



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Bemötande från vårdpersonal inom den psykiatriska slutenvården

Ett patientperspektiv

Författare: Emmy Benderix, Elise Nilsson, Lynn Persson

Handledare: Andreas Rantala

Kandidatuppsats
Hösten 2010

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Bemötande från vårdpersonal inom den psykiatriska slutenvården

Ett patientperspektiv

Författare: Emmy Benderix, Elise Nilsson, Lynn Persson

Handledare: Andreas Rantala

Kandidatuppsats

Hösten 2010

Abstrakt

I den hälsofrämjande omvårdnaden anses idag bemötande ha störst betydelse. Ett gott bemötande uppnås bland annat genom att vårdpersonal agerar empatiskt, respektfullt, lyhört och hänsynsfullt. Det kräver även att patientens integritet och värdighet beaktas. Upplevelsen av ett dåligt bemötande kan reducera möjligheterna för psykiskt sjuka att tillfriskna. Syftet med studien var att utifrån ett patientperspektiv undersöka upplevelsen och betydelsen av bemötandet från vårdpersonal på slutna psykiatriska avdelningar. Studien genomfördes med hjälp av en enkät som består av fem påståenden berörande olika aspekter av bemötande. Sammanfattningsvis visade studien att patienterna som deltog överlag upplevde att de blev gott bemötta av vårdpersonal. Ett stort antal patienter upplevde dock inte att de var delaktiga i sin egen vård och flera ansåg inte heller att det var av så stor betydelse. Männerna var överlag mer nöjda än kvinnorna med alla delar av bemötandet men ingen signifikant skillnad fanns gällande hur betydelsefullt det upplevdes vara könen sinsemellan. Studien fann också en korrelation mellan en stigande ålder och upplevelsen av att vara bra bemött men inte heller här fanns någon signifikant skillnad i olika åldrar gällande hur betydelsefullt det upplevdes vara.

Nyckelord

Bemötande, patientperspektiv, KUPP, psykiatri, slutenvård

Avdelningen för omvårdnad
Institutionen för hälsa, vård och samhälle
Medicinska fakulteten
Lunds universitet, Box 157, 221 00 LUND

Förord

Vi vill tacka de personer som gjort det möjligt för oss att genomföra vår studie. Först och främst, ett stort tack till verksamhetschefer, vårdpersonal och patienter på samtliga avdelningar som deltog. Vi vill även rikta ett stort tack till Andreas Rantala för sitt engagemang och stöd i handledningsprocessen samt Vibeke Hortsmann för hjälp med databearbetning i SPSS ®.

Innehållsförteckning

Innehållsförteckning	2
Problembeskrivning.....	3
Bakgrund	4
Patienter i psykiatrisk slutenvård	4
Vårdpersonal inom psykiatrisk slutenvård	4
Psykisk ohälsa.....	4
Hälsofrämjande omvårdnad	6
Bemötande	6
Mätinstrumentet KUPP.....	9
Sluten psykiatrisk vård i Skåne- och Kronobergs län	9
Syfte	10
Metod	10
Urval av undersökningsgrupp.....	10
Forskningstradition och valt undersökningsinstrument.....	11
Genomförande av datainsamling	11
Genomförande av databearbetning.....	12
Etisk avvägning	12
Resultat	13
Överensstämmelse med verkligheten	13
Betydelsefullhet	15
Patientupplevd delaktighet i vården.....	17
Ålderskorrelation	17
Könskorrelation	19
Diskussion	20
Diskussion av vald metod.....	20
Mätinstrument.....	20
Inklusions- och exklusionskriterier.....	21
Genomförande	22
Eventuella begränsningar.....	22
Diskussion av framtaget resultat	24
Ett gott bemötande	24
Orsaker till ett negativt bemötande.....	24
Könskorrelation	25
Ålderskorrelation	25
Delaktighet i sin egen vård	25
Bortfallsanalys	26
Slutsats.....	26
Författarnas arbetsfördelning	27
Referenser.....	28
Bilaga 1 (3).....	31
Bilaga 2 (3).....	32
Bilaga 3 (3).....	34

Problembeskrivning

Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen* [HSL] (1982:763) är målet för hälso- och sjukvården att ge vård på lika villkor. Enligt *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården* ska patienten bemötas ödmjukt oavsett funktionshinder och social ställning (SOSFS 2005:12). Samma föreskrift tar upp vikten av ett gott bemötande ifrån vårdpersonal, att patienten visas omtanke och respekt samt att patientens integritet och värdighet beaktas. Även delaktighet i sin egen vård nämns som en viktig komponent i bemötandet (SOSFS 2005:12). I *Kompetensbeskrivningen för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005) nämns att ett gott bemötande uppnås genom att personal kommunicerar med patienter på ett respektfullt och empatiskt sätt.

Ett gott bemötande kan låta som en självklarhet eftersom människan är en individ som är kapabel att identifiera sig med andra och känna empati för personer i sin omgivning. Viktigt att poängtera är dock att människan även har en inneboende benägenhet att känna misstänksamhet och förakt gentemot människor som beter sig avvikande (Stein & Santos, 2004). Patienter inom psykiatri upplever alltför ofta att de inte respekteras som en jämlik individ eller blir tagna på allvar (Arvidsson & Skärsäter, 2006). Flera studier har visat att ett negativt bemötande av psykiskt sjuka förekommer och att det inte skiljer sig avsevärt mellan specialiserade personalgrupper inom psykiatri och den generella befolkningen (Björkman, Angelman & Jönsson, 2008; Bayar, Poyraz, Aksoy-Poyraz & Arikan, 2009; Chikaodiri, 2009; Schultze, 2007). Idag handlar patienters missbelåtenhet med hälso- och sjukvården främst om bemötandeupplevelsen (Fossum, 2007).

Utifrån ovan nämnda lagar, föreskrifter, befintlig forskning och studier framgår det att det finns stor betydelse och relevans att undersöka hur bemötandet från vårdpersonal inom psykiatri upplevs utifrån ett patientperspektiv.

Bakgrund

Patienter i psykiatrisk slutenvård

Inom psykiatrisk slutenvård vårdas personer med psykiska funktionshinder. För att patienter med psykiska funktionshinder ska få rätt vård krävs det att en läkare gör en så kallad psykiatrisk status – en status som ligger till grund för diagnostisering. Läkaren genomgår ett samtal med patienten, under vilket riktade frågor ställs och beteende observeras. Bedömning görs gällande bland annat medvetandegrad, substanspåverkan, orientering, uppträdande, kontaktförmåga, sömn, tankeinhåll och stämningsläge (Allgulander, 2008).

År 1980 utkom klassifikationen av psykiatriska tillstånd, DSM-III i USA. År 1994 kom en revision av den som fick namnet DSM-IV. År 1997 vidareutvecklade Världshälsoorganisationen (WHO) diagnossystemet till ICD-10 som idag är den klassifikation som används av svenska läkare vid sjukskrivning, diagnosregistrering och i samband med utredning av dödsorsaker. Båda klassifikationerna bygger på kategorier av symtom och avvikelser samt en diagnos som består av tydliga kriterier som ska uppfyllas eller uteslutas (Allgulander, 2008).

Vårdpersonal inom psykiatrisk slutenvård

Under behandlingstiden kommer slutenvårdspatienter dagligen i kontakt med olika yrkesgrupper. Personalstyrkan inom psykiatrisk slutenvård ser olika ut från avdelning till avdelning. De som arbetar tillhör oftast några av följande personalkategorier: överläkare, avdelningsläkare, avdelningsföreståndare, sjuksköterskor, skötare, psykolog, socionom, arbetsterapibiträde, kurator och avdelningssekreterare (Region Skåne, 2010a).

Psykisk ohälsa

Psykiatriuppföljningen (1997:20, refererad i Borgå, 1997) definierar psykisk ohälsa som psykisk sjukdom, allvarlig psykisk störning och/eller olika psykiska besvär som kan störa ens

psykiska välbefinnande. Psykisk ohälsa kan påverka en persons dagliga liv och uppfattas idag som ett av våra allvarligaste samhällsproblem. Psykiska symptom kan variera mycket från person till person men de flesta med psykisk sjukdom lider av svår ångest, ofta i kombination med beteendestörningar, negativa verklighetsuppfattningar samt kroppsliga problem. Personer med svåra psykiska besvär kräver vård av specialkompetens och idag vårdas många personer med svåra psykiska problem inom öppen eller slutenvård (Glant, 2010). Inom de verksamheterna ansvarar psykiatri för att förebygga, utreda och behandla psykisk sjukdom (HSL 1982:763).

Under mitten av 1900-talet syntes ett ökande engagemang för psykiatri och det är av många anledningar viktigt att fortsätta rikta ett strålkastarljus mot psykiatri för att inte tappa det intresse som syntes då (Björkman et al., 2008). Psykiatriska diagnoser är exempelvis en av de vanligaste anledningarna till intyg för sjukfrånvaro och förtidspension. *Statens beredning för medicinsk utvärdering* [SBU] (2003) framför i en rapport om sjukskrivningar och dess orsaker att de psykiatriska diagnosernas andel av all sjukfrånvaro sett en kraftig ökning i Sverige de senaste åren. Psykisk ohälsa är följaktligen en av de vanligaste orsakerna till att människan upplever sitt hälsotillstånd som dåligt i dagens samhälle (Socialstyrelsen, 2009).

