

Sjuksköterskan – för patienten i tiden!

Hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten inom sjukvården.

FÖRFATTARE	Maud Lindh Ann-Christine Westlund
FRISTÅENDE KURS	Omvårdnad –Självständigt arbete II OM 1650 HT 2009
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Hans Ragneskog
EXAMINATOR	Solveig Lundgren

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

TACK!

Till sjuksköterskorna som deltog i vår fokusgrupp och som så frikostigt bidrog till resultatet,
till deras vårdenhetschefer som bidrog till urvalet och tillät sjuksköterskorna delta på arbetstid,
till Eva-Lotte Daxberg, Maud Eriksson och Krystyna Johansson på Medicinska Biblioteket Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra som beredvilligt bidragit med litteraturkunskap och lokal och
till Hans Ragneskog för gott handledningssamarbete och till våra familjer för stöttning och visat tålamod.

Titel:	Sjuksköterskan – för patienten i tiden! Hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten inom sjukvården.
Titel (engelsk):	The Nurse – for Patient; with the Times! How the work environment of the nurse may be an opportunity or a hindrance or for the patient meeting.
Arbetets art:	Självständigt arbete II – fördjupningsnivå II
Fristående kurs/kurskod:	Omvårdnad – Självständigt arbete II
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	36 sidor
Författare:	Maud Lindh, maud.lindh@vgregion.se Ann-Christine Westlund, ann-christin.westlund@vgregion.se
Handledare:	Hans Ragneskog
Examinator:	Solveig Lundgren

ABSTRAKT

Ett gott bemötande är viktigt för patientens uppfattning om vården och en viktig del på vägen mot välbefinnande. Bemötande är ett samspel och ett växelspel mellan sjuksköterska och patient som bygger på att sjuksköterskan aktivt träder in i patientens livsrum med inlevelse och kunskap om patientens styrkor och begränsningar bekräftar patienten. Detta för att patienten ska få förbli en unik person. Syftet med denna uppsats var att belysa hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten inom sjukvården. Metoden utgjordes av fokusgruppintervju. En strukturerad intervjumetodik användes. Materialet analyserades utifrån Graneheim och Lundmans modell för innehållsanalys och relaterades till Jean Watsons omvårdnadsteori. Watsons transpersonella teori framhåller växel-spelet mellan människa och miljö. I resultatet framträder ett manifest tema - Planering och samarbete ger större utrymme för ett gott bemötande och ett latent tema - Medveten om begränsningar och ambition om att ge ett gott bemötande. Sjuksköterskan måste ges möjlighet till att ge patienten ett gott bemötande. Fokusgruppdeltagarna i studien beskriver en känsla av otillräcklighet som leder till oro och frustration. Organisatoriska förutsättningar, framförhållning, tid, utrustning och ändamålsenliga lokaler ska finnas. Ett bra ledarskap skapar trygghet. Sjuksköterskans insikt om bristande förutsättningar och strävan efter att göra det bästa av situationen skapar möjligheter i vården. Watsons menar att sjuksköterskans värderingar ger dem modet att se möjligheter i existerande förhållanden. Genom fortlöpande reflektion och handledning kan ett professionellt bemötande av patienten kvalitetssäkras. I studien beskrivs att sjuksköterskorna hanterar brist på handledning genom gott samarbete och god kommunikation kollegor emellan. Sjuksköterskorna i fokusgruppen visade på ett professionellt förhållningssätt, hur sjuksköterskan ofta gör sig till patientens talesman, en oerhörd vilja och målmedvetenhet i sin strävan efter att göra gott för patienten och ge denna ett gott bemötande. Sjuksköterskan är en potent resurs hennes kunskap och vilja måste tillvaratas i bemötandet av patienten.

Key words: Barriers, content analysis, focus groups, hindrances, nurse, nursing, patient, relation, meeting, work environment, management, possibilities.

Title: **The Nurse – for Patient; with the Times!** How the work environment of the nurse may be an opportunity or a hindrance for the patient meeting.

ABSTRACT

A good meeting and a good patient-nurse relation are important for the patient's view about the care and an important part on the road against well being. The relationship between nurse and patient is an ensemble and a bill of exchange that builds on that the nurse active joins in the patient's life rooms with empathy and knowledge about the patient's strength and restrictions confirms the patient. This pursue that the patient will may to remain an unique person. The aim with this essay was to elucidate how the nurse's work environment can to constitute possibilities respective hindrance for a good meeting of the patient within the healthcare. The method was constituted of focus group interview. A structured interview methodology was used. The material was analyzed on the basis of Graneheim and Lundman's method for content analysis and was related to Jean Watson's theory in Nursing. Watson's transpersonal theory stresses the bill of exchange between human being and environment. In the result stands out a manifestos theme - planning and cooperation give larger space for a good patient meeting and relation and a latent theme - aware about restrictions and an ambition about a good patient-nurse meeting. The nurse must be given possibility to give the patient a good meeting. The participants of the focus group in the study describe a feeling of insufficiency that leads to worry and frustration. Organisational conditions, planning, time, equipment and appropriate premises will be. A good leadership creates safety. The nurse's understanding about inadequate conditions and endeavour after doing the best of the situation creates possibilities in the care. Watson means that the nurse's values give them courage to see possibilities in existed relations. Through continuous reflection and professional guidance can a professional nurse-patient meeting be assured the quality. In the study is described that the nurses handle deficiency on professional guidance through good cooperation and good communication between colleagues. The nurses in the focus group showed on a professional attitude, how the nurse often do himself to the patient's spokesman, an incredible will and objective awareness in his endeavour after doing goodly for the patient and to give a good patient meeting. The nurse is a potent resource and her knowledge and professional ambition about the nurse-patient relation must be taken charge of.

Key words: Barriers, content analysis, focus groups, hindrances, nurse, nursing, patient, relationship, meeting, work environment, management, possibilities.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
INLEDNING	6
BAKGRUND	6
Arbetsmiljö	7
Bemötande	7
Teoretiskt perspektiv	8
Jean Watsons omvårdnadsteori	9
Jean Watson i jämförelse med Katie Eriksson	11
Tidigare Forskning	12
SYFTE	14
METOD	14
Fokusgrupp	14
Urval	14
Datainsamling	14
Analys	15
Pilotstudie	16
Forskningsetiska överväganden	17
RESULTAT	19
Subkategorier för det manifesta innehållet	19
Subteman för det latenta innehållet	21
DISKUSSION	25
Metoddiskussion	25
Material och generaliserbarhet	26
Tillförlitlighet av analys	26
Resultatdiskussion	27
KONKLUSION	32
REFERENSER	33
BILAGOR	
1. Inbjudan	
2. Forskningspersonsinformation	
3. Intervjuguide	

INLEDNING

Ett bra bemötande är viktigt för patientens uppfattning om vården och en viktig del på vägen mot välbefinnande. I en tidigare genomförd litteraturstudie vid Göteborgs universitet tydliggjordes arbetsmiljöns betydelse för sjuksköterskans bemötande av patienten (1). För att sjuksköterskan ska kunna ha en professionell hållning i sitt yrkesutövande och styras av det som gagnar patienten är det värdefullt att nå ökad kunskap om hur arbetsmiljön hindrar respektive möjliggör ett gott bemötande.

BAKGRUND

I Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) 2 a § ställs krav på hälso- och sjukvården. Vården skall vara av god kvalitet och patienten ska kunna känna sig trygg i vård och behandling. Det är viktigt att visa respekt för patientens integritet och självbestämmande. Goda kontakter skall främjas mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen. Så långt det är möjligt skall vård och behandling utformas i samråd med patienten (2). Att patienten skall visas omtanke och respekt betonas även i "Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område" (3). En patientfokuserad vård innebär att patienten bemöts utifrån sitt sociala sammanhang, sina specifika behov, förutsättningar, förväntningar och värderingar. Relationer skapas utifrån respekt, empati och omtanke (4). Ett gott bemötande vid den första kontakten är viktigt för patientens fortsatta uppfattning om vårdtiden och en viktig del av vägen till välbefinnande.

En stor del av de anmälningar som kommer in till patientnämnderna framför brister i bemötandet mellan patient och vårdpersonal. Något misstag eller formellt fel har kanske inte begåtts i samband med vården utan patienterna anmäler vårdpersonalen på grund av att de är missnöjda med hur de har behandlats rent mänskligt. Antalet ärenden som registrerats hos patientnämnderna som handlade om "bemötande, kommunikation och information" ökade mellan år 2000 och 2007 med 41 procent - från 2591 till 3644 ärenden (4). När patienten besöker sjukvården har han/hon ofta höga förväntningar och trots en mycket god medicinsk behandling kan brister i bemötandet ge en otillfredsställd patient. Efter besöket sker alltid, ibland medvetet och ibland omedvetet, en utvärdering av bemötandet. Detta avgör om patienten blev tillfredställd med besöket eller ej (5, 6). Sjukvården är enligt Sachs (7) ett eget samhälle med en egen social organisation av experter och vårdkunniga. Dessa har sitt eget språk och sitt sätt att beskriva och förklara händelser utifrån speciell kunskap och makt i samhället. Den vårdkultur som vårdpersonalen utvecklar innehåller olika sätt att förtrycka värdet i mellanmänskliga relationer. Det kan gälla att handskas med emotionell stress som till exempel rutiner som blir till ritualer av bäddande och lyftande, temperaturtagande, utdelande av mediciner, ronder med mera. När patienter kräver något utöver vad det inte finns tid till upplevs det som stressande och måste undvikas så långt som möjligt menar Sachs (7).

"Det paradoxala med sjukvårdens sociala strukturer som ska skydda mot oro är att de ofta ger sjuksköterskorna mer oro genom att de aldrig kan känna att de helt och hållet har kontroll om något skulle inträffa." (7, sid. 57).

Sjuksköterskan är en mellanhand mellan den sjuka och läkaren. I sjuksköterskans arbete finns det en ambivalens som har att göra med den egna kompetensen och kunskapen och den sjuka

människans självbestämmande, autonomi och identitet. Sachs (7) beskriver sjuksköterskan som en balanskonstnär.

Det första mötet mellan sjuksköterskan och den sjuka människan är helt avgörande för hur den fortsatta vårdrelationen kommer att utvecklas. Att ta sig tid att lyssna på varandra redan vid det första mötet är oerhört viktigt för den fortsatta kontakten (5, 8). Omvårdnadsarbetet grundas på mötet mellan patient och vårdpersonal. Varje patient är unik, med egna tankar, känslor och behov som inte går att bemöta rutinmässigt. Värddigt bemötande är ett grundläggande krav inom sjukvården (8, 9). För att arbeta professionellt behöver man känna sina egna beteendemönster, försvar och projektioner i mötet med patienten.

