig bedömning gjordes i enlighet med Forsberg och Wengström (2008) genom att väga artiklarnas styrkor och svagheter mot varandra. Två artiklar föll bort vilket motiverades med bristande vetenskaplighet respektive sjuksköterskeperspektiv på bemötandet. Totalt valdes nio artiklar ut till studien vilka har markerats i referenslistan med en \*.

De resonemang och frågor kring vetenskaplighet som Friberg (2006) för beskrivs fortlöpande i den följande texten. Vid granskning av artiklarna utmärkte sig frånvaron av teoribildning (Friberg, 2006) då det saknades i samtliga artiklars bakgrund. Teoretiska utgångspunkter (Friberg, 2006) saknades helt i artiklarna av Palese et. al. (2011), Thorsteinsson (2002) och Land, Jobanputra, Webber och Ross (2012). Generellt var de teoretiska utgångspunkterna vaga. Många beskrev relevanta resultat från tidigare studier i sin bakgrund men tydliggjorde inte någon specifik teori. Dessa svagheter vägdes upp av tydliga problemformuleringar och syften (Friberg, 2006) som ansågs relevanta för denna studie. Metod, urval och dataanalys (Friberg, 2006) var genomgående väl beskrivet. Dock utmärkte sig åter artikeln av Land et. al. (2012) med en bristfällig beskrivning av urvalsmetod. Artiklarnas etiska resonemang (Friberg, 2006) nämndes ofta bara kortfattat som ett godkännande från aktuell instans och saknade mer djupgående information. Fyra artiklar saknade helt etiska resonemang, detta kan försvaras med att studien gjorts på patienter efter utskrivning. Samtliga artiklar uppvisade ett väl beskrivet resultat samt relevanta argument och diskussion (Friberg, 2006). Även metoddiskussion (Friberg, 2006) återfanns hos samtliga, dock i varierande omfattning.

## Dataanalys

Induktiv metod användes där de artiklar som genomgått granskningsprocessen studerades gemensamt med ett öppet sinne. Materialet jämfördes därefter i syfte att hitta gemensamma resultat och teman. Nyckelord färgkodades och artiklarna ställdes upp på ett överskådligt sätt enligt metod och resultat, varefter tre huvudteman tydligt kunde urskiljas.

## Forskningsetiska avvägningar

Grunden för forskningsetik är att den ska genomföras med respekt för människovärdet, frihet och mänskliga rättigheter (CODEX, 2011). Den enskilde individens välmående går före andra intressen (Helsingforsdeklarationen, 2008). En betydande del av forskningsetiken rör behandling av de deltagande före, under och efter studiens utförande. Innan studien påbörjas ska deltagarna få information och samtycke ska ges, under studiens utförande ska olika risker undvikas och efter forskningens avslutande kvarstår etiska frågor kring förvaring av forskningsmaterial och publicering av resultatet (Vetenskapsrådet, 2011). Lagen (SFS 2003:460) syftar till att vid forskning värna om den enskilda individen och respektera människovärdet.

Av de nio artiklarna redogjorde fem för studiens metod ur en etisk synvinkel där de tog upp informerat samtycke från deltagarna, samt möjlighet att avsluta deltagande under studiens gång om så önskades. Datahantering utfördes på ett garanterat anonymt och konfidentiellt sätt som i tre artiklar beskrevs mer ingående. Information om erhållet etiskt godkännande finns i fem artiklar. I en av de kvalitativa artiklarna poängterades extra tydligt att deltagarna inte behövde svara om de inte ville och att bandspelaren kunde stängas av när som helst.

## Resultat

Resultatet kommer att presenteras utifrån tre huvudteman som anses besvara studiens syfte och behandlar gott bemötande ur olika perspektiv. Dessa är informativt bemötande, individanpassat bemötande samt värdefulla egenskaper i mellanmänniskt bemötande.

Samtliga huvudteman togs upp i de olika studiernas resultat som faktorer som påverkar och förklarar patienttillfredsställelse. Nedan presenteras en tabell av de instrument som använts i de kvantitativa studierna. Se bilaga 1 för en mer utförlig presentation.

Tabell 2 Studiernas instrument

<b>Instrument</b>	<b>Förkortning</b>	<b>Undersökningsområde</b>	<b>Studier</b>
<b>Patient Satisfaction Scale</b>	PSS	Patienters tillfredsställelse med omvårdnad	Palese et al., 2011; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011
<b>Caring Behaviour Inventory</b>	CBI	Omvårdnadsbeteenden	Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003
<b>Individualized Care Scale</b>	ICS-A	Hur individualitet stötts av omvårdnadsåtgärder	Suhonen et al., 2005
	ICS-B	Patienters syn på hur deras individualitet upprätthållits	Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011
<b>Patient Satisfaction Instrument</b>	PSI	Patienters tillfredsställelse med omvårdnad	Robinson Wolf et al., 2003
<b>Finnish Nottingham Health Profile</b>	Finnish NHP	Hälsorelaterad livskvalitet - fysiska, sociala och känslomässiga hälsoproblem	Suhonen et al., 2005
<b>EuroQol 5D</b>	EQ-5D	Självrapporterad hälsa	Suhonen et al., 2005
<b>Medical Outcomes Study Visit-Specific Questionnaire</b>		Patienters tillfredsställelse med specifika öppenvårdsbesök	Otani et al., 2005
<b>American Board of Internal Medicine's Patient Satisfaction Questionnaire</b>		Patienters tillfredsställelse med läkarbesök	Otani et al., 2005

Källa: Otani et al., 2005; Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011.