Studier visar även på att det fortfarande förekommer felaktiga synsätt om psykiskt sjuka (Björkman et al., 2008; Lundberg, 2010). Eftersom synen på psykiskt sjuka sett betydligt annorlunda ut än vad den gör idag har det inte alltid varit en självklarhet att få vård för psykisk problematik. Mot 1990-talet genomfördes emellertid en psykiatrireform som framförallt hade en grundläggande idé om en ökad integration i samhället för psykiatripatienter (Glant, 2010). Till följd av de förändringar som skedde i psykiatri under den tiden kan man idag se att fördomsfrihet, integration och en mer humanistisk människosyn lyfts fram som centrala principer inom psykiatri. De negativa uppfattningar som existerade förr har idag minskat, mycket till följd av studier som pekat på den höga frekvensen av psykisk ohälsa i dagens samhälle. I övrigt har den psykiatriska vården blivit mer samhällsorienterad, psykoterapi uppmuntras starkt och farmakologi är idag en väletablerad behandlingsform vid behandling av psykiskt sjuka. Trots de positiva förändringar som skett inom psykiatrisk vård kvarstår det faktum att den psykiatriska sjukvården fortfarande upplevs som den mest kontroversiella och fördomsbelastade delen av dagens vård (Ottosson, 2003).

Hälsofrämjande omvårdnad

Dagens vård bedrivs i högsta grad med ett ökat krav på en hälsofrämjande omvårdnad, vilket innebär att det inte anses vara tillräckligt med botande, lindrande och tröstande vårdinsatser inom någon del av hälso- och sjukvården. Viktigt för all hälsofrämjande vård är exempelvis att etablera ett ömsesidigt givande och tagande mellan patient och vårdpersonal (SOSFS 2005:12). Inom psykiatri innebär det bland annat att vårdpersonalen uppmuntrar patienten till hopp (Arvidsson & Skärsäter, 2006). Hälsofrämjande omvårdnad bygger med andra ord framförallt på att skapa förutsättningar för tillit och god samvaro genom att främja individens hälsoprocesser, värna om personens värdighet, samt stärka deras delaktighet och inflytande i vården. Ett gott bemötande anses ha störst betydelse i den hälsofrämjande omvårdnaden (Arvidsson & Skärsäter, 2006).

Bemötande

Den hälsofrämjande processen inleds genom att patienten erhåller en känsla av gemenskap, delaktighet samt ges möjligheten till medbestämmande. För att den hälsofrämjande processen ska få energi spelar bemötandet och relationen mellan vårdpersonal och patient störst roll. Ett gott bemötande i sig innebär en humanistisk människosyn; det handlar om att bli mottagen på ett värdigt och respektfullt sätt. Den humanistiska människosynen tas upp i *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor* (Socialstyrelsen, 2005) där det nämns att samtliga av sjuksköterskans arbetsuppgifter ska genomsyras av en helhetssyn samt ett etiskt förhållningssätt, oavsett vilket arbetsområde som berörs. I kompetensbeskrivningen beskrivs bl. a arbetsområdet *Omvårdnadens teori och praktik*, vilket inbegriper sex olika kompetensområden. Ett av de kompetensområdena benämns *Bemötande, information och undervisning* och inkluderar olika delkompetenser som sjuksköterskan förväntas inneha. Att agera respektfullt, lyhört och empatiskt i sitt bemötande av patienter och anhöriga samt att ge stöd och vägledning för att eftersträva högsta möjliga delaktighet för patienten är exempel på sådana delkompetenser (Socialstyrelsen, 2005).

Bemötande är således ett begrepp med många betydelser, inte minst inom vården. *Statens offentliga utredningar* [SOU] (1999:21) menar att ordet inbegriper hur man uppträder,

behandlar, uppför sig eller beter sig gentemot andra. I utredningen *Brister i Omsorg – en fråga om bemötande av äldre* (SOU 1997:51) beskrivs bemötande som ett ömsesidigt samspel där ord och handling speglar vilken inställning personerna har till varandra. Vårdpersonalens allmänna beteende mot patienten, information, kommunikation, interaktion, patientinflytande och olika aspekter på servicekvalitet kan vara ytterligare en definition på bemötande (SOU 1999:21).

Det finns olika faktorer som påverkar vårt bemötande. Fossum (2007) menar att bemötande kan handla om hur vi tar emot en individ, vilket kroppsspråk vi använder, hur vi hälsar, hur vi står i förhållande till patienten och hur vi använder oss av ögonkontakt. Även artighet, vänlighet och hjälpsamhet ligger till grund för ett gott och respektfullt bemötande. I *Arbetsförhållanden och attityder - professionellas möte med personer med funktionshinder* (SOU 1998:121), som tar upp såväl fysiska som psykiska funktionshinder, nämns det att ett värdigt eller icke-värdigt bemötande kan ses som resultat av människors val att agera på ett särskilt sätt i bestämda situationer. Vad som är avgörande i valet av handling varierar, men säkert är ändå att attityder och värderingar styr individens handlingar. Ett dåligt bemötande kan således härröra från kvardröjande fördomsfulla övertygelser, bristande kännedom och omoget förhållningssätt från vårdgivarens sida (SOU 1998:121).

Förhållningssätt gentemot de människor som skiljer sig från en själv har under många tusen år uttryckt sig i olika former, såsom rasism och religionsförföljelser. Vilka grupper som fått utstå fördomar har varierat från kultur till kultur och har även växlat över tid. Dock finns det en grupp av människor som i alla tider, och inom alla kulturer, oupphörligt fått genomlida diskriminering – nämligen psykiskt sjuka. Förr i tiden var det något av ett folknöje att granska de psykiskt sjuka och skratta åt deras ”galenskaper”, något som till viss mån sker än idag (Ottosson, 2003). Exempelvis så finns det fortfarande en tro i många afrikanska länder, och då även bland vårdpersonal, att psykiskt sjuka är besatta av onda väsen (Chikaodiri, 2009). Det sägs att den diskriminering av psykiskt sjuka som finns i dagens samhälle i bästa fall sker i form av likgiltigt bemötande och i värsta fall av trakasserier och utrotning (Stein & Santos, 2004).

För att reducera de negativa bilder av psykiskt sjuka krävs ett bemötande ifrån vårdpersonal som ger patienten förtroende för sin egen utveckling och förmåga att återgå till samhället. En gradvis återgång till verkligheten samt ett trygghetskapande omhändertagande kan sägas vara

ledstjärnorna i det psykiatriska arbetet (Glant, 2010). Regelbundna dialoger och ett genuint engagemang patient och person emellan är viktiga beståndsdelar i bemötandet. Inom psykiatrisk vård beskriver patienter ofta värdet av att bli tagna på allvar och sedda som människor, inte som sjukdomsdiagnoser, redan vid det allra första mötet (Arvidsson & Skärsäter, 2006).

Enligt Blenkiron & Hammill (2003) har forskning mellan åren 1966 till 2002 huvudsakligen fokuserat på validitet och kvalitet hos de instrument som använts vid skattningen av patienternas tillfredsställningsnivå till psykiatrin. Under dessa år fanns det mycket lite forskning som definierade vilka faktorer som gjorde patienten nöjd med vården. Studier som genomförts på senare tid har fokuserat på helheten av patientens upplevelse av vården. Bemötandet från och relationen till vårdpersonalen är en av många variabler som undersökts och visats vara av stor betydelse för patienterna (Gilbert, Rose & Slade, 2008; Bayar et al., 2009; Struch et al., 2008).

Längle et al. (2003) kom till slutsatsen att patienter inom psykiatrin rankar relationen med vårdpersonal som en av behandlingens viktigare delar. En annan del som ansågs betydelsefull för patienterna var att vårdpersonalen tog hänsyn till vårddagarnas rättigheter och autonomi. En svensk intervjustudie från Lund undersökte närmare vad som var karaktäristiskt för en tillfredsställande vård (Johansson & Eklund, 2003). Även här var patienterna överrens om att relationen mellan patient och terapeut, och känslan av att vara förstådd av densamma, var centrala aspekter i frågan om graden av vårdkvalité. De som var nöjda med vården upplevde att relationen till terapeuten präglades av värme, empati och förståelse. Känslan av att terapeuten förstod patientens unika situation samt att terapeuten tog sig tid att lära känna patienten räknades också in som betydelsefulla relationsaspekter. Patienter som visade missnöje med relationen upplevde att behandlaren inte lyssnade, saknade intresse för patienten samt att de inte blev förstådda (Johansson & Eklund, 2003). Brister i bemötandet i fråga om engagemang, respekt och tillit ifrån vårdpersonal kan göra att patienten bagatelliserar eller förnekar sin problematik och därmed trotsar den rekommenderade behandlingsplanen. När en patient uppfattas som svårbehandlad handlar det således oftare om barriärer i bemötandet än medicinska omständigheter. Förslag har därför gjorts om att samtliga utbildningar inom vård, medicin och omsorg bör lägga ännu större fokus på just mötet med människan (Fossum, 2007).