Arbetsmiljö

Arbetsmiljölagen (AML) (1997:1160) (10) ligger till grund för allt arbetsmiljöarbete. AML beskriver arbetsmiljö som allt som påverkar människan i arbetet, både den fysiska och den psykosociala omgivningen. En god arbetsmiljö karakteriseras av att fysiska risker är undanröjda, lokalerna ändamålsenliga och att de anställda har möjlighet att påverka sin arbetssituation. Arbetsgivaren är skyldig att bedriva systematiskt arbetsmiljöarbete. Det innebär att systematiskt kartlägga, planera, genomföra åtgärder och följa upp verksamheten, i syfte att säkerställa och utveckla en god arbetsmiljö (11).

Även i International Council of Nurses (ICN) etiska kod för sjuksköterskor betonas att ansvariga sjuksköterskor och ledare ska utveckla och övervaka att arbetsmiljön på arbetsplatsen är säker (12). Enligt AML skall också arbetstagaren medverka i arbetsmiljöarbetet och delta i genomförande av åtgärder för att åstadkomma en god arbetsmiljö. Arbetsmiljön ska ges ett rikt arbetsinnehåll, arbetstillfredsställelse, gemenskap och personlig utveckling. En allsidig bedömning skall göras av arbetsmiljön beträffande arbetets upplägg, innehåll och organisation (10). Många omorganisationer i vården, både yttre och inre kan påverka sjuksköterskans arbetsmiljö i det dagliga arbetet och omstrukturering kan också skapa otrygghet för den enskilde. De flesta beslut i verksamheten berör arbetsmiljön. Konsekvenserna för arbetsmiljön ska därför bedömas och beaktas innan besluten fattas. Tid och ekonomiska resurser krävs för att utveckla och bevara en god arbetsmiljö. Organisationens utformning kan ha betydelse för hur bemötandet av patienten blir.

Bemötande

Enligt Stora Synonymboken (13) betyder bemöta:

1. möta, behandla, mottaga, uppträda emot, uppföra sig emot.
2. svara på, besvara, inlägga, genmäla, gendriva, vederlägga, tillbakavisa, opponera emot, motsäga, anföra annan mening, bestrida.

Bemötande betyder enligt samma ordbok:

1. mottagande, behandling.
2. genmäla, gendrivande, vederläggande, opposition (13).

I Nationalencyklopedin (14) står bemötande förklarad: Uppträda (på visst sätt) mot ngn: *han bemöter alla kunder med samma artighet och respekt.*

Bemötandet har en grundläggande och central betydelse i en god omvårdnad. Bemötande handlar om samspel mellan människor och den inställning som personer har till varandra och hur de kommer till uttryck i tal, handlingar, gester, ansiktsuttryck och tonfall. Det handlar också om den fysiska miljön, hur den utformas och hur miljön påverkar oss (15). Bemötande är det sociala växelspel som sker mellan personer i mötet och den interaktion som uppstår. Det innebär också en medvetenhet om och förmåga till inlevelse i andra personers behov och reaktioner och visad respekt för motparten (16).

”Vi blir den vi är i mötet med andra”. (17, sid. 98).

Enligt Edberg (17) ligger bemötande väldigt nära det vi kallar bekräftande. I mötet med en annan person kan självkänslan urgröpas eller stärkas. Uppfattningen om vad som är ett gott bemötande är sannolikt individuellt beroende på till exempel kultur, uppfostran och hur sårbara vi är. Bemötandet, menar Edberg, kan bli gott om vi försöker förstå hur patientens livsvärld ser ut. Flera författare betonar vikten av sätta sig in i patientens verklighet (15-19).

En avgörande och viktig roll i bemötandet spelar personalens erfarenhet och kompetens. Det är viktigt att sjuksköterskan är aktiv i och medveten om sitt eget bemötande. Grunden i bemötandet utgörs av vilka behov som fokuseras, hur kunskapsutbytet sker och vilket handlande sjuksköterskan uppvisar gentemot patienten (15, 16, 20). Att ha kunskap om styrkor och begränsningar hos sjuksköterska och patient, vem den andra personen är och vad situationen betyder för patienten, hur man tröstar, visar medkänsla och empati har betydelse för bemötandet (15, 20). Det finns en risk i att sjuksköterskan tar vissa saker för givet och ser det som självklart att patienten genom sina tidigare erfarenheter förstår sjuksköterskans sätt att se på saken (19). Watson (15) talar om en transpersonell relation och betonar vikten av att sjuksköterskan har kunskap om mänskligt beteende och förståelse för patientens individuella behov. Det är viktigt hur sjuksköterskan bemöter patienten när sjuksköterskan träder in i patientens livsrum (15, 20, 21).

Med ett gott bemötande menar vi, i detta arbete, fortsättningsvis ett professionellt förhållningssätt i vårdrelationen med respekt för att varje individ är unik. Ett samspel och ett växelspel mellan sjuksköterska och patient som bygger på att sjuksköterskan aktivt träder in i patientens livsrum och med inlevelse och kunskap om patientens styrkor och begränsningar bekräftar patienten.

Teoretiskt perspektiv

Val av perspektiv var viktigt vid genomförandet av vårt forskningsprojekt. Vid beskrivning av det teoretiska perspektivet var det vår strävan att så utförligt som möjligt beskriva de utgångsansatganden utifrån vilka vi önskade belysa hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra hinder respektive möjligheter för ett gott bemötande av patienten inom sjukvården.

Det är viktigt att omvårdnadsforskning är engagerad i att söka nya sanningar och insikter och därmed utveckla nya kunskaper om mänskligt beteende vid hälsa och ohälsa.

Vårdvetenskapen är grundad på humanvetenskap och skall söka sanningen om vårdandet och bära ansvar för att denna tillägnas människan (18, 21).

Humanvetenskaperna grundar sig på en kunskapsteori som kan innefatta såväl metafysik som estetik, humaniora, konst och empiri. Antagandena är av ontologiskt slag det vill säga antaganden om vad som finns och hur det är beskaffat.

”Fenomenet framträder på ett visst sätt beroende på den omgivande bakgrunden och ändrar man bakgrunden kommer ett nytt fenomen att framträda. Överfört till vården skulle vi kunna säga att den verklighet som är tillgänglig för en given praktik är beroende av de ontologiska antaganden som gjorts. Om vi ändrar antaganden kommer en annan verklighet att bli tillgänglig för praktik och andra erfarenheter att göras. Vård kan med andra ord inte bedrivas utan ontologiska antaganden.” (22, sid. 66-67).

Utifrån det humanvetenskapliga perspektivet möter sjuksköterskan patienten utifrån vissa antaganden. Patienten ses som en unik människa som är ifrågasättande och reflexiv. Patienten har värdighet och ses som en helhet av kropp och själ. För att patienten skall förbli en unik person måste vården och bemötandet främja detta (15, 18, 21, 23). Sjuksköterskan har möjlighet att använda sig av metoder som ger utrymme för den egna och den andra personens subjektiva, innersta, personliga tankar. Utan att i första hand vara fokuserad på det vetenskapliga resultatet kan sjuksköterskan istället för att bara genomföra yttre observationer välja att försöka sätta sig in i världen av inre upplevelser och själv välja att vara en del av metoden och samtidigt vara involverad i den kliniska forskningsprocessen (21). Vårdandet innebär att sjuksköterskan måste vara känslomässigt närvarande tillsammans med patienten och söka förståelse utifrån hans/hennes perspektiv (15, 21, 24, 25, 26).

Rooke (20) menar att teorier är vetenskapliga produkter och att dessa kan ses som vetenskapens verktyg. Vidare menar hon att de olika omvårdnadsteoretiska strukturerna är resultatet av strävanden av att vetenskapliggöra omvårdnadskunnandet.

Genom ett teoretiskt perspektiv kan omvårdnadsforskare erhålla ny kunskap som relateras till patienten så att förståelsen fördjupas. Det teoretiska perspektivet tillför därigenom ny kunskap genom varje enskild studie. Därmed skapas ny förståelse i ett ständigt pågående tolkningsarbete. Det teoretiska perspektivet innefattar en vision genom att det anger riktningen för seendet och siktet för sökandet (18).

Jean Watsons omvårdnadsteori

Watson presenterade 1979 sina tio karaktäristiska omvårdnadsfaktorer. Hennes teoretiska tänkande baseras på existentialism och fenomenologi. Hon beskriver omvårdnaden i en kontext av humanvetenskap och konst. Hon vill lyfta fram det sköna och konstfulla i det mänskliga omvårdnadsarbetet. Kontexten är människocentrerad och metafysisk. Watson anser att människan är mer än summan av sina delar. Hennes teori framhåller att människa och miljö står i ett ömsesidigt växelspel. Hon betonar att alla åtgärder som riktas mot patienten bygger på en ”människa – till människa – process” (15, 20, 21).

De interventioner som hör samman med den mänskliga omsorgsprocessen fordrar avsikt och vilja, en relation och handlingar. Processen innefattar synen på omsorg som ett moraliskt ideal med avsikt att bevara det mänskliga. Den bekräftar också den personliga subjektiviteten och leder till en positiv utveckling för andras välbefinnande. Den ger utrymme för sjuksköterskan att utvecklas och att lära sig något nytt. Kombinationen av dessa interventioner kan kallas för karativa faktorer. Alla Watsons karativa faktorer har stor betydelse för hur sjuksköterskans bemötande av patienten utvecklas. De tio karativa omvårdnadsfaktorerna innefattar handlingar och åtgärder som berör:

1. Ett humanistiskt och altruistiskt värdesystem.
2. Tro och hopp.
3. Känslighet gentemot självet och andra.
4. Mänsklig omsorgsrelation präglad av hjälpande tillit.
5. Att ge uttryck för positiva och negativa känslor.
6. Kreativ, problemlösande omsorgsprocess.
7. Transpersonell undervisning och inläring.
8. Stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö.
9. Tillgodoseende av mänskliga behov.
10. Existentiell, fenomenologisk, andliga krafter (15, 20, 21).

Interventionerna i Watsons teori (15) om mänsklig omsorg hör samman med den mänskliga omsorgsprocessen, där sjuksköterskan och patienten deltar fullt ut. För att visa mänsklig omsorg fordras kunskap om mänskligt beteende, förståelse för individuella behov och hur man svarar på andras behov. Att ha kunskap om styrkor och begränsningar hos sjuksköterska och patient, vem den andra personen är och vad situationen betyder för patienten har betydelse för bemötandet. Även hur man tröstar, visar medkänsla och empati har betydelse för hur bemötandet (15, 20).