## Informativt bemötande

Information och förklarande av vad som utförs är en viktig aspekt för patienttillfredsställelse. I omvårdnaden är den informella informationen viktigare än den formella patientundervisningen. Den informella undervisningen innefattar en enklare form av information, till exempel frågor från patienterna eller att sjuksköterskan informerar patienten i samband med att vård eller behandling ges (Schmidt, 2003). I vilken grad patienter fått undervisning varierar. Variationer fanns också angående om undervisning getts individuellt eller genom föreläsningar sjuksköterskor genomfört. De som fått undervisning var nöjda med den och ansåg den användbar, dock tycker patienter att sjuksköterskorna tar för få initiativ till undervisning. Alla patienter känner sig inte bekväma med att ställa frågor, och upplever sig inte alltid ha de nödvändiga förkunskaperna som de anser krävs för att ställa relevanta frågor (Thorsteinsson, 2002). Schmidt (2003) framför en av deltagarnas negativa upplevelse av information där sjuksköterskan hade gått in i rummet, kopplat en infusion och sen gått, utan att säga ett ord. Eftersom patienter i många fall kan uppleva vården som obehaglig och skrämmande på grund av ständigt nya miljöer och okänd vårdpersonal är information från sjuksköterskan viktig då den kan bidra till att reducera denna rädsla (Schmidt, 2003).

Flera studier har visat att patienter är minst nöjda med hur vården möter deras informativa vårdbehov (Palese et al., 2011; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011). Skillnader identifierades mellan olika europeiska länders förmåga att möta patienters behov av information. Dessa skillnader ansågs kunna bero på de deltagande ländernas kliniska och utbildningsmässiga förutsättningar. Det är viktigt att uppmärksamma dessa skillnader då patienter som fått adekvat information påvisats mer involverade i sin egen vård. Ett ökat deltagande leder i sin tur till ökad tillfredsställelse hos patienten (Palese et al., 2011). Vidare kan patienters tillfredsställelse med den givna informationen variera efter hur mycket den enskilda individen vill veta samt vilka förväntningar personen har på att delta aktivt i sin vård (Suhonen et al., 2005).

Patienttillfredsställelse korrelerar signifikant positivt med omvårdnadsbeteende (Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003). Vid stegvisa regressionsanalyser kunde tillfredsställelse bäst förklaras av faktorerna under kategorin positiv samhörighet, som bland annat inkluderar att ”ge instruktioner och undervisa patienten” (Palese et al., 2011). Otani et al. (2005) påvisade att den egenskap som bäst påverkade patienttillfredsställelse var vård från läkaren



följt av vård från personal samt tillgänglighet. De två starkast korrelerande aspekterna inom kategorin vård från läkaren var förklaring av vad som gjorts under ett läkarbesök i öppenvård samt hur lång tid som spenderades med läkare. Resultatet tyder på betydelsen av att läkaren hinner genomföra nödvändiga åtgärder under besöket och ge patienten tid att ställa frågor och uttrycka oro (Otani et al., 2005). Trots att denna studie har visat att det som inverkar mest på patienttillfredsställelse i primärvård är läkarens karakteristika så menar Otani et al. (2005) att tidigare studiers resultat från slutenvården visat att omvårdnad har störst betydelse för patienttillfredsställelse.

### **Individanpassat bemötande**

Patienter uppger att de endast mottagit måttligt individualiserad vård (Suhonen et al., 2011). Studier beskriver också att patienterna ofta upplevde att deras personliga livssituation inte togs i beaktande eller tillvaratogs i omvårdnaden (Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011), vilket enligt Suhonen et al. (2011) överensstämmer med tidigare studier.

Patienter förväntar sig att bli behandlade som unika människor. Istället för att ses som ett rumnummer eller en vanlig kirurgipatient vill patienterna ses som enskilda individer. Trots att en patients tillstånd kan uppfattas som vanligt förekommande för vårdpersonalen så är detta tillstånd unikt för den som upplever det (Schmidt, 2003). När patienter upplever att deras välbefinnande sätts i centrum av personalen är de ofta mycket nöjda med vården (Robinson Wolf et al., 2003). Suhonen et al (2005) menar att det är av största vikt att ta hänsyn till patientens personliga livssituation för att uppnå en holistisk vård. Vidare beskrivs att individualiserad vård har en positiv inverkan på patienttillfredsställelse samt bidrar till en ökad hälsorelaterad livskvalitet för patienten (a.a.).

Som tidigare poängterats korrelerar patienttillfredsställelse signifikant positivt med omvårdnadsbeteende (Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003). Ju mer patienterna upplevde sin vård som individuell desto högre patienttillfredsställelse avseende omvårdnad, rapporterades (Suhonen et al., 2005). Starkast förklaring för tillfredsställelse visades, som tidigare presenterats, vara faktorerna under kategorin positiv samhörighet. Förutom att handleda och undervisa patienten inkluderar kategorin att spendera tid med patienten, att hjälpa patienten att växa, att ha tålmod med patienten och att inkludera patienten i

vårdplaneringen (Palese et al., 2011). Det är mer sannolikt att tillfredsställda patienter deltar i sin vård, samarbetar och återhämtar sig (Suhonen et al., 2005).