Mätinstrumentet KUPP

KUPP, Kvalitet Ur Patientens Perspektiv, är ett validerat mätinstrument uppbyggd som ett enkätformulär bestående av 56 frågor, eller "items", gällande patienters upplevelse av vårdkvalitet. Varje item utvärderas inom följande två områden: *Så här är det för mig* samt *Så här betydelsefullt är det för mig*. Skattningen sker på en likertskala med fem svarsalternativ i stigande ordning. I det första området stiger skalan från *Instämmer inte alls* till *Instämmer*. I det andra området stiger skalan från *Av liten eller ingen betydelse* till *Av allra största betydelse*. I varje område finns även svarsalternativet *Ej aktuellt* (Wilde Larsson et al., 2001). Modifierade versioner av KUPP har använts i flera tidigare studier då syftet varit att undersöka deltagarnas upplevelse av kvalitet beträffande olika områden inom hälso- och sjukvård (Hanberger, Ludvigsson & Nordfeldt, 2005; Falk-Brynhildsen & Nilsson, 2009). KUPP är lätt att såväl tolka som använda och är ett verktyg som fungerar inom olika verksamhetsområden (Larsson & Wilde, 1995).

Sluten psykiatrisk vård i Skåne- och Kronobergs län

Psykiatri Skåne, som bildades i mars 2009, är en gemensam förvaltning för Region Skånes allmänpsykiatri samt specialiserad psykiatri (rättspsykiatri, beroendevård och barn- och ungdomspsykiatri). Målet med verksamheten är att alla som behöver ska få tillgång till jämlik psykiatrisk vård, oavsett var i Skåne individen är bosatt. Den slutna psykiatriska vården i Skåne innefattar allmänpsykiatriska avdelningar, psykosavdelningar, ätstörningsenheter, psykiatriska intensivvårdsavdelningar, rättspsykiatriska avdelningar samt missbruksvårdsavdelningar (Region Skåne, 2010b).

Vuxenpsykiatri i Kronobergs Län består sedan 2008 av en klinik med uppdraget att integrera öppen- och slutenvård. Den slutna psykiatriska specialistvården är belägen på Sigfridsområdet i Växjö och innefattar allmänpsykiatriska avdelningar, psykosenhet och rättspsykiatriska avdelningar (Landstinget Kronoberg, 2010).

Syfte

Att utifrån ett patientperspektiv undersöka upplevelsen och betydelsen av bemötandet från vårdpersonal på slutenvårds psykiatrisk avdelning.

Metod

Urval av undersökningsgrupp

Studiens inklusionskriterier var vuxna patienter över 18 år som vårdades under HSL inom psykiatrisk slutenvård i Skåne- eller Kronoberg län. Ett konsekutivt urvalsförfarande användes genom att de patienter som vårdades under den vecka då datainsamlingen pågick tillfrågades om att delta i studien. Studiens exklusionskriterier var patienter som vårdades under *Lagen om psykiatrisk tvångsvård [LPT]* (1991:1128) samt de som vårdades för missbruksproblematik. Även patienter som vårdades på psykiatriska intensivvårdsavdelningar (PIVA) och rehabiliteringsavdelningar exkluderades.

Motivering till val av geografiska undersökningsområden var för att underlätta datainsamlingen, kontakt med och information till avdelningschefer samt utlämning och insamling av enkäter. Både Skåne- och Kronobergs län inkluderades i studien för att öka möjligheten att uppnå ett tillfredställande patientantal. Enligt anvisningar på Institutionen för hälsa, vård och samhälle vid Lunds universitet krävs 60-80 informanter i kvantitativa enkätstudier, ett deltagarantal som behövs för att kunna genomföra statistiska beräkningar i analysen (Institutionen för hälsa vård och samhälle, 2010).

Sammanlagt 123 enkäter samlades in från de avdelningar som deltog i studien, varav 111 var giltiga. Det interna bortfallet beräknades därmed till 15 informanter och berodde på ofullständigt ifyllda enkäter. Det fanns på avdelningarna sammanlagt 211 vårdplatser och under veckan då studien genomfördes vårdades 82 av patienterna under LPT och därmed 126 patienter under HSL. Det externa bortfallet beräknades därmed till 3 informanter.

Forskningstradition och valt undersökningsinstrument

En kvantitativ empirisk studie med deduktiv ansats i form av en enkätundersökning har genomförts. Enkäten som användes har modifierats utifrån strukturen i mätinstrumentet KUPP (Wilde Larsson et al., 2001). Enkäten består av fem items (se bilaga 1). Varje item berör definitioner kring bemötande som grundar sig på *Socialstyrelsens föreskrifter om bemötande av patienter* (SOSFS 2005:12) samt *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005).

Vid ifyllande av enkäten skattade patienterna i vilken grad de upplevde att personalens bemötande överensstämde med respektive påstående (A) samt hur betydelsefullt respektive påstående upplevdes vara (B). Författarna valde att i studien benämna kolumnerna med *Överensstämmelse med verkligheten* och *Betydelsefullhet* istället för *Så här är det för mig* och *Så här betydelsefullt är det för mig* för att underlätta läsning. För varje item kunde sedan följande svarsalternativ väljas i kolumn A: *Instämmer*, *Instämmer till stor del*, *Instämmer delvis*, *Instämmer inte alls* eller *Ej aktuellt*. I kolumn B valdes mellan svarsalternativ: *Av allra största*, *Av stor betydelse*, *Av ganska stor betydelse*, *Av liten eller ingen betydelse* eller *Ej aktuellt*. Det som stämde bäst överens med patientens upplevelse markerades med ett kryss i respektive kolumn. På enkäten efterfrågades även information av sociodemografisk art (kön och ålder) utav intresse för eventuella korrelationer.

Genomförande av datainsamling

Avdelningschefen på respektive avdelning erhöll material till studien genom personligt överlämnande ifrån författarna eller via post. Materialet innefattade information och instruktioner om hur studien skulle genomföras (bilaga 2) samt förslutna kuvert som skulle överlämnas till patienterna. Varje avdelningschef erhöll det antal förslutna kuvert som respektive avdelning hade slutenvårdsplatser. Varje förslutet kuvert innehöll enkäten, information till patienten om studiens syfte (bilaga 3) samt ett svarskuvert i vilken enkäten kunde förslutas av patienten efter ifyllande. Ifyllda enkäter samlades sedan in av vårdpersonal. Samtycke till studien gav patienterna genom att fylla i enkäten, vilket framgick

av medföljande patientinformation. Avdelningscheferna ombads att undanhålla studiens syfte för avdelningspersonalen, då vetskapen om syftet kunde påverka resultatet.

Efter att respektive avdelning tilldelats materialet fick de drygt en vecka på sig att lämna ut ett slutet kuvert till varje patient som stämde in på studiens inklusionskriterier och sedan samla in de förslutna svarskuverten. Vid studieveckans slut hämtades svarskuverten antingen upp av författarna personligen eller skickades med post från avdelningschefen till författarna.

Genomförande av databearbetning

Statistiska beräkningar och analyser av data utfördes i programvaran SPSS ®. Enkäterna sorterades och varje informant fick ett kodnummer (1-111) för att bevara konfidentialitet och underlätta registrering i SPSS ®. De variabler som användes var kön, ålder samt enkätens fem items A-E. Kön kodades så att värdet 1 = man och 2 = kvinna. Enkätens fem items kodades enligt följande: A = Jag upplever att jag överlag blir väl bemött av personalen, B = Jag upplever att personalen visar mig omtanke och respekt, C = Jag upplever att jag är delaktig i min egen vård, D = Jag upplever att personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet, E = Jag upplever att jag blir bemött på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt. Poängen på respektive item beräknades utifrån en ordinalskala med naturlig rangordning mellan de olika svarsalternativen och de kodades enligt följande för kolumnen *Överensstämmelse med verkligheten*: 0 = Ej aktuellt, 1 = Instämmer inte alls, 2 = Instämmer delvis, 3 = Instämmer till stor del, 4 = Instämmer. För kolumnen benämnd *Betydelsefullhet* kodades svarsalternativen på liknande vis: 0 = Ej aktuellt, 1 = Av liten eller ingen betydelse, 2 = Av ganska stor betydelse, 3 = Av stor betydelse och 4 = Av allra störst betydelse.

Etisk avvägning

Inledningsvis kontaktades samtliga verksamhetschefer i Skåne- och Kronobergs län med förfrågan om tillstånd till att genomföra studien samt en beskrivning av densamma. Förfrågan beviljades med samtycke via brev eller e-mail från verksamhetscheferna i Lund, Eslöv, Landskrona, Helsingborg, Ängelholm, Trelleborg och Växjö. Författarna fick inget svar om samtycke från verksamhetscheferna i Malmö, Hässleholm och Kristianstad och därmed

exkluderades de ur studien. Samtliga avdelningschefer på alla 16 avdelningar fick information om genomförandet av studien personligen från författarna eller via e-mail.