Ovanstående förutsätter en kunskapsbas och en klinisk kompetens. De karaktiva faktorerna aktualiseras hela tiden i den mänskliga omsorgsprocessen då sjuksköterskan är tillsammans med patienten. Målet med omvårdnad är att genom de tio karativa omvårdnadsfaktorerna ge en fördjupad dimension åt omvårdnad för att kunna hjälpa patienten till harmoni och upplevelse av hälsa. Watson beskriver en transpersonell omsorgsrelation. Det betecknar en speciell mänsklig samvaro mellan patienten och sjuksköterskan. Relationen börjar när sjuksköterskan träder in i patientens livsrum. Teorin utgår från sjuksköterskans perspektiv och menar att följande företeelser främjar en transpersonell relation (20, 21).

Enligt Watson är det ett moraliskt åtagande att skydda och främja mänsklig värdighet. Genom detta får patienten en möjlighet att bestämma meningen hos sig själv. Sjuksköterskans avsikt och vilja att bekräfta patientens egen subjektiva betydelse är viktig. Hennes förmåga till insikt i och att rätt uppfatta patientens känslor och inre tillstånd är av största betydelse och kan ske genom handlingar, ord, beteenden, varseblivning, kroppsspråk, känslor, tankar, intuitioner, de fem sinnena med mera. Vidare är sjuksköterskans förmåga att bedöma och få insikt i den andres tillstånd och känna en förening med patienten av största värde. Sjuksköterskan ska kunna förstå och tolka situationer på olika sätt, till exempel rörelser, gester, blickar, handlingar, procedurer, information, beröring, ljud, ord, färg och form, andra vetenskapliga, estetiska och mänskliga beteenden. Patientens subjektivitet antas vara lika hel och giltig som

sjuusköterskans. Sjuusköterskans egen livshistoria, hennes personliga tillväxt, mognad och känslighet inför det egna jaget har också betydelse (20, 21).

Om patienten upplever att sjuusköterskan bryr sig om och ser hans/hennes problem så kommer tillit, hopp och förtroende att utvecklas. Sjuusköterskan måste lära känna patienten och hur denna uppfattar sin livssituation. Det är viktigt att sjuusköterskan kan lyssna och ta emot. Genom att lyssna på ett verkligt sätt, så bör man höra det som inte sägs, genomskåda kroppshållning, olika ansiktsuttryck och även tyda icke verbala frågor, kanske genom olika ögonuttryck (20, 21).

Watson aktualiserar de existentiella frågorna vid sjukdom och ohälsa. Dessa frågor har betydelse i relation till de beslut som tas vid omvårdnad, behandling och vård. Frågorna ställer krav på sjuusköterskans förmåga att skapa en relation mellan sig och patienten. Watson menar att det är en konst att utveckla en relation till andra människor. Konsten grundas på att en människa som tar emot en annan människas uttryck för känslor, genom hörsel, syn och även intuition kan bli delaktig av samma känsla som gav den andre inspiration att uttrycka sig. Det konstfulla i omsorgen och omvårdnaden grundar sig på en människas förmåga att ta emot en annan människas känslouttryck och att uppleva dessa inom sig själv. Betraktas omvårdnaden som en humanvetenskap går det att kombinera och integrera denna vetenskap med skönheten, konstnärligheten, etiken och estetiken hos den mellanmännsliga omsorgsprocessen (20, 21).

Kontexten för synen på personen och sjuusköterskan i teorin om transpersonell omsorg finns i ögonblickets mänskliga möten mellan dem båda. Det är viktigt att varje sjuusköterska blir medveten om sin styrka för att kunna utveckla en relation mellan sig och patienten. För att kunna använda sig av Watsons teori som sjuusköterska måste hon/han vara medveten om sig själv för att kunna använda sig själv i en relation. Dessutom måste sjuusköterskan kunna tänka i ett helhetsperspektiv beträffande kropp, ande och själ (20, 21).

”Transpersonell mellanmännslig omsorg är essensen och det moraliska idealet för en omvårdnadsinriktning som bevarar mänsklig värdighet och det mänskliga, och som undviker att kränka människan i situationer som rör hälsa - ohälsa”. (21, sid. 90).

En transpersonell relation är förutsättningen för ett gott bemötande. Ett gott bemötande skapas genom närvaro i patientkontakten och att sjuusköterskan är öppen för vad situationen kan medföra. Watsons teori rymmer begreppen hälsa - ohälsa, miljö och universum samt på vilka sätt de samverkar och står i förbindelse med varandra. Arbetsmiljön och miljön blir härigenom viktiga faktorer för hur den transpersonella relationen utvecklas och hur bemötandet blir.

Jean Watson i jämförelse med Katie Eriksson

Liksom Watson menar Eriksson (27) att vårdandet som helhet är en estetisk akt. Caritastanken som skall vara kärnan i allt vårdande kommer ur vårdandets idé om människokärleken. Vårdvetenskapen är den ansande, lekande och lärande människan. En vård präglad av hela människan tillgodoser människans längtan efter harmoni, frid i tillvaron, och skönhet och är en väg mot hälsa.

Eriksson utgår ifrån tanken att vi är vår egen historia och att vi endast begränsas av vårt eget tänkandes gränser. Vårdande är en konkretisering av människokärleken och en relation. I den konkreta situationen i vården möter vårdaren hela människan i en situation där ingen sida kan utelämnas, det finns inga gränser mellan, kropp, ande och själ. Eriksson liksom Watson menar att sjuksköterskan måste kunna se och tänka i ett helhetsperspektiv beträffande kropp, ande och själ.

En annan utgångspunkt för Eriksson är att vårdandet är en relation, inte bara en interaktion. Det betecknar något som står i förhållande till något annat och gäller ett specifikt avseende. Finns det ingen förankring i en relation blir risken att vårdandet bara blir en ”tom teknik”.

”En verklig relation innebär ett sant möte, där alla medel fallit bort, dvs. ett möte i kärlek”.(27, sid. 32).

Watson betonar vikten av att träda in i den andres livsrum för att skapa en transpersonell relation.

Båda teoretikerna talar om att tro och hopp bidrar till förståelse av helheten i vårdandet. Eriksson lägger också till kärlek som en del av helheten medan Watson betonar tilliten mellan patienten och sjuksköterskan.

Tidigare forskning

För att undersöka vad som tidigare har studerats inom kunskapsområdet, om hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra hinder och möjligheter i bemötande av patienten, gjordes en artikelsökning i databaserna PubMed och CINAHL. Sökningarna utgick från sökorden nurse, nursing, patient, relations, meeting, management, work environment, work/job satisfaction, hindrances, barriers, possibilities. Sökorden har använts var för sig och i kombinationer. Sökningarna har gjorts vid ett flertal tillfällen av författarna, med hjälp av handledare och bibliotekarie. Trots dessa sökningar har få relevanta artiklar inom området sjuksköterskans arbetsmiljö och bemötande kunnat hittas. Många artiklar har uteslutits och bedömts vara irrelevanta då de handlar om helt andra områden. Några artiklar har hittats genom granskning av referenslistor i andra arbeten (28, 29, 30) och några har tillhandahållits genom vår handledare (31, 32).

Tabell 1 Sökord och antal vetenskapliga artiklar som framkommit vid sökning.

Databas	Sökord	Antal artiklar	Använda artiklar
Pub Med	nurse-patient relations/ work environment	341	Bégat et al (33), Bacon et al (6), Johansson (34), Manion (35) Åstedt- Kurki (36)
Pub Med	Nurse- satisfaction- work environment	55	Bégat et al (33)

Sjuksköterskans arbetsmiljö och patientens förväntningar är viktiga faktorer för hur patienten upplever kvaliteten på vården. I en studie om handledningens betydelse för sjuksköterskans upplevelse av en god psykosocial arbetsmiljö fann forskarna att sjuksköterskor i svåra etiska situationer baserade sina beslut på kunskap, principer och känslor. Handlingar baserade på känslor är inte alltid möjliga att förklara i logiska resonemang. Detta kan resultera i svårigheter i kommunikationen mellan sjuksköterskan och andra professioner och leda till brister i samarbetet och på så sätt få en negativ inverkan på patienten (33). Benner (30) beskriver vikten av det sociala arbetsklimatet och gruppdynamiken i en arbetsgrupp. Omvårdnad och klinisk kunskap är socialt sammanflätade på flera sätt (30). Genom en delad kollektiv förståelse så blir helheten av kunskapen större än summan av delarna. En kollektiv vision skapad av yrkeskunskap och outtalad yrkesskicklighet och ett positivt socialt känslomässigt klimat där det finns tillit skapar en social kultur inom arbetsgruppen. Johansson et al (34) fann att sjuksköterskans arbetstillfredsställelse hade påverkan på hur nöjd patienten var och hur omvårdnaden upplevdes. En naturlig och konstruktiv relation mellan sjuksköterska och patient måste skapas för att få en tillfredsställd patient (34). Humor kan användas som en strategi för att intensifiera och effektivisera interaktionen mellan sjuksköterska och patient i olika omvårdnadssituationer. Humor kanaliserar och lättar oro, spänning och osäkerhet (36).

Reflektion över den egna yrkesrollen stärker sjukvårdspersonal i viljan att bemöta patienten i en jämlik relation. Kovero (28) fann även atmosfären i arbetsgruppen och relationen mellan olika nivåer i organisationen är av betydelse. Bacon et al (6) har undersökt organisatoriska effekter på patienttillfredsställelse inom sjukvården. Sjukhus där man har sett över sjuksköterskans komplexa arbetssituation har lett till bättre arbetsförhållanden vilket har gjort att sjuksköterskorna där ofta är mer tillfredsställda med sitt arbete. Det administrativa stödet har förbättrats och på detta sätt har sjuksköterskans administrativa arbete minskat vilket har gett mer tid till förfogande för den patientnära vården. Troligtvis leder detta till att sjuksköterskorna har en högre grad av arbetsengagemang vilket i sin tur skulle kunna leda till en mer tillfredsställd patient. Dessutom har nöjda sjuksköterskor en benägenhet att stanna kvar på sin arbetsplats vilket gör att kompetensen bibehålls och detta leder också i sin tur till mer tillfredsställda patienter (6). Berland et al (32) belyser vikten av att skapa en stabil arbetsmiljö med seniora sjuksköterskor som kan stötta mindre erfarna kollegor under pressade arbetsförhållanden. Aiken et al (29) menar att en adekvat sjuksköterskebemanning med stöd av ledning och organisatoriska faktorer är nyckeln till en förbättrad vård av patienten. Detta leder även till ett minskat missnöje, en minskad risk för utbrändhet och en minskad personalavgång bland sjuksköterskorna .

För att finna vägar till en positiv arbetsmiljö i en tid av turbulens och utmaningar undersökte Manion hur vårdanställda upplevde glädje i arbetet. Författaren beskriver flera faktorer som ledde till att de vårdanställda upplevde arbetsglädje. Bland annat beskrivs hur förändringar i arbetsgruppen och hur ett ökat arbetstempo reducerar tiden som tillbringas med patienten, vilket påverkar patientrelationen negativt (35).