Förutsägbarheten av patienttillfredsställelse enligt PSS kunde till 45 % förklaras av de tre undergrupperna i ICS-B som behandlar patienters syn på hur deras individualitet upprätthållits. Bäst redogjordes variationen med undergruppen ”Individanpassning av den kliniska situationen” som stod för 42 %. Även gruppen ”Beslutande kontroll i omvårdnaden” bidrog signifikant till förklaringen av förändring i PSS. Den tredje undergruppen som behandlar personlig livssituation påverkade inte förändringar i PSS signifikant (Suhonen et al., 2011). Sambandet mellan patienttillfredsställelse och deltagande i beslutsfattande angående sin egen vård kan förklaras med att patienters förväntningar på deltagande varierar (Suhonen et al., 2005). Patienter anser inte nödvändigtvis att det är viktigt att delta aktivt i beslutsfattandet och den starka korrelationen med patienttillfredsställelse behöver därmed inte innebära hög involvering i vårdbeslut (Suhonen et al., 2011).

### **Värdefulla egenskaper i mellanmänskligt bemötande**

Patienttillfredsställelse styrs av patientens relation och känsla av samhörighet med sjuksköterskan, vilken patienterna ansåg otillräcklig. De omvårdnadshandlingar som enligt CBI utfördes oftast ingick i kategorin ”kunskap och färdighet” medan moment inom ”positiv samhörighet” utfördes mest sällan. Patienter ansåg att sjuksköterskan hade tillräcklig kunskap och färdigheter men att dessa egenskaper var mindre relevanta för hur nöjda de var med vården som helhet (Palese et al., 2011). Många deltagare uttrycker att de litar fullt ut på sjuksköterskornas kliniska kompetens, vissa hade aldrig ens övervägt alternativet att inte lita på vårdpersonalens kompetens (Thorsteinsson, 2002). Schmidt (2003) förklarar att patienter inte lyfte tekniska aspekter av omvårdnaden under sin intervjustudie med att patienterna förväntar sig att sjukvårdspersonal ska ha god kunskap om detta. Samtidigt bidrar kliniskt kompetenta sjuksköterskor till en ökad känsla av förtroende (Thorsteinsson, 2002).

Omvårdnad är den viktigaste faktorn för en övergripande patienttillfredsställelse framför andra attribut i följande ordning: inskrivningsprocess, omgivning, medkänsla till närstående, läkarvård och utskrivningsprocess. Även för intentionen att rekommendera och återbesöka sjukhuset i framtiden är omvårdnad den viktigaste faktorn. Resultatet visade att skillnaden är

markant. För den övergripande tillfredsställelsen är omvårdnaden av 3,5 gånger större vikt än det näst viktigaste attributet inskrivningsprocessen. För intentionen att rekommendera och återbesöka sjukhuset i framtiden är omvårdnaden 1,9 gånger större än medkänsla för närstående (Otani & Kurz, 2004).

Kvalitativ omvårdnad påvisades vara svår att särskilja från sjuksköterskorna som utför den. När deltagarna ombads beskriva upplevelser av högkvalitativ omvårdnad så beskrev de huvudsakligen sjuksköterskorna som utfört den, vilket indikerar att deltagarna inte separerar de två. Sjuksköterskans personliga egenskaper spelar en betydande roll i utförandet av högkvalitativ omvårdnad (Thorsteinsson, 2002). Thorsteinsson (2002) fann sex teman som definierar kvalitativ omvårdnad. Dessa är patientundervisning, klinisk kompetens, användning av humor, genuin omtanke, lyhördhet för patientens behov och tillit och ärlighet.

Att sjuksköterskor använder sig av humor uppfattas av patienterna som ett sätt att visa omtanke och lätta upp stämningen. Humor beskrivs av patienter som livsviktigt och bidragande till bättre hälsa. Samtidigt kan humor vara känsligt och den måste vara lämplig för situationen då det inte alltid är läge att skämta. Patienter upplever att de flesta sjuksköterskor visar dem genuin omtanke, både som patienter och personer. Det kunde till exempel visas genom att sjuksköterskan kom och hälsade när deras skift började och sade hejdå när det slutade (Thorsteinsson, 2002). Patienter beskriver att de känner trygghet när de är medvetna om att sjuksköterskan finns i närheten och håller ett vakande öga över dem (Schmidt, 2003). Ett exempel på detta ges i Schmidt (2003) där en patient beskriver ” One of them would, I mean, they didn't walk with me, but she'd be where she could see what I was doing, that I was all right, that I wasn't going to slip or anything” (s. 396). Tillit och ärlighet skapas genom sjuksköterskans attityd, uppförande och i synnerhet deras diskretion angående andra patienter. Patienter menar att de känner tillit till sjuksköterskor som inte avslöjar information om andra patienter eftersom det tyder på att sjuksköterskan inte heller skulle sprida information om dem. Detta medför att patienterna känner att de kan prata mer öppet om personliga saker. Patienter upplever sjuksköterskor som väldigt medvetna om att agera professionellt och konfidentiellt vilket skapar förtroende (Thorsteinsson, 2002).