Alla patienter erhöll skriftlig information om studiens syfte, hur den skulle genomföras samt att deltagandet var frivilligt (bilaga 3). Ifylld enkät kunde förslutas i ett svarskuvert av patienten själv och informanterna förblev anonyma genom hela undersökningsprocessen. Enligt *Lag om etikprövning av forskning som avser människor* (2003:460) får sådan forskning endast ske om den går att utföras med respekt för människans värde, rättigheter och frihet. Människors välfärd går alltid före samhällets och vetenskapens behov. Forskningens deltagare skall informeras om planen och syftet bakom forskningen, metoden som kommer att användas samt eventuella följder och risker med forskningen. Deltagarna ska även tillges information om vem som är forskningshuvudman samt att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst under studiens gång. Efter samtycke från verksamhetscheferna gjordes en ansökan till Vetenskapliga Etiknämnen (VEN). Studien tilldelades diarienummer 106-10 och ett rådgivande utlåtande av VEN medgavs för genomförande av studien.

Resultat

En genomgående deskriptiv beskrivning av bearbetad data följer nedan, där huvudresultaten i studien redovisas grafiskt i diagram och tabellform. Resultatet från de två kolumnerna *Överensstämmelse med verkligheten* och *Betydelsefullhet* kommer att redovisas var för sig. Sammanställd data gällande patientupplevelsen av *Delaktighet i sin egen vård* avvek från patienternas upplevelse av resterade delar av bemötandet och redovisas därmed separat. Även undersökt och framtagen ålders- och könkorrelation kommer att redovisas.

Överensstämmelse med verkligheten

Drygt hälften av patienterna (53,2%) instämde med påståendet att de överlag blev väl bemötta av personalen (tabell 1). Ingen patient besvarade samma påstående med ”Instämmer inte alls”.

Upplevelsen av att vara delaktig i sin egen vård var det påstående som flest patienter upplevde som inte överensstämmande med verkligheten.

Tabell 1. Patienternas skattning av Överensstämmelse med verkligheten.

Jag upplever att...	Inte aktuellt		Instämmer inte alls		Instämmer delvis		Instämmer till stor del		Instämmer		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
jag överlag blir väl bemött av personalen	2	1,8%	0	0%	23	20,7%	27	24,3%	59	53,2%	111	100%
personalen visar mig omtanke och respekt	2	1,8%	5	4,5%	28	25,2%	29	26,1%	47	42,3%	111	100%
jag är delaktig i min egen vård	2	1,8%	13	11,8%	40	36,4%	30	27,3%	25	22,7%	110	100%
personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet	2	1,8%	6	5,5%	28	25,5%	29	26,4%	45	40,9%	110	100%
jag blir bemött på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt	3	2,7%	6	5,4%	23	20,7%	31	27,9%	48	43,2%	111	100%

Medianvärde och spridningsmått beräknades utifrån skattningen av vardera item (tabell 2). Medianvärdet visar hur 50% av patienterna skattade respektive påstående och spridningsmåtten visar hur mycket mätvärdena avvek från medianvärdet (Ejlertsson, 2003). Medianvärdet var högst (4) för item A vilket innebär att större delen av informanterna instämde helt med att de överlag blev väl bemötta av personalen. Medianvärdet var lägst för item C (2,5). Det innebär att större delen av informanterna endast instämde delvis eller till stor del med påståendet om delaktighet. Tabellen visar även hur medianvärdet hade sjunkit ifall enbart mätvärden ifrån första kvartilen hade beräknats samt hur medianvärdet hade stigit ifall data ifrån tredje kvartilen hade inkluderats.

Tabell 2. Överensstämmelse med verkligheten. Beräknat medianvärde och spridningsmått.

		Item A Jag upplever att jag överlag blir väl bemött av personalen	Item B Jag upplever att personalen visar mig omtanke och respekt	Item C Jag upplever att jag är delaktig i min egen vård	Item D Jag upplever att personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet	Item E Jag upplever att jag blir bemött på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt
N	Giltiga	111	111	110	110	111
	Ogiltiga	4	4	5	5	4
Median		4,0	3,0	2,5	3,0	3,0
Kvartiler	25	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0
	50	4,0	3,0	2,5	3,0	3,0
	75	4,0	4,0	3,0	4,0	4,0

Betydelsefullhet

Överlag visade det sig att alla delar av bemötandet skattades som betydelsefulla av patienterna (tabell 3). Enbart en patient skattade påståendet ”Jag upplever att jag är delaktig i min egen vård” som av liten eller ingen betydelse. Att personalen visade omtanke och respekt var av allra största betydelse i bemötandet för majoriteten av patienterna (80,9%). Samtliga items skattades dock som av störst betydelse för över 65% av informanterna. Å andra sidan visade det sig att delaktighet i sin egen vård var den del av bemötandet som minst antal patienter skattade som mest betydelsefull (65,1%). 9,2% av patienterna ansåg att det endast var av ganska stor betydelse (tabell 3).

Tabell 3. Patienters skattning av Betydelsefullhet.

Jag upplever att...	Ej aktuellt		Av liten eller ingen betydelse		Av ganska stor betydelse		Av stor betydelse		Av allra största betydelse		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
jag överlag blir väl bemött av personalen	1	0,9%	0	0%	4	3,6%	29	26,1%	77	69,4%	111	100%
personalen visar mig omtanke och respekt	1	0,9%	0	0%	4	3,6%	16	14,5%	89	80,9%	110	100%
jag är delaktig i min egen vård	1	0,9%	1	0,9%	10	9,2%	26	23,9%	71	65,1%	109	100%
personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet	1	0,9%	0	0%	4	3,7%	19	17,4%	85	78,0%	109	100%
jag blir bemött på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt	1	0,9%	0	0%	1	0,9%	21	19,1%	87	79,1%	110	100%

Medianvärdet för samtliga items beräknades till 4. Även vid endast första kvartilen beräknas medianvärdet till 4 för B, D och E. Resultatet visar att samtliga items skattades som av allra störst betydelse av de flesta patienterna (se tabell 4).

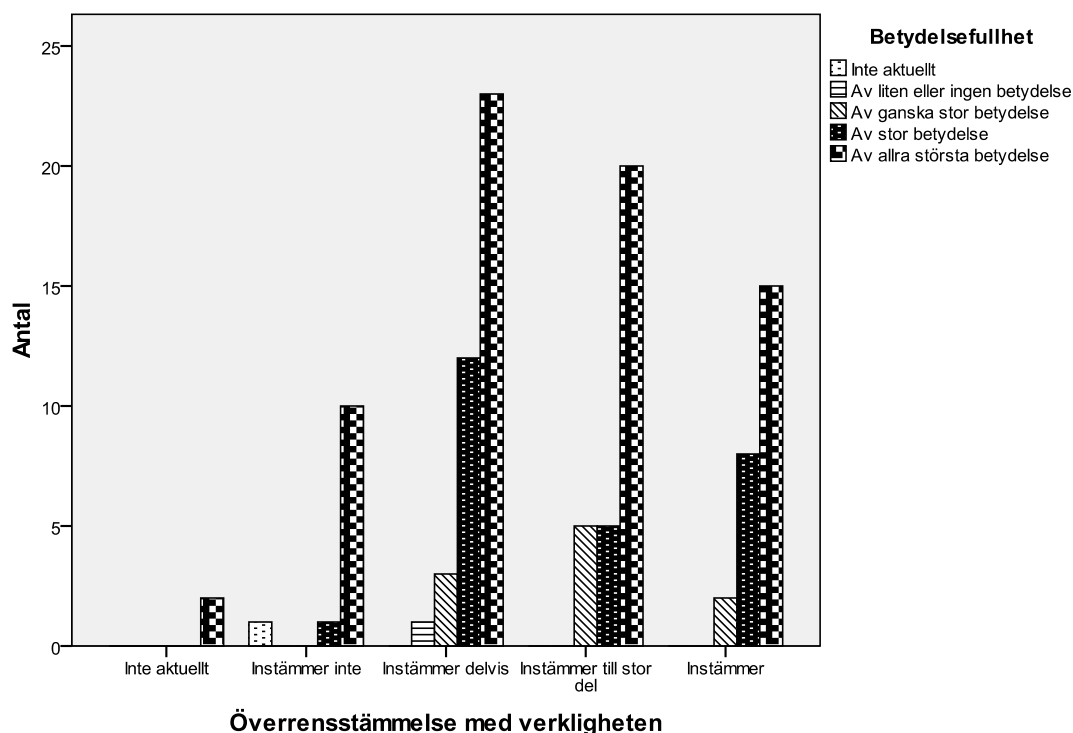
Tabell 4. Betydelsefullhet. Beräknat medianvärde och spridningsmått.

		Item A Jag upplever att jag överlag blir väl bemött av personalen	Item B Jag upplever att personalen visar mig omtanke och respekt	Item C Jag upplever att jag är delaktig i min egen vård	Item D Jag upplever att personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet	Item E Jag upplever att jag blir bemött på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt
N	Giltiga	111	110	109	109	110
	Ogiltiga	1	2	3	3	2
Median		4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Kvartiler	25	3,0	4,0	3,0	4,0	4,0
	50	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
	75	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0

Patientupplevd delaktighet i vården

Hur patienterna upplevde sin delaktighet i vården var den del av bemötandet som avvek från resterande resultatfynd. Av de patienter som tyckte att delaktighet i sin vård var av allra största betydelse så instämde endast 23 patienter delvis i att de var delaktiga. Tio patienter som tyckte att delaktighet var av allra största betydelse upplevde inte att de var delaktiga alls. Det var dock sammanlagt 35 patienter som antingen instämde eller instämde till stor del och som tyckte delaktighet var av allra största betydelse (se diagram 1).