I en litteraturstudie undersöktes samband mellan arbetsmiljö och kvaliteten på vård av patienter. De påvisade gynnsamma sambanden mellan en högre kvalitet på vård och arbetsmiljö utgjordes av positiv arbetsledning, flexibelt och delaktigt ledarskap, antal sjuksköterskor per patient, möjligheter till utbildning och professionell utveckling, schema, kvalitet på vård, patienttillfredsställelse, de anställdas hälsa och möjlighet till friskvård, sjuksköterskors upplevelse av arbetstillfredsställelse och personalomsättning (31).

SYFTE

Syftet med denna uppsats var att belysa hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten inom sjukvården.

METOD

Fokusgrupp

Studien ska genomföras enligt fokusgruppmetoden (37). Fokusgruppmetoden är en specifik teknik inom kategorin gruppintervjuer för insamling av kvalitativa data. Ansatsen är speciellt lämplig för forskningsfrågeställningar riktade mot vården och metoden är särskilt användbar för att undersöka erfarenheter och attityder. Metoden används inom sociologi, medie- och kommunikationsvetenskap, pedagogik, folkhälsovetenskap, socialmedicin och marknadsföring. Fokusgrupptechniken syftar till att systematisera och mobilisera gruppdeltagarnas erfarenheter, tankar och förståelse kring ett bestämt avgränsat ämne.

Vi kommer att använda oss av en strukturerad fokusgrupp. Denna skiljer sig från en ostrukturerad genom att moderatorn styr interaktionen inom gruppen med specifika frågor inom ämnet. I en ostrukturerad fokusgrupp får gruppdeltagarna i större utsträckning möjlighet att tala med varandra och specifika frågor behöver inte besvaras utan syftet är att lyssna till vad gruppdeltagarna tycker är viktigt i ett visst ämne (37).

I fokusgrupper har alla lika stort värde och samtalet ska präglas av tillit och respekt. Gruppinteraktionen som uppstår ger intervjuarna och gruppdeltagarna en fördjupad insikt i ämnet, men det är innehållet i intervjun som är i fokus, inte interaktionen. Lärandet uppstår genom reflektion då tankar formuleras i ord och skrift (37).

Urval

En fullskalig studie för att undersöka hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten i sjukvården med fokusgruppmetoden innebär att tre fokusgrupper ska genomföras. För att få en heltäckande bild rekryteras sjuksköterskor till fokusgrupper från kliniker med olika specialiteter. Rekryteringsförfarandet för den fullskaliga studien görs på samma sätt som vid pilotstudien där vårdenhetschefer på den aktuella kliniken tillfrågas om det finns möjlighet att två sjuksköterskor per avdelning kan delta i en fokusgrupp. Deltagarna ska ha minst tre års erfarenhet inom sjuksköterskeyrket. Antalet gruppdeltagare i fokusgrupper kan variera. Deltagarantal bör inte vara färre än fyra och inte fler än sex deltagare. Sex deltagare i fokusgrupp anses som en lämplig storlek på gruppen (37).

Datainsamling

I vår fullskalestudie, kommer en av författarna, precis som i vår pilotstudie, att fungera som moderator. Moderators uppgift är att vara samtalsledare och initiera samtalsteman vilket ibland innebär att vara aktiv och ibland dra sig tillbaka. Uppgiften innebär också att styra så

att alla får komma till tals och ges samma utrymme i gruppen. Moderatorns roll ska vara mer styrande i en strukturerad fokusgrupp än i en ostrukturerad där moderatorn är mer tillbakadragen. Det är viktigt att moderatorn är flexibel och talar gruppens språk. Det är en styrka att vara två ledare, en moderator och en observatör. Det underlättar och gör att dessa kan komplettera varandra. Moderatorn uttalar vikten av att forskargruppen inte är ute efter felaktiga eller riktiga åsikter och att allt som gruppen uttalar i ämnet är intressant. Vi anser att öppenheten påverkas gynnsamt av att moderatorn och observatören inte hade någon personlig eller yrkesmässig relation till deltagarna i gruppen (37, 38).

Observatörens roll är att assistera moderatorn, föra utförliga anteckningar, ge akt på det som inte sägs, anteckna vem i gruppen som talar, sköta bandspelare, öppna fönster etcetera. Observatörens roll är också att sammanfatta fokusgruppsdiskussionen (37). En strukturerad intervjuguide ska användas. Lokalen bör väljas utifrån att vara lagom stor, vara känd av fokusgruppdeltagarna och ska ligga nära arbetsplatserna samtidigt som den ska ge möjlighet till avskildhet.

Analys

Innehållsanalys är en forskningsmetod som tillhandahåller ett systematiskt sätt att observera och utvärdera verbala, visuella eller nedtecknade data för att beskriva och gruppera specifika fenomen. Metoden kan användas i olika sammanhang för att utvärdera olika fokus till exempel individuellt, i grupp, sociala sammanhang, granska kulturella mönster och trosuppfattningar. Innehållsanalys kan också användas för att beskriva, tema, trender och mål (39). Analysmetoden används ofta inom omvårdnadsforskning för att tolka och granska texter som skrivits ut från bandade intervjuer. Krippendorff (40) menar att innehållsanalys är mer än vad gemene man gör när han analyserar innehållet i dagstidningen.

Graneheim och Lundmans (41) kvalitativa innehållsanalysmetod sätter tolkningen i fokus och ligger till grund för den analys vi valt att använda för forskningsmaterialet. Metoden visar på att verkligheten kan tolkas på olika sätt och förståelse är beroende av subjektiv tolkning. Således omfattas alltid en text av flera betydelser och det finns alltid ett visst mått av tolkning.

I vår fullskalestudie kommer vi att analysera vårt datainsamlingsmaterial genom att först läsa igenom texten flera gånger för att få en känsla för helheten. Därefter upprepas vid ett flertal tillfällen det reflekterande läsandet. Det är viktigt att finna det manifesta och latent i innehållet. Båda dessa innefattas av tolkningar. Den latent tolkningen är mera abstrakt och på en djupare nivå än den manifesta.

Meningsbärande enheter klipps ut ur den transkriberade texten och fästs på ett stort pappersark. Därefter sammanförs de som visar på samma innebörd till grupper som ges en överskrift, en så kallad kod (41). När den underliggande meningen identifieras kan koder sammanföras till olika kategorier och ur detta kan då ett tema identifieras. Vid analysen av den transkriberade texten vägs observatörens anteckningar samman med textmassan. Dessa anteckningar får vissa fenomen att tydligare framträda och ger en extra tyngd åt dem. Exempel på detta kan vara ett ivrigt gestikulerande, att fokusgruppdeltagare nickar eller skakar på huvudet, eftertänksamt tar sig på hakan, kliar sig på armen eller lutar sig ivrigt framåt.

Att skapa kategorier är den grundläggande funktionen vid kvalitativ innehållsanalys (40). Inga uppgifter får falla mellan två kategorier, passa in i mer än en kategori eller uteslutas på grund av brist på passande kategori. Varje kategori svarar på frågan "Vad?" och ställs i relation till syftet. Kategorierna kan sedan ofta abstraheras ner i subkategorier. En kategori syftar huvudsakligen till en deskriptiv innehållsnivå och kan därför ses som ett uttryck för det manifesta innehållet i texten. Koder är verktyg att tänka med. Kategorier är en grupp koder vars innehåll är gemensamt. Kodningen av en meningsbärande enhet tillåter data att bli sedda på ett nytt och annorlunda sätt.

För att nå en högre abstraktionsnivå skapas teman. Ett tema svarar på frågan "Hur?" och kan ses som ett uttryck för det latent innehåll i en text. Ett tema är en genomgående tråd av en underliggande tolkning som löper genom kondenserade meningsenheter, koder och kategorier till temat. Eftersom alla data har flera betydelser kan en kondenserad meningsenhet, en kod eller en kategori passa in i mer än ett tema. Ett tema kan utgöras av subteman eller delas in i subteman.

För att få fram det latent innehåll i texten utifrån studiens syfte plockas meningsbärande enheter ut. Dessa består av ord, fraser, stycken som relateras till varandra genom deras innehåll och kontext. Dessa enheter kondenseras enligt Graneheim och Lundman (41) som menar att kondensering innebär att förkorta utan att förlora kärnan i ursprungstexten.

Pilotstudie

För att samla in data till en pilotstudie tillfrågade vi sex sjuksköterskor som enligt sin respektive vårdenhetschef var villiga att under arbetstid delta i en fokusgrupp om sjuksköterskans arbetsmiljö och patientbemötande. Lokal bokades i god tid och valdes utifrån att intervjun skulle kunna genomföras på ett ostört sätt men att den ändå låg i nära anslutning till sjuksköterskornas arbetsplats. Ett brev med inbjudan och kort information kring ämnet och vad en fokusgrupp innebär skickades till varje sjuksköterska/fokusgruppdeltagare en månad före intervjun (Bilaga 1). Dagen före fokusgruppintervjun skickade vi ett sms som påminnelse till varje fokusgruppdeltagare. På intervjudagens genomförande meddelades att en av deltagarna på grund av olyckfall inte kunde delta. På förfrågan ordnade dennes vårdenhetschef med en ersättare.

Inför fokusgruppens genomförande förberedde vi en intervjuguide (Bilaga 3). Vår strukturerade intervjuguide innehöll fem typer av frågor: öppningsfrågor, introduktionsfrågor, övergångsfrågor, nyckelfrågor och avslutande frågor. Innan frågorna enligt intervjuguiden ställdes förklarade vi syftet med fokusgruppen ännu en gång. Detta för att ytterligare tydliggöra syftet med undersökningen och få en hög kvalitet i intervjuerna.

Öppningsfrågornas syfte var att gruppdeltagarna skulle bekanta sig med varandra, känna samhörighet och att spänningen skulle minska. Tanken med öppningsfrågorna var att få alla deltagarna att tala redan i början. Karaktären på frågorna var faktafrågor snarare än åsiktsfrågor. Dessa frågor tas ej med i analysen. Frågorna handlade om att få fram synpunkter på vad som kännetecknar en god respektive dålig arbetsmiljö och vad ett bra bemötande innebär utifrån ett sjuksköterskeperspektiv. Alla svarade på dessa frågor med snabba svar. Introduktionsfrågan introducerade ämnet som deltagarna skulle diskutera. Frågan valdes för att underlätta interaktionen i gruppen, börja fokusera på ämnet och ge möjlighet att få

reflektera över egna erfarenheter. Frågan var öppen och handlade om hur man upplever bemötandet av patienten idag. Övergångsfrågan skulle föra fram samtalet till dess kärna och leda till att deltagarna fördjupades i ämnet och såg det i ett större perspektiv. Vår fråga handlade om vilka situationer i sjuksköterskans arbetsmiljö som leder till ett gott respektive dåligt bemötande av patienten. Nyckelfrågorna ägnades mest tid. Dessa frågor handlade om arbetsmiljöns påverkan på sjuksköterskans bemötande av patienten, möjligheter, hinder och åtgärder. Frågorna ställdes när cirka hälften av den avsatta tiden för fokusgruppen hade gått. Dessa tre frågor bedömde vi som de viktigaste frågorna för analysen. Den avslutande frågans syfte var att ge alla deltagare möjlighet att uttrycka sina slutliga synpunkter och reflektera över diskussion som varit. Observatören gjorde en kort muntlig sammanfattning av vad som framkommit ur diskussionen. Efter sammanfattningen tillfrågades deltagarna om den var korrekt eller om något ytterligare borde tilläggas (37, 42, Bilaga 3).