Omsorg, uppmärksamhet, artighet, vänlighet och effektivitet är enligt patienter högt värderade egenskaper hos vårdpersonalen (Land et al., 2012). Att sjuksköterskor ger respons och agerar på symtom och förfråganden uppskattas av patienter. Det är viktigt för patienterna att inte

behöva vänta länge på att få hjälp. Även sättet vårdpersonalen bemöter olika situationer är av stor vikt, exempelvis genom att vara stödjande istället för att visa obehag inför en patient som kräks (Schmidt, 2003). Effekter av högkvalitativ omvårdnad har visats vara att patienter upplever tacksamhet, trygghet och tillit (Thorsteinsson, 2002). En patient förklarar ”When they [the perfect nurses] are there, I am completely relaxed - I do not have to think - I do not have to be afraid.” (Thorsteinsson, 2002, s.36). Patienter beskriver att omvårdnad av hög kvalitet är livsviktig vid kroniska sjukdomar då dessa har många möten med vården. Vidare beskrivs att patienten lätt kan demoraliseras om sjuksköterskan inte har en positiv och trevlig attityd (Thorsteinsson, 2002).

En korrelation mellan omvårdnadsbeteenden och patienttillfredsställelse har påvisats (Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003). Starkt korrelerande aspekter för patienttillfredsställelse är det personliga uppförandet, bemötandet och den hjälpsamhet som mottas från vårdpersonal, samt personalens effektivitet när patienten lämnar kliniken (Otani et al., 2005). Det mest effektiva sättet att höja patienttillfredsställelsen är att lägga resurser på omvårdnad då det visats vara det mest betydande attributet (Otani & Kurz, 2004).

## **Sammanfattning**

Resultatet i denna studie visar att ett gott bemötande påverkar patienters upplevelse av vården signifikant. I studiens första tema tydliggjordes vikten av att informera patienter om vad som utförs, och att den informella undervisningen som utförs i samband med omvårdnad och behandling är mer betydande än den formella. Detta leder till att patienten upplever minskat obehag inför den okända miljön samt en högre tillfredsställelse med vården. Temat som behandlar individanpassat bemötande belyste vikten av att bemöta patienter som enskilda och unika individer och individanpassa den kliniska situationen. Ett individanpassat bemötande påverkar patienttillfredsställelsen positivt och ger en ökad hälsorelaterad livskvalitet. Att patienten deltar aktivt i beslutstaganden angående den egna vården bidrar till förbättrad upplevelse av vården. En värdefull egenskap i det mellanmänniska bemötandet var genuin omtanke där det exempelvis påvisades viktigt att komma och hälsa på patienter i början av sitt skift. Användning av humor uppskattades men den bör begränsas till lämpliga tillfällen. Känslan av samhörighet med sjuksköterskan är avgörande för patienters tillfredsställelse med

vården och omvårdnad bevisades vara den viktigaste faktorn för att vilja återbesöka och rekommendera vårdgivaren.

## Diskussion

### Diskussion av vald metod

Valet av litteraturstudie grundades på att utlämnande av enkäter till vårdpersonal inte hade besvarat studiens syfte, då det är patienternas upplevelse som ska undersökas. Om undersökningen istället riktats mot vårdpersonal finns risken att resultatet blir missvisande då patienters uppfattning inte nödvändigtvis stämmer överens med vårdgivarens. Det är också möjligt att personalen skattar sig själva högre på grund av rädsla att anses mindre omsorgsfulla, detta beskrivs i Green (2004). Studien gav en intressant inblick i området då ämnet är aktuellt (Socialstyrelsen, 2011) och det finns ett påtalat problem med undermåligt patientbemötande (Patientnämnden i Stockholms län, 2010; Patientnämnden Skåne, 2011; Sveriges Kommuner och Landsting, 2011; Västra Götalandsregionen, 2010).

En begränsande faktor i litteratursökningen kan vara att sökningar endast gjordes i Cinahl och inte i exempelvis Medline. Detta ansågs vara motiverat då tidigare sökningar gjorts i Pubmed vid inledande litteratursökningar där sökresultatet var begränsat och ofta för sjukdomsspecifikt för att inkluderas i studien. Pålitligheten i studien kan ha påverkats negativt på grund av det begränsade antalet artikelsökningar och sökord. Vid utökad litteratursökning hade mer material kunnat hittas.

Studiens huvudämne bemötande saknar en engelsk motsvarighet (Fossum, 2007). Detta ledde till svårigheter att hitta relevanta sökord. Sökorden caring och behaviours användes i litteratursökningen trots att de inte var Mesh-termer, då dessa ord betonades i en artikel som väl besvarade denna studies syfte. Förhoppningen var att hitta fler artiklar av samma karaktär. Funktionen ”major headings” i Cinahl användes inte konsekvent vilket kan ha inverkat på studiens reliabilitet. Vid sökningen ansågs ”patient satisfaction” som Major heading generera relevanta artiklar. Artiklarna som inkluderades var utförda i Cypern, Tjeckien, Grekland,

Finland, Ungern, Italien, Island, Storbritannien och USA och anses applicerbara på svenska sjukvårdsförhållanden.