Diagram 1 Delaktighet i sin egen vård: Överrensstämmelse med verkligheten och betydelsefullhet.



Ålderskorrelation

Då enkäten efterfrågade information av demografisk art i form av kön och ålder, undersöktes det om det fanns en korrelation mellan ålder och upplevelse av bemötande. På samtliga items

visas en positiv korrelation i relation till åldern. Spearman's ratio är till fördel att använda vid beräkningar av data på ordinalskalenivå (Eljertsson, 2003).

Tabell 5. Korrelation mellan ålder och överensstämmelse med verkligheten.

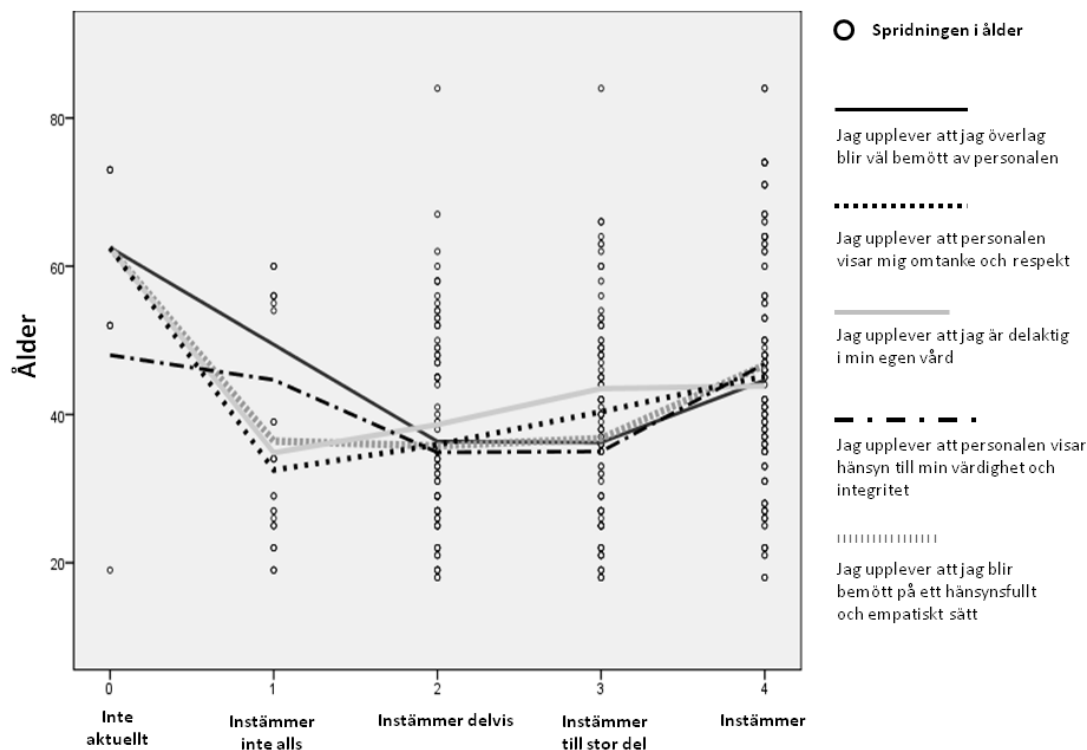
Spearman's ratio	Ålderskorrelation		
Jag upplever att jag överlag blir väl bemött av personalen	Korrelationskoefficient		,197*
	Signifikans		,049
	N		100
Jag upplever att personalen visar mig omtanke och respekt	Korrelationskoefficient		,262**
	Signifikans		,008
	N		100
Jag upplever att jag är delaktig i min egen vård	Korrelationskoefficient		,156
	Signifikans		,123
	N		99
Jag upplever att personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet	Korrelationskoefficient		,229*
	Signifikans		,023
	N		99
Jag upplever att jag blir bemött på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt	Korrelationskoefficient		,235*
	Signifikans		,019
	N		100

*. Korrelation är signifikant vid $P > 0.05$

**. Korrelation är signifikant vid $P > 0.01$

Medelåldern för informanterna vid de olika svarsalternativen redovisas i diagram 2. Linjerna visar var medelåldern ligger för de olika svarsalternativen. Punkterna visar spridningen i ålder hos patienterna. För samtliga items är medelåldern mellan 40-50 för de som uppgett att de instämmer. De som inte instämmer alls med *Jag upplever att personalen visar mig omtanke och respekt*, *Jag upplever att jag är delaktig i min egen vård* och *Jag upplever att jag blir bemött på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt* har en lägre medelålder än 40. De som inte instämmer med påståendet *Jag upplever att jag överlag blir väl bemött av personalen* och *Jag upplever att personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet* har en högre medelålder än 40. Resultatet visar att yngre patienter i lägre utsträckning upplever att personalen visar dem omtanke och respekt, att de är delaktiga i sin egen vård samt att de blir bemötta på ett hänsynsfullt och empatiskt sätt. Gällande patienternas skattning av hur betydelsefulla de olika delarna av bemötandet var fanns ingen signifikant skillnad mellan patienter i olika åldrar. Därmed följer ingen grafisk resultatredovisning.

Diagram 2. Korrelation mellan överensstämmelse med verkligheten och ålder.

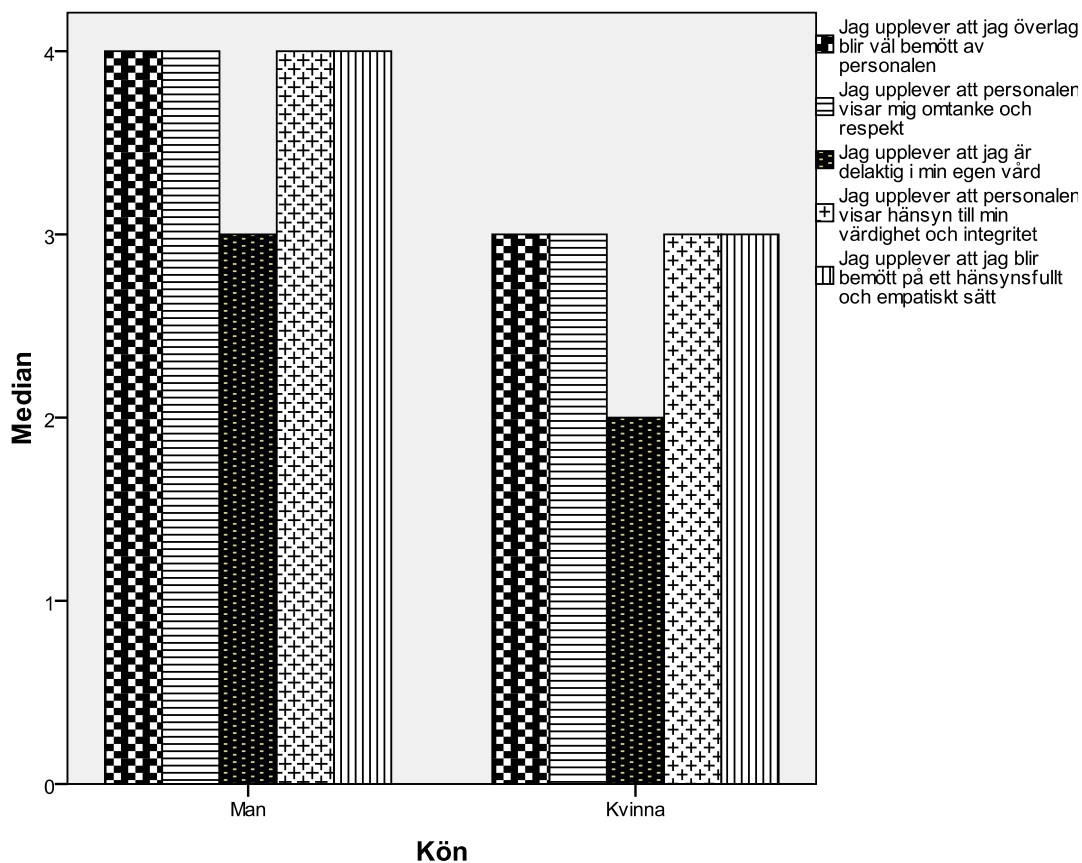


Könskorrelation

Nedan följer ett stolpdiaqram som visar korrelation mellan kön och medianvärdet av överensstämmelse med verkligheten för respektive item.

Av patienterna som deltog i studien var 65% kvinnor och 25% män. Resterande 10% av informanterna angav inte sitt kön på enkäten. Medianvärdet för samtliga svarsalternativ visade sig vara högre hos männen än hos kvinnorna. I 4 av 5 påståenden visade männen en mycket hög överensstämmelse. Kvinnorna visade en betydligt lägre överensstämmelse i samtliga av påståendena med en särskilt låg överensstämmelse gällande det påstående om delaktighet. Resultatet tyder på att männen överlag är mer nöjda än kvinnorna med alla delar av bemötandet från vårdpersonalen. En jämförelse mellan könen gällande betydelsefullhet gjordes men då den inte visade någon signifikant skillnad redovisas resultatet inte grafiskt.