Fokusgruppen genomfördes med författarna som moderator och observatör. Fokusgruppen inleddes med en kort presentation av samtliga deltagare inklusive författarna (namn, ålder, år inom yrket, huvudsaklig yrkesbakgrund). Alla deltagarna fick en namnskylt placerad framför sig. I samband med detta bjöds på kaffe/te och smörgås. Detta dels för att deltagarna skulle få möjlighet att bekanta sig med varandra på ett avslappnat sätt och för att någon kanske inte hunnit äta lunch. Syftet med studien och vad en fokusgrupp innebär presenterades än en gång. Deltagarna informerades i inbjudan och i anslutning till fokusgruppens genomförande om att intervjun skulle tas upp på band. En viktig information till fokusgruppdeltagarna var att materialet kommer att bli behandlat konfidentiellt och att deltagarna inte får lämna ut uppgifter om de övriga medlemmarna samt att materialet kommer att vara förvarat på ett säkert sätt. Intervjun genomfördes i enlighet med intentionerna och med stöd av intervjuguiden. Fokusgruppen pågick i cirka 1 ½ timma.

En fullständig transkription av gruppintervjun gjordes. Intervjuutskriftens omfattning var 11 tättskrivna sidor. Intervjumaterialet analyserades med hjälp av innehållsanalys enligt Graneheim och Lundmans modell (41). Analysarbetet har genomförts i samråd mellan båda författarna.

Forskningsetiska överväganden

I all forskning är det viktigt att överväga om den metod man använder sig av är etiskt riktig. En forskares arbete regleras av mer eller mindre tvingande regler och föreskrifter. Efter första världskriget och övergreppen på fångarna i koncentrationslägren hölls Nürnberggrättegången 1947. Där formulerades för första gången en offentlig kod för medicinsk forskning, Nürnbergkodexen. Denna innebär att informerat samtycke krävs, att forskningen skall ha goda konsekvenser för samhället och att riskerna för försökspersoner skall minimeras och att varje deltagare har rätt att när som helst avbryta sitt deltagande i ett experiment och att den som leder ett sådant skall avbryta det om det verkar troligt att en deltagare skadas (43). Helsingforsdeklarationen (1964) innehåller etiska principer för medicinsk forskning på människor och utgör grunden för forskningsetiska kommittéer världen över (44). Deklarationen reviderades för sjätte gången 2008 och väger tungt då World Medical Association har ställt sig bakom den (45).

I en statlig utredning om forskningsetik (SOU 1999:4) påpekas att forskningsetisk reflektion måste vara en naturlig del av forskningens vardag (46). Forskaren har dessutom en yrkesetik att ta hänsyn till. Vi har valt att utgå ifrån ICN:s etiska kod för sjuksköterskor som innehåller

riktlinjer för etiskt handlande. Sjuksköterskan ska främja, hälsas, förebygga, sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Kodens område 3 gäller sjuksköterskan och professionen: Lärare och forskare skall forska, sprida och använda forskning för att främja sjuksköterskeprofessionen. Yrkesutövande sjuksköterskor och ledare skall stimulera arbetsplatsen till att bedriva, sprida och använda forskning som är relaterad till omvårdnad och hälsa (12).

Omvårdnadsforskning omfattas av fyra etiska principer: principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (47). Etiska överväganden har gjorts i detta arbete. Det bedöms att ingen extern granskning behöver göras. Detta grundas på att deltagandet i studien är frivilligt, på att fokusgruppdeltagarna inte kan identifieras och på att inga patienter intervjuas. Principen om autonomi, människans självbestämmanderätt, tillvaratas härigenom. I vår fullskalestudie kommer vi att tillfråga vårdenhetscheferna på den aktuella kliniken om tillåtelse att få genomföra en fokusgruppintervju med sjuksköterskor från deras enheter. De ska även informeras om studiens syfte och genomförande. Vårdenhetscheferna ska i sin tur informera sjuksköterskorna. Dessutom kommer ett brev med inbjudan till fokusgruppen att skickas till de av vårdenhetscheferna utvalda sjuksköterskorna (Bilaga 1).

Gruppdeltagarna informeras om att de när som helst under fokusgruppens gång kan avbryta sitt deltagande utan att detta kommer att ge några negativa konsekvenser (Bilaga 2). Fokusgrupp kan vara etiskt tilltalande då den inte är lika styrande som andra intervjuer. Gruppdeltagarna kommer till tals mer på sina egna villkor eftersom man samtalar i grupp. Vill fokusgruppdeltagaren inte uttala sig i en känslig fråga så har de möjlighet att avstå.

Forskarna garanterar att det inte släpps ut några uppgifter som rör uttalanden i gruppen eller att deltagarnas identitet kommer att röjas. Deltagarna informeras om att de inte får lämna ut känsliga uppgifter om de övriga i gruppen. Allt material såsom till exempel ljudband som kan identifiera individer skyddas noggrant och vid transkriptionen oidentifieras materialet. Endast forskarna kan foga samman namnen med intervjun (37). Det största etiska problemet med fokusgrupper är att det är omöjligt att svara för att deltagarna i gruppen inte sprider information från de andra personerna. Det finns också en risk att delta i fokusgruppen då de andra gruppdeltagarna får veta saker om en själv.

Principen om att göra gott ska uppfyllas genom att den forskning som bedrivs ska vara till nytta för omvårdnaden och innebära ny kunskap om hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan påverka bemötandet av patienten i sjukvården och på så sätt främja hälsa och lindra lidande (12, 47). Fokusgruppdeltagarna ska få ta del av resultatet.

Principen om att inte skada innebär att forskningen inte får ha skadlig inverkan på forskningsdeltagarna. Forskarna har som plikt att informera om möjliga skadeverkningar. Forskningsprojektet kan avbrytas om det visar sig nödvändigt, om det på något sätt visar sig skadligt. Säkerhetsrutiner kring informationshantering måste finnas för att utesluta att känslig information kan komma i fel händer (12, 47).

Principen om rättvisa innebär att alla individer ska behandlas lika om det inte finns etiska relevanta skillnader. Fokusgruppdeltagarna kommer att behandlas lika och kommer inte att utnyttjas. De kan ses som en utsatt grupp då de är noga med att vara tillmötesgående (47).

Vid vår litteraturgenomgång framkom att det finns få forskningsartiklar inom problemområdet. Det är därför vår förhoppning att denna studie skall komma till nytta för fortsatt forskning inom området och bidra till ökad kunskap om de hinder och möjligheter i sjuksköterskans arbetsmiljö som kan påverka bemötandet av patienten. Risker i samband med denna studie bedöms som ringa. Resultatet av forskningen skall inte kunna kopplas till fokusgruppdeltagaren som person. Forskarna hoppas på att fokusgruppdeltagarna inte ska uppleva obehag med anledning av intervjun utan däremot förhoppningsvis uppleva det positivt att få möjlighet att berätta och reflektera kring ämnet.

RESULTAT

Subkategorier för det manifesta innehållet

Som framgår av Tabell 2 utkristalliserades tre subkategorier ur vårt analysmaterial från fokusgruppen hinder, möjligheter och åtgärder. Dessa bildade två kategorier konsekvens och strategi, för att slutligen genom analys och tolkning bilda temat ”*planering och samarbete ger större utrymme för ett gott bemötande*”. Vid analysen av det manifesta i fokusgruppintervjun tydliggjordes tre subkategorier för det manifesta innehållet.

1. Hinder
2. Möjligheter
3. Åtgärder

Tabell 2

Manifest innehåll

Exempel på koder, subkategorier, kategori och tema i samband med analysen av den transkriberade fokusgruppintervjun

Tema	Planering och samarbete ger större utrymme för ett gott bemötande		
Kategori	Konsekvens	Strategi	
Subkategori	Hinder	Möjligheter	Åtgärder
Koder	Glömmer bort att planera Inte har tid Överbeläggningar Stör sig på saker uppifrån Nedskärningar Stressigt Många nya samtidigt Allt flyttande Väldigt frustrerad Oförbereddsom sjuksköterska Otillräcklighet	Bra kamratskap Öppna med varandra Att vara professionella Ett gott ledarskap Lyhörda chefer Tillgänglig chef Träffas 1 g/vecka Samarbete Trivas Har stöd	Fördelning av vårdtyngd Återkomma Hålla samma linje Prioritera Erfarenhet/kunskap Försöka få till det Vara förberedd Genomföra mål

Hinder

Sjuksköterskorna i vår fokusgrupp upplevde att avsaknad av eller bristfälliga lokaler kunde utgöra hinder för att ge patienten ett gott bemötande (Tabell 2). De önskade en möjlighet till enskilda samtal med patienten. Behovet av samtalsrum och ett större antal enkelrum framkom istället för det idag dominerande antalet salar med fyra bäddar. Sjuksköterskorna berättade också om att integritet och sekretess inte kunde bibehållas på de stora patientsalarna till exempel vid läkarronderna. De talade vidare om att omorganisationer ledde till att avdelningar flyttade och att detta i sin tur ledde till mycket arbete som tog onödig tid från omvårdnadsarbetet. Planeringen upplevdes bristfällig då utrustning saknades eller inte var iordningsställd. Detta sammantaget utgjorde ett hinder för ett gott bemötande.

”- Överbeläggningar.....”

”- Det är en hel del annat som ska fixas med runt omkring. Man ska få in personal.....”

”- Otillräcklighet.”

”- Man kanske känner att man är frustrerad. Ofta man kanske inte har tid att prata med patienter.”

Möjligheter

Fokusgruppdeltagarna betonade vikten av att vara professionell och ett väl fungerande samarbete mellan olika yrkeskategorier. Det goda ledarskapet och kamratskapet kollegor emellan sågs också som möjligheter (Tabell 2).

”- Ett gott ledarskap sätter alltid sin prägel på avdelningen, tror jag.”

”- Inget professionellt, men vi pratar med varandra.....”.

”- Visst har det varit jobbigt, men vi har ändå varit väldigt enade tillsammans.”

”- Jag tycker ändå att det är ganska hög nivå på vår arbetsplats. Vi är nog ganska duktiga på att vara riktigt professionella.”