Dataanalysen utfördes enligt Fribergs (2006) resonemang kring vetenskaplighet och tillförlitlighet. Friberg (2006) valdes framför Willman, Stolz och Bahtsevani (2011) då bedömningskriterierna ansågs mer lämpade för de valda studierna. Samtliga artiklars svagheter och styrkor vägdes mot varandra (Forsberg & Wengström, 2008). Vilket instrument som användes i Otani (2004) redovisas inte, men en utförlig beskrivning av dess innehåll finns. Trots att flera artiklar hade bristande teoribildningar och etiska resonemang (Friberg, 2006) vägdes detta upp med relevanta resultat för denna studies syfte samt det faktum att de blivit godkända och publicerade i etablerade vetenskapliga tidskrifter. En styrka med studien är den kritiska granskningen som utfördes på resultatartiklarna där de metoder som använts samt statistik och korrelationer som presenterats undersöktes ingående. Både kvantitativa och kvalitativa artiklar inkluderades, vilket utgör ytterligare en styrka för studien då det ger en mer komplex bild av bemötande där området belyses ur olika aspekter. Detta förfarande styrks av Suhonen et al. (2011) som tar upp behovet av kvalitativ komplettering av kvantitativa studier för en mer djupgående förståelse.

## **Diskussion av framtaget resultat**

I resultatet framkom vikten av det informativa bemötandet (Otani et al., 2005; Palese et al., 2011; Schmidt, 2003; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011; Thorstiensson, 2002). Detta stöds av ytterligare forskning som påvisar att adekvat information, god kommunikation och omvårdnad är viktigt för patienter och deras närståendes tillfredsställelse med vården (Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009). Svensson, Karlsson, Alexanderson och Nordqvist (2003) påtalar att informationen som ges är otillräcklig. Detta stödjer den aktuella studiens resultat som kom fram till att patienter är missnöjda med huruvida vården möter deras informativa vårdbehov (Palese et al., 2011; Suhonen et al., 2005 & Suhonen et al., 2011). Vidare beskrivs att undermålig information är den vanligaste orsaken till missnöje med möten i sjukvården och bidrar till onödig oro (Jangland, Gunningberg & Carlsson, 2009).

På en svensk akutvårdsavdelning rapporterade mer än 20 % av patienterna att de inte fick användbar information om egenvård och vilken läkare som ansvarade för deras medicinska

vård (Muntlin, Gunniberg & Carlsson, 2005) trots att Hälso- och sjukvårdslagen (SFS, 1982:763) säger att information ska ges om hälsotillstånd, vård och behandlingar. Att få adekvat information och undervisning av sjuksköterskor är väsentligt för patienters involvering i sin egen vård (Johansson et al., 2002) vilket överensstämmer med den aktuella studiens resultat där det beskrivs att de patienter som fått adekvat information påvisats mer involverade i sin egen vård (Palese et al., 2011).

Med grund i den stora problematik som påvisats samt den framlagda betydelsen av god information borde högre prioritering och uppmärksamhet ges åt patientundervisning, framförallt informell information i patientnära arbeten. Vårt resultat visade på att det är viktigt att ge patienten tid och förutsättningar att ställa frågor och uttrycka oro (Thorstiensson, 2002 & Otani et al., 2005). Johansson et al. (2002) instämmer i att den tid som spenderas med patienter har en inverkan på tillfredsställelsen med omvårdnaden. Croona (2005) beskriver tidsaspekten i det goda bemötandet som ett sätt att visa både respekt och omsorg. I bemötande är ” tiden inte endast en kvantitet utan också en kvalitet i sig själv” (Croona, 2005, s. 4).

Studiens resultat tydliggjorde stora brister angående information till vårdtagarna (Palese et al., 2011; Schmidt, 2003; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011; Thorstiensson, 2002). Denna problematik kan ha sin grund i tidsbrist och hög arbetsbelastning som begränsar möjligheten att helt tillgodose det informativa vårdbehovet. Därmed kan det antas att denna tidsbrist leder till undermåligt informationsutbyte som i sin tur leder till minskat patientdeltagande och samarbete, sämre tillfredsställelse med vården samt försämrad återhämtning. Det är också möjligt att vårdpersonal prioriterar andra göromål framför patienternas informationsbehov eller inte har kunskapen, intresset eller orken att ge adekvat information till patienten. Informationsrelaterade tillbud och vårdskador bör kunna undvikas genom ökade personalresurser, ett ökat fokus på informationsbehov och större medvetenhet om dess betydelse.

Andra orsaker till bristande information i vården kan vara rutinmässigt arbete där den enskilda individens unika situation glöms bort. Dock bör vårdpersonal beakta Travelbees teori om att lidandet är en personlig och unik upplevelse (Kirkevold, 2000) och arbeta utifrån detta. Studiens resultat visar att patienter vill behandlas som unika individer och inte som ett rumnummer eller vanligt förekommande patientkategorier (Schmidt, 2003). Trots detta menar Svensson et al. (2003) att patienter rapporterar sig behandlas på ett rutinmässigt sätt

istället för enskilda individer. Enligt SAUK-modellen är det viktigt att individanpassa mötet och motverka ett rutinmässigt bemötande (Gustafsson, 1995). Johansson et al. (2002) instämmer med den aktuella studiens resultat att patienter vill behandlas individanpassat och få personlig omvårdnad (Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003; Schmidt, 2003; Suhonen et al., 2005).