Diagram 3. Jämförelse mellan kön gällande överensstämmelse med verkligheten.



Diskussion

Diskussion av vald metod

Mätinstrument

Enligt författarna har en god metod använts för att undersöka det som studien syftade till.

Genom vald metod nådde författarna ut till den målgrupp som studiens syftade till att undersöka enligt inklusionskriterierna. Enkäten utformades efter KUPP-mallen och kan därmed enkelt utformas och användas i andra studier. KUPP har använts i undersökningar av

patientupplevd kvalitet sedan tidigt 90-tal, både nationellt och internationellt (Larsson & Wilde, 1995).

Det bör nämnas att bemötande är ett svårdefinierat begrepp som inte har någon enhetlig vetenskaplig definition (Fossum, 2007). För att trots det göra en så rättfärdig definition av bemötande som möjligt så utformades enkätens items utifrån *Socialstyrelsens föreskrifter om bemötande av patienter* (SOSFS 2005:12) samt *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005). Därmed gavs en hög begreppsvaliditet. Då begreppet *bemötande* klargjorts åstadkoms även syftet med att undersöka just *upplevelsen av bemötande* från utvald målgrupp. Enkäten utformades med fem slutna frågor med svarsalternativ för att göra den så enkel för patienterna att genomföra som möjligt samt för att ifyllandet inte skulle vara alltför tidskrävande. De items som valdes ansågs vara tillräckliga för att ge en rättvis beskrivning av ett gott bemötande. En mindre tidskrävande enkät ansågs även av författarna minska risken för bortfall.

Inklusions- och exklusionskriterier

Val av patientgrupp har gjorts för att få ett så likartat patientklientel som möjligt. Kriteriet på att endast personer över 18 år deltog i studien valdes av etisk aspekt, främst med anledning att patienten då är myndig och har rätt att fatta egna beslut. Anledningen till att enbart patienter inom slutna psykiatrisk vård deltog var för att få en så rättvis bild av upplevelsen av bemötande som möjligt. Författarna ansåg att om patienter inom öppenvården hade inkluderats fanns det risk för att skattningen grundade sig på upplevelser av enstaka möten och bemötande från enskilda individer. Patienter inom slutenvården träffar flera vårdare från olika yrkeskategorier dagligen vilket enligt författarna ansågs bidra till en mer omfattande, helhetsbild av bemötandet från samtlig vårdpersonal, inte endast från enskilda individer. Patienter som vårdades på psykiatrisk intensivvårdsavdelning exkluderades med anledning till att patienterna där övervägande vårdas under LPT. Då tvångsvårdade patienter är inlagda mot sin vilja ansåg författarna att det fanns en risk att dessa patienter skulle uppfatta deltagande i en studie som ofrivillig eftersom det sker under deras vårdtid. Missbruksavdelningar exkluderades då inriktningen där främst är att ge avgiftningsbehandling på dagtid (Region Skåne, 2010c). Dagverksamheter, mottagningar och rehabiliteringsavdelningar exkluderades också då patienterna även där vårdas dagtid.

Genomförande

Studien genomfördes under en veckas tid då sju arbetsdagar betraktades som tillräckligt för att alla enkäter skulle bli utdelade, ifyllda och insamlade. En längre undersökningstid skulle kunna leda till att studien blev bortglömd eller att utlämnandet blev uppskjutet av vårdpersonalen. Nämnvärt är att respektive avdelning blev tilldelad det antal enkäter som det fanns slutenvårdsplatser. Hänsyn togs därmed inte till att ett större antal patienter kan ha vårdats på avdelningen under veckan då studien pågick. Författarna kan i och med det ha gått miste om informanter som hade kunnat delta i studien om mer material hade tilldelats avdelningarna. Dock bör det nämnas att ett stort antal av samtliga avdelningar återlämnade öppnade patientkuvert till författarna, vilket tyder på att antalet utdelade enkäter var tillfredsställande i förhållande till avdelningens utskrivningsstatistik.

Valet att personligen besöka merparten av avdelningarna för att lämna ut och hämta upp enkäterna gjordes för att få en försäkran om att återfå materialet i tid. Att personligen träffa avdelningscheferna och ge dem möjlighet till eventuella frågor och funderingar var ytterligare en anledning till att författarna föredrog personlig utdelning. Motiveringen till att alla patienter fick ett svarskuvert där enkäten kunde förslutas efter ifyllande var för att uppnå anonymitet. Att slutna kuvert överlämnades till patienterna var för att vårdpersonal inte skulle kunna ta del av enkäten samt informationen om studien.

Eventuella begränsningar

Avdelningscheferna ombads att inte informera vårdpersonalen om studiens syfte då författarna såg en risk att en sådan vetskap eventuellt kunde, omedvetet eller medvetet, påverka personalens bemötande. Trots instruktioner kan författarna inte ge någon garanti om att information om studiens syfte inte läckte ut till vårdpersonalen.

Studien undersökte bemötande från vårdpersonal i allmänhet och skiljde inte på olika yrkesgrupper. Att observera är därmed att skillnader i upplevt bemötande från de olika yrkeskategorierna som arbetar på psykiatriska vårdavdelningar inte framkommer i resultatet. Det finns en möjlighet att patienterna upplever att bemötandet skiljer sig åt mellan exempelvis skötare, sjuksköterskor, läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer men att de inte fått möjlighet att skilja på det i undersökningen. Valet att efterfråga bemötandet från all

vårdpersonal gjordes dock med önskan om att få en helhetsbild av hur patienterna upplever att de blir bemötta.

Studien syftade till att undersöka psykiatriska slutenvårdspatienter generellt och författarna riktade sig därmed inte till patienter med någon specifik psykiatrisk diagnos. Om endast patienter med en viss psykiatrisk diagnos hade undersökts hade det funnits en risk att ett tillfredställande antal informanter inte hade uppnåtts. Eventuellt kan uppfattningar om bemötande skilja sig mellan personer med olika diagnoser men sådana skillnader tas inte upp i vår studie. Personer med neurotisk eller psykotisk problematik har stundtals en skev verklighetsuppfattning gällande sig själv och andra. Det förekommer även att nämnd patientgrupp har instabila relationer till andra människor (Løkensgard, 1997). Det är även ovisst om patienterna fyllde i enkäten före eller efter medicinering, och om det kan ha påverkat deras skattning. Personer som vårdas för depression har ett lägre stämningsläge än normalt och upplever en nedstämdhet som skulle kunna ha ett inflytande på upplevelsen av vården (Løkensgard, 1997).

Författarna anser även att ett förtydligande, eller en beskrivning av författarnas personliga syn på ”delaktighet”, kunde ha varit givande för studiens resultat. Påståendet om delaktighet kan ha varit den del av enkäten som patienterna ansåg vara minst förknippat med begreppet ”bemötande” vilket i sin tur kan ha varit en stor orsak till bristen på samstämmighet.

Författarna är ovetande om patienternas vårdtid och vet därmed inte om det förekommer skillnader i upplevelsen av bemötandet. Patienterna som deltog i studien kan ha vårdats alltifrån en dag till flera år och därmed ha mer eller mindre erfarenhet av bemötandet från vårdpersonalen. Ovisst är även om patienterna som deltog vårdades för första gången eller hade tidigare erfarenhet av psykiatrisk slutenvård. Enligt en studie spelar tidigare erfarenheter av psykiatri en stor roll i hur tillfredsställelsenivån av vården ser ut bland patienterna. Den visade att patienter som tidigare inte fått behandling inom slutenvården var mer nöjda än patienter som fått behandling flera gånger tidigare (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto & Välimäki, 2006). En fråga av demografisk art som kunde ha varit av intresse är därmed ”Har du tidigare vårdats på en psykiatrisk slutenvårdsavdelning?”

Diskussion av framtaget resultat

Ett gott bemötande

Resultatet i studien visade att majoriteten av patienterna upplevde att de blev väl bemötta av personalen. Det finns flera tidigare studier som kommit fram till liknande resultat. En enkätundersökning gällande tillfredsställelse inom psykiatrisk slutenvård utförd i Finland 2006 där 316 patienter deltog visade att merparten upplevde en stor tillfredsställelse gällande relationen med vårdpersonalen. 76 procent av informanterna i samma studie kände att vårdpersonalen brydde sig om dem och visade empati (Kuosmanen et al., 2006).

En svensk intervjustudie från Lund undersökte närmare vad som var karaktäristiskt för en tillfredsställande psykiatrisk vård utifrån ett patientperspektiv. Alla patienter var överrens om att relationen mellan patient och terapeut var en central aspekt i frågan om graden av vårdkvalitet. De som var nöjda med vården upplevde att relationen präglades av värme, empati och förståelse (Johansson & Eklund, 2003). I en intervjustudie gällande relationer inom psykiatrisk vård visade det sig att det som patienterna värderade högst var att bli bemött med tillit och känna förtroende för personalen. Andra faktorer som bidrog till upplevelsen av ett gott bemötande var bra kommunikation, få tvångsåtgärder, säkerhetsåtgärder och kulturell kompetens (Gilbert, Rose & Slade, 2008). Resultatet i författarnas studie visade även den att relationen till vårdpersonalen var av stor betydelse för patienterna.