Åtgärder

Att ha en gemensam strategi som innebar att hålla samma linje och att arbeta mot samma mål inför patienten såg fokusgruppdeltagarna som en styrka och en möjlig åtgärd för att kunna ge patienten ett gott bemötande (Tabell 2).

”- Det är viktigt att alla har samma linje, att alla driver den.”

”- Medverka till vård och så där, driva vård och genomföra mål.....”

” –..... att vara förberedd på det här samtalet”.

”- Försöka få till det på ett bra sätt.är planering.”

Subteman för det latenta innehållet

Som framgår av Tabell 3 tolkades de kondenserade meningsbärande enheterna till att bilda sex subteman, utifrån dessa skapades sedan ett tema ”medveten om begränsningar och ambition om att ge ett gott bemötande”.

Vid analysen av det latenta i fokusgruppintervjun framkom följande sex subteman.

1. Tydligt patientfokus och en önskan om att göra gott.
2. Insikt om bristande förutsättningar och strävan efter att göra det bästa av situationen.
3. Brist på professionell handledning hanteras genom gott samarbete och god kommunikation kollegor emellan.
4. Känsla av otillräcklighet leder till oro och frustration.
5. Ett bra ledarskap skapar trygghet i organisationen.
6. Sjuksköterskan gör sig till patientens talesman.

Tabell 3

Latent innehåll

Exempel på kondensering av meningsbärande enheter, tolkning, subteman och tema i samband med analysen av den transkriberade fokusgruppintervjun.

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Tolkning av underliggande mening	Subtema	Tema
Ser patienten som man har framför sig och anpassar sig och försöker göra det bästa av saken.	Patienten är huvudpersonen.	Patientfokus.	Tydligt patientfokus och en önskan om att göra gott.	Medveten om begränsningar och ambition om att ge ett gott bemötande.
Man får försvara sin avdelning och ursäkta sig. Det blir ju litet konstigt, det ska ju bara vara där och fungera”.	Saker finns inte på plats på avdelningen, sjuksköterskan får ursäkta organisationen.	Dålig planering och organisation som påverkar bemötandet.	Insikt om bristande förutsättningar och strävan efter att göra det bästa av situationen.	

Tydlig patientfokus och en önskan om att göra gott

Fokusgruppintervjun genomsyrades av en välvilja om patienten och att deltagarna var måna om att allt ska bli bra för patienten. Deltagarna betonade vikten av att lyssna in vad patienten hade att säga och vara nyfiken på patienten, patientens rätt till lika vård, att ha ett professionellt förhållningssätt och att tillsammans med kollegorna driva samma linje mot gemensamma mål i omvårdnaden.

”- Jag kom bara att tänka på en sak att: Jag tycker att det är viktigt att patienter behöver trivas lite grann också. Jag tror att det kan påverka våran arbetsmiljö också”.

”- Jag tycker alla som.....ser patienten som man har framför sig och anpassar sig och försöker göra det bästa av saken”.

Insikt om bristande förutsättningar och strävan efter att göra det bästa av situationen

Fokusgruppdeltagarna var väldigt klara över verksamhetens hinder och möjligheter när det gällde bemötandet av patienten. De beskrev hinder som brist på vårdplatser, bristande ekonomiska och materiella resurser såsom till exempel begränsningar i lokalerna, dålig framförhållning, dålig organisation och brister i planering som ledde till tidsbrist och stress. De lade dock inte någon större vikt vid att värdera dessa.

”- Man får försvara sin avdelning och ursäkta sig. Det blir ju litet konstigt, det ska ju bara vara där och fungera”.

”- Det är stressigt hela tiden det här med överbeläggningar och man stör sig på saker uppifrån. Så är det nedskärningar, man stänger här och man stänger där”.

Situationer där sjuksköterskorna kom i konflikt med och tvingades kompromissa med sina egna etiska värderingar beskrev fokusgruppdeltagarna ofta som orsakade av en dålig organisation. Detta kunde till exempel vara en dåligt förberedd och organiserad flytt av avdelning etcetera.

Sjuksköterskorna i fokusgruppen beskrev hur de försökte att göra det bästa av situationen för patienten i alla lägen, de var kreativa i sina problemlösningar och innehade ett hopp om förbättring som möjliggjorde ett gott bemötande trots bristande resurser. Sjuksköterskan beskrevs av fokusgruppdeltagarna som en tusenkonstnär.

Brist på professionell handledning hanteras genom gott samarbete och god kommunikation kollegor emellan

Fokusgruppdeltagarna berättade om hur de hanterade problem sinsemellan och om en öppenhet gentemot kollegor och arbetskamrater.

”- Vi pratar ju väldigt mycket med varandra. Det kanske är klart ibland.....men för det mesta pratar ju vi väldigt mycket. I det fallet när det gäller patienter och så”.

”- På våran enhet funkar det ju så att vi sitter där och pratar på månda´n och att våra chefer är lite lyhörda och hör efter”.

Vidare beskrivs verksamhetens möjligheter som kamratskap, trivseln och det goda samarbetet kollegor emellan.

”- Det var en liten tant som sa: - Jag ser att ni springer fram och tillbaka och har så mycket att göra men jag hör att ni skrattar så det går nog bra för er ändå!”

”- Likadant med allt vårt flyttande. Visst har det varit jobbigt, men vi har ändå varit väldigt enade tillsammans”.

”- Det är viktigt att man trivs med arbetskamraterna, att det funkar, att man har bra relationer, att man har roligt för då tror jag att man mäktar med väldigt mycket”.

” - Att man har stöd”.

Samarbetet med kollegor var viktigt för att kunna ge ett gott bemötande av patienten. Fokusgruppdeltagarna beskrev här hur sjuksköterskorna delgav varandra information och gav varandra tips om vad som kunde förbättra vårdrelationen och ge ett optimalt bemötande av patienten.

Känsla av otillräcklighet leder till oro och frustration

Fokusgruppdeltagarna talade om en känsla och upplevelse av otillräcklighet och menade att de inte var otillräckliga men mindre tillräckliga. Vidare menade de att otillräcklighet är en av de faktorer som hindrar sjuksköterskan från att ge ett gott bemötande av patienten mest av allt. Brist på vårdplatser, ökad arbetsbelastning, upplevd tidsbrist, organisatoriska förändringar och bristande resurser beskrevs vara en bidragande orsak till denna upplevelse. Sjuksköterskorna ställer höga krav på sig att kunna bemöta patienten på ett optimalt sätt och med en god kvalitet.

”- Man kanske känner att man är frustrerad ofta, man kanske inte har tid att prata med patienter”.

”- Man kanske känner sig otillräcklig många gånger när man går hem och det kanske går ut över dem som det egentligen inte ska gå utöver då kanske”.

Den höga arbetsbelastningen, den upplevda tidsbristen, otillräcklig planering och lokaler som inte var anpassade för verksamheten gjorde ibland att patienterna fick information under rondan. Samtal som tidigare skedde på läkarexpeditionen sker idag inne på patientrummen. Detta leder till frustration bland sjuksköterskorna.

”- Informerar vid fel tillfälle på rondan, på 4-salar och det gör ju att man känner frustration”.

Om sjuksköterskan är öppen och förberedd på vad situationen i patientkontakten kan medföra så är förutsättningarna för ett positivt bemötande goda.

Ett bra ledarskap skapar trygghet i organisationen

Fokusgruppdeltagarna betonade vikten av att ha en ledare som har inflytande på verksamheten, är lyhörd, lyssnar, förstår och som är tillåtande utan att vara släpphänt. Att chefen är lättillgänglig är viktigt för att känna trygghet.

”- Ett gott ledarskap sätter alltid sin prägel på avdelningen, tror jag”.”

- Jag tycker väl ändå att våran chef är ganska så lyhörd och kommer med frågor och försöker planera och frågar funkar detta eller funkar det inte? Det tycker jag nog”.

Sjuksköterskan gör sig till patientens talesman

Bristande tid, respekt och erfarenhet bland kollegor och andra yrkesgrupper bidrar till att sjuksköterskan ofta gör sig till patientens talesman. Fokusgruppdeltagarna upplevde sig ofta vara patientens språkrör och dess företrädare till exempel då patienten har glömt sina frågor och önskemål vid rondan. Ibland måste sjuksköterskan gå tillbaka till patienten efter rondan och förklara innebörden av vad som sades då tid och utrymme till detta inte gavs under rondan.

”- Ibland är det inte allt som går fram, då får man änna ta en runda till så att alla förstår vad som är bestämt. Man är nästan som en mellanhand där.....”.

Fokusgruppdeltagarna beskrev hur problem löses genom omprioriteringar och flexibla lösningar.

”- Det beror på vilken situation man står framför. Någon gång kanske man kan se att man kan återkomma om en stund för att man har något annat man måste prioritera just då”.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Vårt syfte med detta arbete var att undersöka hur sjuksköterskans arbetsmiljö kunde utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten i sjukvården. Fokusgruppintervjumetoden valdes för att ge sjuksköterskorna en möjlighet att med egna ord och så utförligt som möjligt berätta om vad de upplevde som möjligheter och hinder i arbetsmiljön för att ge patienten ett gott bemötande. I överensstämmelse med vad tidigare studier (37, 38, 42) visat är en fördel med att använda fokusgruppen att metoden ger en mindre formell och mer avspänd intervjusituation. För att underlätta möjligheten för att ge och få feedback hade vi bestämt antalet deltagare i fokusgruppen till sex. I vår fokusgrupp ingick endast deltagare av det kvinnliga könet. Har genus betydelse för resultatet? Hade resultatet sett annorlunda ut om vi hade haft manliga fokusgruppdeltagare? Samtliga fokusgruppdeltagare var av svensk nationalitet. Hade en annan kulturell bakgrund haft betydelse för resultatet?

En nackdel med fokusgruppsmetoden kan enligt Wibeck (37) vara att alla i gruppen inte kommer till tals och att man inte vågar säga vad man tycker. Så var det dock inte vid vår fokusgruppintervju. Tiden räckte för att alla skulle få möjlighet att uttrycka egna åsikter, bemöta andra gruppmedlemmars argument och ställa frågor. En risk kan vara att gruppmedlemmarna påverkar varandra. I en för liten grupp kan en deltagare välja att spela ut de andra mot varandra eller att försöka hålla sig utanför. I en för stor grupp finns det risk att det bildas subgrupper som talar med varandra eller att mer tillbakadragna personer inte alls kommer till tals (37). Vi upplevde att våra intervjudeltagare uppskattade fokusgruppen som en bra metod där de kunde mötas för att diskutera frågor som de annars kanske inte skulle ha pratat om. En känsla av samhörighet byggdes upp av en intressant och livlig diskussion. Gruppdynamiken i fokusgruppen, till skillnad från en individuell intervju, bidrog till att åsikter diskuterades i gruppen, prövades och omformulerades. Det gjorde att nya idéer och uttryck framkom under samtalsgången. Att observatören och moderatören inte hade någon anknytning till avdelningarna där sjuksköterskorna arbetade hade troligen en gynnsam effekt på öppenheten.