Personcentrerad vård beskrivs som ett sätt att uppnå ett större deltagande, förbättrad kommunikation och ett förbättrat utfall (Johansson et al., 2002). Patienttillfredsställelse uppnås genom ett holistiskt synsätt på omvårdnad (a.a.). Även här kan SAUK-modellen appliceras där vikten av en helhetsförståelse av det handlande subjektet, patientinvolvering och patientinflytande poängteras (Gustafsson 1997; Gustafsson 2004). Ju mer uppmärksamhet den enskilda individen ges desto bättre blir patientens upplevelse av vården (Johansson et al., 2002). Studiens resultat visar på att det är viktigt att individanpassa den kliniska situationen då den korrelerar starkt med patienttillfredsställelse (Suhonen et al., 2011). Denna individanpassning inkluderar exempelvis beaktande av förändringar i sjukdomstillståndet, vårdbehov, oro och rädsla (Suhonen, Leino-Kilpi & Välimäki, 2005). Grundat på studiens resultat ger ett personcentrerat bemötande en bättre upplevelse av vården (Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011). Följaktligen bör ett personcentrerat bemötande vara en grund i omvårdnadsarbete.

De värdefulla egenskaper som påvisats viktiga i det mellanmänskliga bemötandet innefattar bland annat genuin omtanke, omsorg, lyhördhet, ärlighet, vänlighet och professionalism (Land et al., 2012; Schmidt, 2003; Thorsteinsson, 2002). Dessa egenskaper styrks av Finch (2005) som beskriver dem önskvärda vid kommunikation i relationen mellan sjuksköterska och patient. Jangland et al. (2009) poängterar vikten av medmänsklighet, respekt och vänlighet som viktiga delar i vårdarbetet och Johansson et al. (2002) instämmer med att en god relation bygger på ömsesidig förståelse, ärlighet, tillit, respekt, samarbete och humor. Dessa attribut anses överensstämma med studiens resultat där kvalitativ omvårdnad beskrivits starkt förknippat med sjuksköterskor personliga egenskaper (Thorsteinsson, 2002). Humorns betydelse var ett intressant resultat då patienter ansåg den bidragande till en bättre hälsa (Thorsteinsson, 2002). De framtagna egenskaperna kan anses vara delar av en personlighet och därmed svåra att förändra. Att känna förståelse och visa värme för en annan medmänniska är lättare för vissa människor än andra. Trots detta finns det mycket som kan göras för att



förbättra värdefulla egenskaper i mellanmänskligt bemötande, så som övning och en ökad medvetenhet av bemötandets betydelse.

### **Slutsats och kliniska implikationer**

Ett gott bemötande har bevisats bidra till större patientinvolvering i den egna vården och en förbättrad upplevelse av vården. De anmälningar som inkommit till patientnämnderna visar på brister i bemötande i vården och bemötandets betydelse för patienttillfredsställelse. Således är det av stor relevans att sjukvårdspersonal bemöter patienterna på ett adekvat sätt i enlighet med de olika teman som presenterats i denna studies resultat. Det har påvisats viktigt att tillgodose behovet av god information under patientnära arbete, att se den unika individen bakom sjukdomen såväl som att utföra kvalitativ omvårdnad grundad på respekt, genuin omtanke och tillit. Genom ökad medvetenhet om bemötandets betydelse och systematisk utvärdering av patientbemötande är det möjligt att patienter kan få en förbättrad upplevelse av vården. Vidare forskning krävs för att få en klarare bild av bemötandets inverkan på patienters upplevelse av vården, för att kunna förbättra patienttillfredsställelse och hälsorelaterad livskvalitet.

### **Författarnas arbetsfördelning**

Det bestämdes att arbetet inte skulle delas upp då texten i ett sådant fall riskerar att bli ojämn, osammanhängande och olika vinklad utav författarna. Artikelsökningarna gjordes samtidigt men separat på varsin dator. Sökningarna upprepades några dagar senare för att gemensamt kontrollera att urvalet var relevant för syftet. Artiklarna delades upp sinsemellan författarna för en fördjupande läsning men för att minimera tolkningsmisstag lästes samtliga artiklar av båda författarna. I övrigt har arbetet utförts gemensamt.

## Referenser

- Abdulahadi, N., Al Shafae, M., Freudenthal, S., Östenson, C-G., & Wahlström, R. (2007). Patient-provider interaction from the perspectives of type 2 diabetes in Muscat, Oman: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 162, (7).
- Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. (2., uppdaterade [och utök.]. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- CODEX. (2011). *Medicinsk forskning*. <http://codex.vr.se/forskningmedicin.shtml>
- Croona, G. (2003). *Etik och utmaning – om lärande av bemötande i professionsutbildning*. Doktorsavhandling, Växjö universitet, intuitionen för pedagogik. <http://lnu.se/forskning/forskningsdatabas/publication.aspx?id=5685>
- Croona, G. (2005). *Bemötandets etik och praktik – Ur ett diskursteoretiskt perspektiv*. Vårdalinstitutets Tematiska rum: Etik. [http://www.vardalinstitutet.net/sce/gc\\_disteo.pdf](http://www.vardalinstitutet.net/sce/gc_disteo.pdf)
- Dossey, B-M., & Guzzetta, C-E. (1995). Holistic Nursing Practice. In Dossey, Keegan, Guzzetta & Kolkmeier B. (Ed.), *Holistic Nursing: A Handbook for Practice* (pp. 6-7). Gaithersburg: Aspen.
- Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad – i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Finch, L. (2005). Nurses' Communication with Patients: Examining Relational Communication Dimensions and relationship Satisfaction. *International Journal for Human Caring*, 9, (4), 14-22.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