Orsaker till ett negativt bemötande

Trots det generellt positiva resultatet fanns det i studien även de patienter som genom skattningarna visade ett missnöje beträffande bemötandet ifrån vårdpersonalen. Som nämnt tidigare finns det många faktorer som kan leda till ett dåligt bemötande. En upplevelse av att omgivningen bär på negativa attityder gentemot en själv kan exempelvis vara en betydande orsak till en upplevelse av dåligt bemötande. Att bemötas negativt till följd av sitt tillstånd är något som de flesta med en psykisk sjukdom har haft erfarenhet av. En sådan upplevelse kan skapa hinder för den psykiskt sjuka i form av exempelvis ett undvikande beteende.

Undvikandet kan i sin tur reducera möjligheterna till god kommunikation med vårdpersonal och försvåra bemötandet (Björkman et al., 2008). Andra faktorer som kan ha lett till ett negativt bemötande från vårdpersonalen är stress, konflikter på avdelningen samt för höga

krav från chefer och kollegor. Ett dåligt bemötande kan också ha grundat sig i att personalen inte upplever att de är delaktiga i sitt arbete (SOU 1998:121). Resultatet i författarnas studie visade att majoriteten av patienterna var nöjda med bemötandet. Ett antagande kan därmed göras om att negativa attityder, stress, konflikter, för höga krav samt bristande delaktighet i arbetet inte förekom på avdelningarna som deltog i studien, åtminstone inte i den grad att det påverkade personalens bemötande negativt.

Könskorrelation

I studiens resultat framkom skillnader mellan könen i upplevelsen om att bli bra bemött då männen instämde i högre grad med samtliga påståenden. Det finns flera tidigare studier i samma ämne som gjort jämförelser mellan könen och kommit fram till att kvinnliga patienter ofta är mindre nöjda med vårdpersonalen än vad män är (Weismann, Rich, Rogers, Crawford, Grayson & Henderson, 2000; Woods & Heidari, 2003; Foss, 2002).

Ålderskorrelation

Resultatet av författarnas studie visar en korrelation mellan en stigande ålder och upplevelsen av att vara bra bemött. Det var en högre medelålder hos de patienter som instämde helt med att de blev bra bemötta av vårdpersonalen. De patienter som inte alls var nöjda med bemötandet var generellt yngre. Studien av Kuosmanen et al. (2006) visade att yngre patienter var mindre nöjda med relationerna till vårdpersonalen. I en studie om slutenvårdspatienters upplevelse av tillfredsställelse gällande vården var 57 procent av de patienter som gett de mest positiva skattningar över 44 år. I gruppen med de som var minst nöjda var alla under 27 år. Samma studie visade att äldre patienter kan ha lättare för att anpassa sig till avdelningsrutiner, acceptera behandling samt vara mer respektfulla gentemot vårdpersonal. Yngre kan, å andra sidan, ha svårare för att acceptera sin situation och därmed vara mer motstridiga (Soergaard, Nivison, Hansen & Oeiesvold, 2008).

Delaktighet i sin egen vård

Flera patienter upplevde inte att de var delaktiga i sin egen vård. Det var även flera patienter som ansåg att delaktighet var av mindre betydelse i jämförelse med andra delar av bemötandet. Det kan finnas flera olika anledningar till resultatet. Då inte delaktighet i sin egen

vård har beskrivits närmare eller definierats av författarna kan patienterna ha haft olika uppfattningar om vad begreppet innebär i praktiken. Enligt HSL (1982:763) ska vården och behandlingen utformas och genomföras i samråd med patienten till den mån det är möjligt. Patienten ska ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, undersökningsmetoder samt om den vård och behandling som finns tillgänglig. Enligt *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Socialstyrelsen, 2005) uppnås en optimal delaktighet i vården genom stöd och vägledning i dialog med patienten. Det är dock patienternas individuella tolkningar av begreppet delaktighet som har skattats och det framkommer inte i studiens resultat hur påståendet har tolkats. Författarna kunde ha beskrivit delaktighet tydligare för att försäkra sig om att patienterna och författarna hade en gemensam tolkning av begreppet. En studie gjord på äldre psykiatripatienter inom slutenvården visade att flera patienter fann att det var svårt att vara delaktiga i sin vård eftersom de under sin vårdtid ville dra sig undan från social kontakt. Patienterna i studien upplevde därför inte att delaktighet var så betydelsefullt för dem (Brooker & Dinshaw, 1998). I en annan studie berörande schizofrena patienter och deras delaktighet i medicinska beslut visade det sig att patienterna upplevde ett större behov av att få information än att fatta egna beslut. Studien visade även att yngre patienter samt patienter med en mer tvivlande, negativ attityd gentemot vården var mer angelägna om att vara delaktiga i sin egen vård (Hamann, Cohen, Leucht, Busch & Kissling, 2005).

Bortfallsanalys

Det interna bortfallet i studien var litet, vilket kan förklaras av att samtliga items var enkelt och tydligt formulerade och därmed lättförståeliga för patienterna. Det interna bortfall som ändå framstod kan bero på att patienterna valt att inte delta i studien. Det kan även bero på faktorer såsom språkproblematik, koncentrationssvårigheter eller synnedsättning.

Slutsats

De patienter inom den psykiatriska slutenvården som deltog i studien upplevde överlag att de blev väl bemötta av vårdpersonalen. Bemötande som helhet skattades även som av allra störst betydelse för flertalet patienter. Den del av bemötandet som avvek från resterande aspekter var delaktighet i sin egen vård. Ett stort antal patienter upplevde inte att de var delaktiga i sin

egen vård och flera ansåg inte heller att det var av så stor betydelse. Männen var överlag mer nöjda än kvinnorna med alla delar av bemötandet. Studien fann också en korrelation mellan en stigande ålder och upplevelsen av att vara bra bemött. För att generalisera studiens resultat till en större population anser författarna att det behövs ett mer homogent patientklientel gällande psykiatrisk diagnos, alternativt att studier med större antal informanter genomförs.

Författarnas arbetsfördelning

Alla författarna har varit delaktiga i samtliga områden av uppsatsen och anser att arbetsfördelningen varit jämn. Huvudansvar för problemformulering och bakgrund samt sökning av vetenskapliga artiklar hade Lynn Persson och Elise Nilsson medan Emmy Benderix hade huvudansvaret för metoddelen. Resultat- och diskussionsstyckena sammanställde författarna tillsammans.

Referenser

- Allgulander, C. (2008). *Introduktion till klinisk psykiatri*. Lund: Studentlitteratur
- Arvidsson, B. & Skarsäter, I. (2006). *Psykiatrisk omvårdnad – att stödja hälsofrämjande processer*. Lund: Studentlitteratur.
- Bayar, M.R., Poyraz, B.C., Aksoy-Poyraz, C. & Arikan, M.K. (2009). Reducing Mental Illness Stigma in Mental Health Professionals Using a Web-based Approach. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(3), 226–230.
- Björkman T., Angelman, T. & Jönsson, M. (2008). Attitudes towards people with mental illness: A cross-sectional study among nursing staff in psychiatric and somatic care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(2), 170-177.
- Blenkiron, P. & Hammill, C.A. (2003). What determines patients' satisfaction with their mental health care and quality of life? *Postgraduate Medical Journal*, 79(932), 337-340.
- Borgå, P. (1997). *Vad är psykisk sjukdom, störning, ohälsa och psykiskt frisk? Socialstyrelsen frågar de vetenskapliga råden. Psykiatriuppföljningen Rapport 1997:20*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Brooker, D.J.R. & Dinshaw, C.J. (1998). Staff and patient feedback in mental health services for older people. *Quality in Health Care*, 7, 70-76.
- Chikaodiri, A.N. (2009). Attitude of health workers to the care of psychiatric patients. *Annals of General Psychiatry*, 8 (19).
- Eljertsson, G. (2003). *Statistik för hälsovetenskaperna*. Lund: Studentlitteratur.
- Falk-Brynhildsen, K. & Nilsson U. (2009). High Quality of the Theatre Nurse Postoperative Follow-up Visit in Patients who have Undergone Cardiac Surgery. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8, 105-11.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Foss, C. (2002) Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, 19–26.
- Gilbert, H., Rose, D. & Slade, M. (2008). The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users' experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Services Research*, 8(92).
- Glant, H. (2010). *Ny i psykiatrin – våra vanligaste sjukdomar, bemötande, behandling*. Stockholm: Gothia Förlag.
- Hamann, J., Cohen, R., Leucht, S., Busche, R. & Kissling, W. (2005). Do patients with schizophrenia wish to be involved in decisions about their medical treatment? *The American Journal of Psychiatry*, 162, 2382–2384.
- Hanberger, L., Ludvigsson, J. & Nordfeldt, S. (2005). Quality of care from the patient's perspective in pediatric diabetes care. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 72(2), 197-205.
- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Stockholm: Riksdagen.
- Institutionen för hälsa vård och samhälle. (2010). *Olika arbetens omfattning*. Hämtad från: http://portal.omv.lu.se/Portal/student/info_praktisk/uppsats_anvis/litteraturstudiers_utformning_samt_referensteknik/uppsats_omfattning