En del forskare menar att fokusgrupper är en enkel och billig metod medan andra forskare beskriver arbetet med fokusgrupp som en väldigt resurskrävande metod bland annat på grund av det ibland mödosamma rekryteringsförfarandet men även för att antalet sidor för transkription kan ge ett ohanterligt material på grund av för många fokusgrupper (37, 38). Rekryteringen till vår pilotstudie gick smidigt eftersom vi hade god hjälp av vårdenhetscheferna på den aktuella kliniken. Däremot upplevde vi transkriptionen bitvis besvärlig och tidsödande då det ibland var svårt att höra vad respondenten sade på bandinspelningen.

Tidpunkten för fokusgruppen planerades till efter lunch då det är lättast att avvara personal på grund av överlappning av dag- och kvällspersonal i schemat. Lokalen som användes var lagom stor. Små rum underlättar ofta gruppinteraktionen. Lokalen var känd av deltagarna sedan tidigare och kändes därför inte främmande. Placeringen av gruppdeltagarna är av betydelse för kommunikationen. Lokalen vi valt hade ett ovalt bord där alla kunde sitta så de såg varandra och detta främjade kommunikationen (37).

En strukturerad intervjuteknik valdes för att kunna styra gruppdynamiken till att få alla gruppdeltagarna att delta lika mycket och för att försäkra oss om att nyckelfrågorna i ämnet täcktes in. Moderatorns roll blev alltså knuten till forskningens mål genom dennes möjlighet att kunna styra upp diskussionen enligt intervjuguiden. I pilotsstudien ställdes inte frågorna direkt utifrån denna utan den användes snarare som ett stöd för att få fokusgruppdeltagarna att beskriva sina upplevelser utifrån syftet. Inför genomförandet av den fullskaliga studien kommer vi att se över våra intervjufrågor i intervjuguiden för att de ska ge möjlighet till mer kvalitativa svar. Frågorna kommer därför att utformas mer för att få fokusgruppdeltagarna att med egna ord beskriva, berätta och utveckla sina upplevelser.

Vi har genomfört en pilotstudie med en fokusgruppintervju. Vid ett fullskaligt genomförande av en studie anses tre fokusgrupper vara ett minimum men det är komplexiteten i det som ska studeras som bestämmer hur många grupper det ska vara. Alltför många fokusgrupper kan generera ett nästan ohanterligt material då det kan bli många sidor transkription. Tids och resurstillgång spelar en roll när det gäller valet av antalet grupper. Det är viktigt att tänka på att analysen av materialet ofta tar mer tid än vad man räknat med.

Material och generaliserbarhet

En lämplig blandning av gruppdeltagare är en förutsättning för att fokusgrupper ska fungera så bra som möjligt. Urvalet utgjordes av fokusgruppdeltagare från en verksamhet där vi trodde att vi var mindre kända. Detta för att inte fokusgruppdeltagarna skulle uppleva att de stod i beroendeställning till oss och därför skulle kunna tala mer fritt. De skulle ha minst tre års yrkeserfarenhet som sjuksköterska. Detta för att bristen på trygghet i yrkesrollen inte skulle få fokus. Benner (48) menar att när sjuksköterskan varit yrkesverksam i tre år är hon kompetent och är aktivt medveten om sina handlingar. Deltagarna hade relativt stor spridning i ålder från 29 år till 54 år och yrkeserfarenheten varierade mellan 4 år och upp till 21 år inom sjuksköterskeyrket. Samtliga fokusgruppdeltagare var av kvinnligt kön vilket kan ha påverkat resultatet.

Vi använde oss av kontaktpersoner för att rekrytera deltagare till fokusgruppen. Dessa utgjordes av vårdenhetscheferna på den aktuella kirurgkliniken. Vårdenhetscheferna användes som informanter genom att de utsåg fokusgruppdeltagarna. Dessa valdes utifrån att de tjänstgjorde den aktuella dagen. Valet att använda vårdenhetscheferna för att rekrytera fokusgruppdeltagarna kan ha påverkat resultatet då urvalet ej var helt slumpmässigt. En av fokusgruppdeltagarna fick hoppa in med mycket kort varsel som ersättare på grund av sjukdom och fick därför en knapphändig information inför fokusgruppen. Detta upplevde vi inte vara till någon nackdel.

Tillförlitlighet av analys

En text har alltid flera betydelser och kan tolkas på olika sätt av läsaren på grund av dennes förståelse. Därför läste vi den transkriberade texten först var och en för sig och tolkade den. Därefter diskuterade vi, analyserade och till slut enades vi om vad som var det mest framträdande i texten.

Resultatdiskussion

Vårt syfte med denna pilotstudie var att undersöka hur sjuksköterskans arbetsmiljö kunde utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten i sjukvården. Arbetsmiljön är en viktig faktor när det gäller sjuksköterskans yrkesutövning. Genom vår litteratursökning har vi funnit att ämnet är dåligt belyst då det var svårt att få fram relevanta artiklar som belyste vårt problemområde.

Det framkommer tydligt i resultatet att *planering och samarbete ger större utrymme för ett gott bemötande*. Sjuksköterskorna i vår fokusgrupp upplevde att avsaknad av eller bristfälliga lokaler kunde utgöra hinder för att kunna ge patienten ett gott bemötande. Samtalsrum och enkelrum var en bristvara. Det framkommer att lokalerna inte alltid var anpassade efter verksamheten. Detta utgjorde hinder i planeringen för ett gott bemötande då det idag ställs större krav och medvetenhet på en individuell respekt och integritet av både patient och sjuksköterska. I en kvalitativ studie, vid Sahlgrenska Akademien i Göteborg, undersöktes patientens delaktighet i omvårdnaden: I studien uttryckte sjuksköterskor behovet av rum avsedda för möten för att ge möjlighet till, och för att kunna skapa tillfällen för djupare möten med patienten (49). För att sjuksköterskan ska kunna tänka utifrån ett helhetsperspektiv när det gäller patientens kropp, ande och själ krävs både tankemöda, planering och handledning. Watsons teori grundar sig på att sjuksköterskan måste vara medveten om sig själv i sitt yrkesutövande för att kunna använda sig själv och kunna bemöta någon i en relation (15, 20, 21).

Temat som utkristalliserades ur det manifesta innehållet visar på vikten av att få möjligheter för att kunna planera och få mer tid över till patientmötet. För att uppnå patientnöjdhet och en god transpersonell relation är det av avgörande betydelse hur lång tid som sjuksköterskan tillbringar med patienten. Larsson et al (49) poängterar att sjuksköterskor behöver avsiktliga strategier för dagliga patientsamtal. Ju mer tid sjuksköterskan tillbringade med patienten desto bättre kände sig patienten bemött. För att närma sig en vårdande relation och ett positivt bemötande krävs närvaro vid patientkontakten och att vårdaren är öppen för vad situationen kan medföra. Lundmark (50) fann att resursbrister såsom tidsbrist, lokalbrist och brist på lugn och ro var orsak till att andliga behov ignorerades.

För att underlätta prioriteringar i vårdarbetet är det viktigt att ha en kritisk hållning till sitt eget och sina kollegors vårdarbete och reflektera över var, när och hur vårdarbetet utförs menar Carlén et al (51). Vården måste organiseras och planeras så att så att tid skapas. Härmed prioriteras möjligheten att ge patienten ett gott bemötande. Det är viktigt med ett väl fungerande samarbete och en väl fungerande kommunikation mellan alla personalkategorier för att uppnå gemensamma mål där patientbemötandet står i fokus. Vilket poängterades av våra fokusgruppdeltagare. Ett gott bemötande handlar om att värna om patientens värdighet i alla möjliga situationer. Vårdkultur och rutiner i vården har formats för att organisera vårdarbetet och tar inte alltid hänsyn till sjuksköterskans och patientens värdighet. Det gäller att lyssna till vad patienten har att säga och situationsanpassa vid varje möte.

Fokusgruppdeltagarna uttryckte ett tydligt patientfokus och en önskan om att göra gott och att ha patientens bästa för ögonen. Även andra studier styrker detta till exempel i en kvalitativ intervjustudie med tio sjuksköterskor (genomförd vid Nordiska Hälsovårdshögskolan i Göteborg) om långvarig stress, utbrändhet och patient-sjuksköterske-relation visade att upplevelsen av professionalism och känslan av att göra något gott var viktig. Sjuksköterskorna påtalade även betydelsen av socialt stöd kollegor emellan (52). Att

sjuksköterskorna vet att de gör rätt och har en upplevelse av att göra rätt ger dem kraft och styrka i omvårdnadsarbetet. Lundmark (50) menar att om vårdpersonal finns till hands och gör gott mot patienten så möjliggörs och skapas det en atmosfär av medmänsklighet och trygghet. Watsons teori bekräftar den personliga subjektiviteteten och i teoretikerns nionde och tionde karativa faktor betonas tillgodoseendet av de mänskliga behoven, de existentiella, fenomenologiska och andliga krafterna (15, 20, 21, 53).

Ett annat subtema var: *Sjuksköterskornas insikt om bristande förutsättningar och strävan efter att göra det bästa av situationen.* Denna medvetenhet om vårdrelationen beskriver även Larsson et al (49) och identifierar den som temat – Vara medveten om begränsningar. Fokusgruppdeltagarna beskrev sjuksköterskornas positiva förhållningssätt. Uttryckssättet ”vi är varandras arbetsmiljö” är talande. Vi kan på olika sätt utgöra möjligheter respektive hinder till en god arbetsmiljö. Sjuksköterskorna i studien visar på möjligheterna i patientbemötandet som denna positiva inställning ger. Detta positiva sätt att förhålla sig till situationen som de befinner sig i var en omedveten handling. Genom sitt förhållningssätt kan varje sjuksköterska vara en styrka respektive svaghet i bemötandet av patienten. Watsons teori framhåller att människa och miljö står i ett ömsesidigt växelspel. Teoretikern vill lyfta fram det sköna och konstfulla i omvårdnadsarbetet. Den andra och sjätte karativa omvårdnadsfaktorn talar om tro, hopp, kreativitet och en problemlösande omsorgsprocess. Enligt Watson är det sjuksköterskornas värderingar som ger dem modet att se möjligheter i existerande förhållanden (15, 20, 21, 53).

Brist på professionell handledning hos fokusgruppdeltagarna hanterades genom ett väl fungerande samarbete och god kommunikation kollegor emellan. En handledare bör ha vårdvetenskaplig kunskap för att kunna diskutera konkreta situationer som uppstått i möten med patienter. På en avdelning där två av fokusgruppdeltagarna tjänstgjorde hade vårdenhetschefen löst bristen på handledning genom att tillsammans med personalen ha ett avstämningsmöte en gång i veckan.