- Fossum, B. (2007). *Modeller och teorier för kommunikation och bemötande: Vad är bemötande?* I B. Fossum (Red.), *Kommunikation: Samtal och bemötande i vården* (s.31-34). Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (Red). (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Green, A. (2004). Caring Behaviors As Percieved by Nurse Practitioners. *Journal of American Academy of Nurse Practitioners*, 16, (7), 283-290.
- Gustafsson, B. (1995). The experiential meaning of eating, handicap, adaptedness and confirmation in living with esophageal dysphagia. *Dysphagia*, 10, 68-85.
- Gustafsson, B. (1997). *Bekräftande omvårdnad- SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustafsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad- SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Hammargren, C. (2012, oktober 9). Fler kontaktar patientnämnden. *Sydsvenskan*.  
<http://www.sydsvenskan.se/Pages/ArticlePage.aspx?id=665063&epslanguage=s>  
v
- Helsingforsdeklarationen. (2008). *WORLD MEDICAL ASSOCIATION DECLARATION OF HELSINKI- Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*  
[http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=\[page\]/\[toPage\]](http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html.pdf?print-media-type&footer-right=[page]/[toPage])
- Izumi, S., Baggs, J., & Knafl, K. (2010). Quality Nursing Care for Hospitalized Patients With Advanced Illness: Concept Development. *Research in Nursing & Health*, 33, 299-315.

- Jangland, E., Gunningberg L., & Carlsson M. (2009). Patients' and relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Elsevier*, 75, 199-204.
- Johansson, P., Oléni M., & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 16, 337-344.
- Kirkevold, M. (2000) *Omvårdnadsteorier- analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur.
- \* Land, L. M., Jobanputra, P., Webber, J., & Ross, J. DC. (2012). Patient satisfaction in three clinics managing long-term conditions. *British Journal of Nursing*, 21,(3), 186-188.
- Landstinget Sörmland. (2006). *Etik I Landstinget Sörmland- värdegrund, val och bemötande*. Landstinget Sörmland.
- Lattimer, L., Haywood, C., Lanzkron, S., Ratanawongsa, N., Bediako, S. M., & Beach, M. C. (2010). Problematic Hospital Experiences among Adult Patients with Sickle Cell Disease. *Journal of Health Care for Poor and Underserved*, 21, 1114-1123.
- Meijers, K. E., & Gustafsson, B. (2008). Patient's self-determination in intensive Care - From an action- and confirmation theoretical perspective - The intensive care nurse view. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24, 222-232.
- Muntlin, Å., Gunniberg L., & Carlsson, M., (2005). Patients' perceptions of quality of care at an emergency department and identification of areas for quality improvement. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1045-1056.
- Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se/sve/bemötande>
- Nationalencyklopedin. <http://www.ne.se/lang/holism>

- \* Otani, K., & Kurz, R. S. (2004). The impact of nursing care and other healthcare attributes on patient satisfaction and behavioral intentions. *Journal of Healthcare Management, 49*(3), 181-196.
- \* Otani, K., Kurz, R. S., & Harris, L. E. (2005). Managing Primary Care Using Patient Satisfaction Measures. *Journal of Healthcare Management, 50*(5), 311-322.
- \* Palese, A., Tomietto, M., Suhonen, R., Efstathiou, G., Tsangari, H., Merkouris, A., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Papastavrou, E. (2011). Surgical Patient Satisfaction as an Outcome of Nurses' Caring Behaviors: A Descriptive and Correlational Study in Six European Countries. *Journal of Nursing Scholarship, 43*(4), 341-350.
- Patientnämnden Skåne. (2011). *Patientnämnden Skåne- En presentation av verksamheten*.  
<http://www.skane.se/upload/Webbplatser/Utvecklingscentrum/dokument/patientnamnden2011.pdf>
- Patientnämnden i Stockholms län. (2010). *Årsrapport 2010*.  
<http://www.patientnamndenstockholm.se/res/Arsrapport/Aarsrapport-2010.pdf>
- Portillo, M. C., & Cowley, S. (2010). Working the way up in neurological rehabilitation: the holistic approach of nursing care. *Journal of Clinical Nursing, 20*, 1731-1743.
- Rangel, S., Hobbe, W-H., Lansinger, T., Magers, J-A., & McKee, N-J. (1998). Joyce Travelbee: Human-to-human relationship model. In B. Marriner Tomey & Alligood (Ed.), *Nursing Theorists and their work* (pp. 364-374). St. Louis: Mosby.
- \* Robinson Wolf, Z., Miller, P. A., & Devine, M. (2003). Relationship between nurse caring and patient satisfaction in patients undergoing invasive cardiac procedures. *MEDSURG 12*(6), 391-396.
- Sarvimäki, A., & Stenbock-Hult, B. (2010). *Omvårdnades etik- Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber.

\* Schmidt, L. A. (2003). Patients' perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing*, 44,(4), 393-399.

SFS 1982:763. *Hälso-och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Riksdagen.

SFS 2008:567. *Diskrimineringslag*. Stockholm: Riksdagen.