- Johansson, H & Eklund, M. (2003). Patients' opinion on what constitutes good psychiatric care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(4) 339–346.
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A-R., Katajisto, J. & Välimäki, M. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6) 655-663.
- Lag om etikprövning av forskning som avser människor (2003:460). Stockholm: Riksdagen. Hämtad ifrån: <http://www.riksdagen.se/webbnav/?nid=3911&bet=2003:615>
- Landstinget Kronoberg (2010). Vuxenpsykiatri. Hämtad från: http://www.ltkronoberg.se/templates/LTKPresentation____40903.aspx.
- Larsson, G. & Wilde, B. (1995). Är patienten nöjd? *Läkartidningen*, 92, 1587-1590.
- Lundberg, B. (2010). *Erfarenheter av stigmatisering och diskriminering bland personer med psykisk sjukdom*. Doktorsavhandling, Lunds universitet, Institutionen för hälsa, vård och samhälle.
- Längle, G., Baum, W., Wollinger, A., Renner, G., U'Ren, R., Schwärzler, F. & Eschweiler, G.W. (2003). Indications of quality of in-patient psychiatric treatment: the patients' view. *International Journal for Quality in Health Care*, 15(3), 213-221.
- Løkensgard, I. (1997). *Psykiatrisk vård och specifik omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.
- Ottosson, J. (2003). *Psykiatrin i Sverige*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Region Skåne. (2010a). Vuxenpsykiatri. Hämtad från: <http://www.skane.se/templates/Listing.aspx?id=267995>
- Region Skåne. (2010b). Om Psykiatri Skåne. Hämtad från: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=268920>
- Region Skåne. (2010c). Avdelning 1E Avgiftning. Hämtad från: <http://www.skane.se/templates/Page.aspx?id=274435>
- SBU. (2003). *Sjukskrivning – orsaker, konsekvenser och praxis – en systematisk litteraturoversikt*. (SBU-rapport, 167). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering. Hämtad från: <http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/sjukskrivning/sjukskrivninghelarap.pdf>
- Schultze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International review of Psychiatry* 19:137-155.
- Socialstyrelsen. (2009). Folkhälsorapporten 2009. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8495/2009-126-71_200912671.pdf
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf
- Soergaard, K.W., Nivison, M., Hansen, V. & Oeiesvold, T. (2008). Treatment needs and acknowledgement of illness – importance for satisfaction with psychiatric inpatient treatment. *BMC Health Services Research*, 8(103).
- SOSFS 2005:12. *Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12>
- SOU 1997:51. *Brister i Omsorg – en fråga om bemötande av äldre: Delbetänkande av Utredningen om bemötande av äldre*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/51/18/b7c30f1c.pdf>
- SOU 1998:121. *Arbetsförhållanden och attityder – professionellas möte med personer med funktionshinder: Rapport till Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/sb/d/403/a/23245>

SOU 1999:21. *Lindqvists nia - nio vägar att utveckla bemötandet: Betänkande från Utredningen om bemötande av personer med funktionshinder*. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad från: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/02/26/14/9a4dd644.pdf>

Stein, L.I. & Santos, A.B. (2004). *Psykiatriskt arbete*. Lund: Studentlitteratur.

Struch, N., Levav, I., Shereshevsky, Y., Baidani-Auerbach, A., Lachman, M., Daniel, N. & Zehavi, T. (2008). Stigma Experienced by Persons under Psychiatric Care. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 45(3), 210–218.

Weismann, C.S., Rich, D.E., Rogers J., Crawford K.G., Grayson C.E. & Henderson J.T. (2000). Gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality measurement. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 9(6), 657–665.

Wilde Larsson, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (2001). *KUPP Kvalitet Ur Patientens Perspektiv*. [4:e upplagan]. Stockholm: Vårdförbundet.

Woods S.E. & Heidari Z. (2003) The influence of gender on patient satisfaction. *Journal of Gender-Specific Medicine* 6(4), 30–35.

Bilaga 1 (3)

KÖN : Man Kvinna

ÅLDER: _____

Markera ditt svar med ett kryss (X)
i **A** () och **B** () för varje fråga.

A
SÅ HÄR ÄR DET
FÖR MIG

B
SÅ HÄR
BETYDELSEFULLT
ÄR DET FÖR MIG

Instämmer

Instämmer till stor del

Instämmer delvis

Instämmer inte alls

Ej aktuellt

Av allra största

Av stor betydelse

Av ganska stor betydelse

Av liten eller ingen

betydelse

Ej aktuellt

Jag...

- | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. upplever att jag överlag blir väl bemött av personalen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. upplever att personalen visar mig omtanke och respekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. upplever att jag är delaktig i min egen vård | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. upplever att personalen visar hänsyn till min värdighet och integritet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. upplever att jag blir bemött på ett hänsynsfull och empatiskt sätt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Till ansvarig avdelningschef inom psykiatrisk slutenvård

Verksamhetschefen på Ert område har gett samtycke till att patienterna på Er avdelning ska få möjlighet att delta i vår studie ”*Bemötande från vårdpersonal inom den psykiatriska slutenvården – ur patientperspektiv*”. Studien ligger till grund för en kandidatuppsats på sjuksköterskeprogrammet vid Lunds Universitet.

Det är viktigt att Ni handlar efter följande instruktioner för att studien ska kunna genomföras.

Det stora kuvertet innehåller ett antal små förslutna kuvert innehållande enkät, patientinformation samt ett svarskuvert.

1. Varje patient ska, av någon vårdpersonal, tilldelas ett förslutet kuvert.
2. Ifylld enkät ska av patienten förslutas i svarskuvertet och sedan överlämnas till vårdpersonal.

Närmare information om studien till Er som avdelningschef:

Enkäterna består av svarsalternativ där patienten ska skatta upplevelsen och betydelsefullheten av olika delar av bemötande. Frågorna i enkäten bygger på Socialstyrelsens föreskrifter i vården, samt kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Vi hoppas att vår studie kan komma att ge insikt i hur väl dessa krav efterlevs och uppfylls inom Skånes och Kronobergs psykiatriska slutenvård.

Ansökan har skickats till Vårdvetenskapliga etiknämnden (VEN) och studien har godkänts.

Vid funderingar kring genomförandet av studien på Er avdelning, var vänlig kontakta Er verksamhetschef som samtyckt till studien.

Om frågor eller funderingar kring instruktioner av genomförandet framkommer, kontakta oss snarast via e-mail eller telefon.

Obs! Studien gäller enbart patienter över 18 år som vårdas under HSL, ej LPT.

Vi kommer personligen att hämta upp de förslutna svarskuverten i början av vecka 47.

Med vänlig hälsning,

Emmy Benderix Tel: 073-5005597, e-mail: emmy.benderix@gmail.com

Elise Nilsson Tel: 073-5888992, e-mail: elise.nilsson@gmail.com

Lynn Persson Tel: 070-4593329, e-mail: lynn.persson@gmail.com

Handledare: Andreas Rantala, MSc, PEN, RN, e-mail: andreas.rantala@med.lu.se

Bemötande från sjukvårdspersonal inom den psykiatriska slutenvården – ur ett patientperspektiv

Du tillfrågas härmed att delta i vår studie om bemötande inom psykiatrisk slutenvård.

Bemötandet gentemot patienten är en viktig del av vården men det finns studier som visar på en viss stigmatisering, dvs en negativ attityd, gentemot människor med psykiatriska diagnoser.

Som framtida sjuksköterskor är vi intresserade av att veta om du som patient upplever att detta sker på din vårdavdelning.

Ditt eventuella deltagande i studien bidrar därmed till information om hur patienter inom psykiatrisk slutenvård upplever att de blir bemötta av vårdpersonal.

Du deltar i studien genom att fylla i bifogad enkät.

Enkäten har överlämnats till dig i ett slutet kuvert för att du ska förbli anonym i studien.

Dina svar på enkäten kommer att förvaras så att inte någon obehörig får tillgång till dina svar.

Avdelningspersonalen kommer inte att få reda på hur du har besvarat enkäten och resultatet av vår studie kommer att redovisas på så sätt att du inte kan identifieras.

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta utan att ange anledning.

Du samtycker till studien genom att:

- 1) Besvara enkäten
- 2) Försluta enkäten i det nya kuvertet
- 3) Överlämna det slutna kuvertet till vårdpersonal

Studien ingår som ett examensarbete i Sjuksköterskeprogrammet.

Syftet med denna studie är att undersöka hur du som patient upplever att du blir bemött av vårdpersonalen som arbetar på din avdelning.

Emmy Benderix, Lynn Persson och Elise Nilsson
Handledare: Andreas Rantala, andreas.rantala@med.lu.se
Institution för hälsa, vård och samhälle,
Sektionen för Omvårdnad, 2010