Skär, L., & Söderberg, S. (2011). Complaints with encounters in healthcare – men's experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.

SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2011) *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvård*.

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18546/2011-12-30.pdf>

\* Suhonen, R., Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Jarosova, D., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., & Merkouris, A. (2011). Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 372-380.

\* Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2005). Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 50,(3), 283-292.

Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2005). Development and psychometric properties of the Individual Care Scale. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 11, (1), 7-20

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Värdegrund för omvårdnad*.

[http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55\\_13okt\\_NYWEB.pdf](http://www.swenurse.se/PageFiles/8804/Nr55_13okt_NYWEB.pdf)

Svensson, T., Karlsson, A., Alexanderson K., & Nordqvist, C. (2003). Shame-Inducing Encounters. Negative Emotional Aspects of Sickness-Absentees' Interactions With Rehabilitation Professionals. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13, (3), 183-195.

Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Nationell Patientenkät*.

<http://npe.skl.se/Oversikt.aspx?ActiveView=1>

\* Thorsteinsson, L. S. (2002). The Quality of nursing care as perceived by individuals with chronic illnesses: the magical touch of nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 11, 32-40.

Van der Elst, E., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2012). Elderly patients' and residents' perceptions of 'the good nurse': a literature review. *Journal of Medical Ethics*, 38, 93-97.

Vetenskapsrådet. (2011). *God Forskningsed*.

[http://www.cm.se/webbshop\\_vr/pdf/2011\\_01.pdf](http://www.cm.se/webbshop_vr/pdf/2011_01.pdf)

Västra Götalandsregionen. (2010). *Årsredovisning 2010- Patientnämnderna*.

<http://www.vgregion.se/upload/Regionkanslierna/Regionstyrelsens%20kansli/Ekonomiavdelningen/%C5rsredovisning/Patientn%E4mnderna%20%C5rsredovisning%202010.pdf>

Wade, D. T. (2009). *Holistic Health Care - What is it, and how can we achieve it?*

<http://www.noc.nhs.uk/oc/research-education/holistic-health-care.aspx>

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: en bro mellan forskning & klinisk verksamhet*. (3., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

## Bilaga 1 (1)

Instrument	Förkortning	Studier	Undersökningsområde	Dimensioner	Skala	Validitet och reliabilitet
Patient Satisfaction Scale	PSS	Palese et al., 2011; Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011	Patienters tillfredsställelse med omvårdnad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekniska/vetenskapliga vårdbehov</li> <li>• Informativa vårdbehov</li> <li>• Behov av stöd</li> </ul>	Likertskala	Cronbachs alpha koefficient 0,77–0,89
Caring Behaviour Inventory	CBI	Palese et al., 2011; Robinson Wolf et al., 2003	Omvårdnadsbetenden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Försäkran av mänsklig närvaro</li> <li>• Kunskap och färdigheter</li> <li>• Respekt och hänsyn för motparten</li> <li>• Positiv samhörighet</li> <li>• Uppmärksammande av andras upplevelser</li> </ul>	Likertskala	Chronbachs alpha koefficient 0,98
Individualized Care Scale	ICS-A	Suhonen et al., 2005	Hur individualitet stöts av omvårdnadsåtgärder	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisk situation</li> <li>• Personlig livssituation</li> <li>• Beslutskontroll i vården</li> </ul>	Likertskala	Cronbachs alpha koefficient 0,83–0,95
	ICS-B	Suhonen et al., 2005; Suhonen et al., 2011	Patienters syn på hur deras individualitet upprätthållits	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Klinisk situation</li> <li>• Personlig livssituation</li> <li>• Beslutskontroll i vården</li> </ul>	Likertskala	
Patient Satisfaction Instrument	PSI	Robinson Wolf et al., 2003	patienters tillfredsställelse med omvårdnad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekniskt professionell vård</li> <li>• Tillit</li> <li>• Patientutbildning</li> </ul>	Likertskala	Interna konsistensen 0,93
Finnish Nottingham Health Profile	Finnish NHP	Suhonen et al., 2005	Hälsorelaterad livskvalitet - fysiska, sociala och känslomässiga hälsoproblem	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fysisk mobilitet</li> <li>• Smärta</li> <li>• Sömn</li> <li>• Social isolering</li> <li>• Känslomässiga reaktioner</li> <li>• Energinivå</li> </ul>	Dikotom skala	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interna konsistensen uppmätts till 0,77–0,88</li> <li>• Test-retest reliabilitet 0,48–0,72</li> </ul>
EuroQol 5D	EQ-5D	Suhonen et al., 2005	Självrapporterad hälsa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilitet</li> <li>• Egenvård</li> <li>• Ofta utövade aktiviteter</li> <li>• Smärta/obehag</li> <li>• Oro/depression</li> </ul>	Likertskala	Cronbachs alpha koefficient 0,63



Medical Outcomes Study Visit-Specific Questionnaire & American Board of Internal Medicine's Patient Satisfaction Questionnaire		Otani et al., 2005	<p>Patients tillfredsställelse med specifika öppenvårdsbesök &amp; Patients tillfredsställelse med läkarbesök</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tillgänglighet</li> <li>• Vård av läkare</li> <li>• Vård av annan personal</li> </ul>	Likertskala	Cronbachs alpha koefficient >0,89
--	--	--------------------	---	--	-------------	-----------------------------------