Handledning kan kanske uppfattas som lyx. Den tid och kraft som läggs ner på handledningen får man dock tillbaka både genom att personalen får ”prata av sig” och genom att de får nya perspektiv på olika frågeställningar. Handledning är en viktig stressförebyggande åtgärd och kan motverka utbränning samtidigt som handledning leder till personlig utveckling och gör att man känner sig mer hel och balanserad (54). Bristen på professionell handledning i vården är allvarlig. Det borde vara en självklarhet att alla inom vården ges möjlighet till avlastning, reflektion och utveckling genom professionell handledning. Av all vårdpersonal är det endast ett fåtal som ges möjlighet till detta. Varför är det då brist på handledning i vården? Det finns utbildade handledare. Idag finns sjuksköterskor som handleder inom ramen för sin tjänst. I och med dagens slimmade organisationer är det svårt att ta tid till handledning då sjuksköterskorna behövs på enheten i vården. Detta leder i sin tur till att deras kunskap utarmas då handledningstillfällena minskar. Det vore därför önskvärt att det fanns fler tjänster inrättade för handledare.

Carlén et al (51) har i en studie vid en svensk infektionsklinik intervjuat fem sjuksköterskor och fem undersköterskor om andlighet i vården. Studien påvisade vikten av handledning. En omfattande enkätstudie där 71 norska sjuksköterskor deltog framkom det att det var en skillnad i välbefinnande mellan sjuksköterskor som hade deltagit i systematisk handledning och de som inte hade fått någon organiserad handledning (33). Vidare menar Larsson et al (49) att en känslomässig relation kräver kunskap, vilken sjuksköterskan kan utveckla genom uppmärksamhet och genom reflektion över sitt eget uppträdande och patientens gensvar.

Detta stämmer väl överens med Watsons teori som ger utrymme för sjuksköterskan att utvecklas och att lära sig något nytt och Watsons tredje karativa faktor om känsligheten gentemot självet och andra.

Genom handledning och kollegornas hjälp kan sjuksköterskan förstå sin egen moraliska ståndpunkt gentemot andra sjuksköterskor, andra yrkesgrupper och organisationen. Detta är alltså en nödvändighet och även en outnyttjad potential både hos den enskilda sjuksköterskan och för hela vårdverksamheten. Är sjuksköterskan öppen för vad situationen i patientkontakten kan medföra så är förutsättningarna för ett positivt bemötande goda menar Carlén et al (51).

Lundmark (50) framhåller vikten av att ha en kritisk hållning till sitt och sina kollegors vårdarbete. Genom att reflektera hur vårdarbetet utförs kan man underlätta prioritering om vad som kan göras för den enskilda patienten. Bristande självkännedom kan vara orsak till osäkerhet och rädsla inför att ge andlig omvårdnad. Även Carlén et al (51) konstaterade att möjlighet till reflektion och handledning är av stor vikt i vårdverksamheten. Det är viktigt att man är medveten om den egna människosynen när man arbetar med människor. Ovanstående understryker det redan poängterade det vill säga att det är viktigt att tid och möjlighet ges till handledning.

Patientenkäter genomförs i de flesta landsting. Att följa upp och reflektera kring patienters synpunkter och upplevelser av vården är av stor vikt för att öka kunskapen om vad ett gott bemötande innebär.

Axelinprojektet i Västerås är ett exempel på att det finns etiska samtal i vården där "tyst kunskap" bearbetas och utvecklats till vetenskap. Genom att tillföra teoretiska reflektioner utifrån ett vårdvetenskapligt perspektiv till personalens berättelser så kan tyst kunskap bli artikulerad, nedskriven och vetenskapligt bearbetad och därmed tillgänglig för andra (55).

Watsons tio karativa faktorer innefattar alla handlingar och åtgärder som betonar samspelet mellan ett gott samarbete och en god kommunikation med möjlighet till att ge uttryck för både negativa och positiva känslor. För att kunna använda sig av Watsons teori och därigenom utveckla en transpersonell relation som krävs för att uppnå ett gott bemötande måste sjuksköterskan vara medveten om sig själv och sina styrkor och svagheter för att kunna använda sig själv i och utveckla en relation mellan sig och patienten. Sjuksköterskan måste dessutom kunna tänka i ett helhetsperspektiv av patientens kropp, ande och själ där sjuksköterskan är en del i organisationen, dess arbetsmiljö och kultur (15, 20, 21, 53).

Känslan av otillräcklighet leder till oro och frustration och hanterades av fokusgruppdeltagarna genom ett gott kamratskap och en god kommunikation sinsemellan arbetskamraterna. Många administrativa och praktiska arbetsuppgifter är viktiga för verksamheten men de är inte direkt patientrelaterade. Det kan till exempel handla om att leta efter vårdplatser, göra omflyttningar, leta inventarier och utrustning i samband med flytt och inkoppling av telefoner vilket tar tid ifrån den direkta patientomvårdnaden. Tidsbrist kunde innebära att det inte fanns möjlighet för att den transpersonella relationen att få utrymme att utvecklas så att bemötandet blev optimalt. Detta ledde till frustration hos både patient och sjuksköterska. Även Lundmark (50) påvisar detta i en omfattande enkätstudie med 91 sjuksköterskor och undersköterskor vid Norrlands Universitetssjukhus. I en välfungerande organisation skall det finnas professionell handledning så att olika frustrationer inte riskerar gå ut över sjuksköterskan, arbetskamrater eller patienten. Detta understryks i Watsons första,

tredje, nionde och tionde karativa faktor där teoretikern betonar humanism, känslighet gentemot självet och andra och tillgodoseende av mänskliga och existentiella behov (15, 20, 21, 53).

Ett bra ledarskap beskrivs av fokusgruppdeltagarna som en chef som är lyhörd, lyssnar och förstår. Chefen skall också vara tillåtande utan att vara släpphänt för att skapa trygghet i organisationen. En tillgänglig chef är en viktig faktor för att personalen skall känna trygghet. Resultaten bekräftas av flera gjorda studier. Billeter-Koponen et al (52) beskriver att chefen förväntas vara ett stöd för sjuksköterskorna, en person för professionell reflektion och en person som förstår deras arbete.

Furåker et al (56) lät 22 vårdenhetschefer på ett mindre sjukhus i Västsverige svara på en enkät och föra dagbok under en arbetsvecka. De fann att ett av de viktigaste målen för vårdens chefer var att skapa en god arbetsmiljö. Cheferna såg sig som pedagogiska ledare som inspirerade medarbetarna. De ansåg att en god arbetsmiljö innebär att medarbetarna är sedda, bekräftade och stimulerade. Detta är grunden för ett gott omvårdnadsarbete, säkerhet i vården och ett kreativt utvecklingsarbete. Chefen har till uppgift att ska se till att sjuksköterskan får rätt utbildning, har rätt kompetens för det hon arbetar med, får handledning och ges möjlighet att utvecklas inom professionen (15, 20, 21). Detta stöds även av Arbetsmiljölagen (10).

Watsons teori rymmer begreppen hälsa - ohälsa, miljö och universum samt på vilka sätt de samverkar och står i förbindelse med varandra. Teorin ger utrymme för sjuksköterskan att utvecklas och göra något nytt. Omvårdnad betraktas som en humanvetenskap där det går att kombinera och integrera estetiken och etiken i den mellanmänskliga omsorgsprocessen. I den åttonde karativa omvårdnadsfaktorn betonas handlingar och åtgärder som är stödjande, skyddande och/eller förbättrande av psykisk, fysisk, social och andlig miljö (15, 20, 21).

Fokusgruppdeltagarna i vår studie beskrev hur människan bakom patienten ibland träder in i "rollen som patient" och hamnar i underläge. Sjuksköterskorna upplevde då att de måste stödja och ta patientens parti. *Sjuksköterskan gör sig till patientens talesman*. Watson ser på omvårdnadsprocessen som ett moraliskt ideal att det bevara det mänskliga. I en tid av stress, dålig planering och på grund av för verksamheten bristfälliga lokaler och bristande erfarenhet ges ibland information på en stor patientsal under ronden som borde ha givits i enskildhet. Det finns en vilja och strävan hos sjuksköterskorna i fokusgruppen om att patienterna skall ha det så bra som möjligt och därför följer de upp och försäkrar sig exempelvis om hur patienterna uppfattat och tagit till sig informationen som de fått på rondens. Sjuksköterskan gör sig till mellanhand mellan patienten och läkaren och blir deras språkrör. Denna ambivalens beskrivs även av Sachs (7). Vaartio et al (57) beskriver nursing advocacy som ett professionellt ansvarstagande, ansvarsfullhet och ett aktivt bekännande för att ta del av och ett medvetet uttryck för att stödja patientens behov och önskningar. Bergqvist et al (58) beskriver att sjuksköterskan har en professionell skyldighet att företräda patientens intressen. Det uppstår ofta naturligt i omvårdnadsprocessen och sjuksköterskans "advokatskap" kan påverka kvaliteten i bemötande och vård.

Watsons karativa omvårdnadsfaktorer nummer två, fyra, sex, åtta och nio innefattar synen på omvårdnad som ett moraliskt ideal där det fordras en avsikt att bevara det mänskliga och en vilja att handla. Sjuksköterskans roll är stödjande, skyddande, kreativ och problemlösande och den personliga subjektiviteten i relationen ger en positiv utveckling för välbefinnandet hos patienten (15, 20, 21, 53).

Utifrån vår analys av fokusgruppintervjun framkom att sjuksköterskan gör allt som står i hennes makt för att ge patienten bästa möjliga bemötande. Detta trots många brister på grund av omorganisationer, bristande resurser, dålig organisation och planering och saker som inte fungerar. Fokusgruppdeltagarna upplever att de i de flesta fall lyckas. Detta beror på att de trivs i arbetsgruppen, kommunicerar med varandra och känner ett positivt stöd av varandra. De har en upplevelse av att göra gott och får uppskattning av patienten. Sjuksköterskorna har en klar insikt och en mycket stor vilja att reda upp situationen med patientens bästa för ögonen. Det vill säga att sjuksköterskan är medveten om begränsningarna i sjukvården och har en uttalad ambition om att ge ett gott bemötande.

Nightingale har satt sin prägel på den svenska sjuksköterskeutbildningen och de rutiner som i dag tillämpas på vårdavdelningar runtom i Sverige. Myten om Florence Nightingale som gratisarbetande ängel är falsk. Hon var en viljestark, företagsam, målmedveten och stridbar sjuksköterska och hade en mycket klar uppfattning om vad som försiggick i samhället och vad som måste göras för att sjuka och fattiga skulle få det bättre. Dessutom var Nightingale en duktig ekonom (59). Sjuksköterskan har sedan dess verkat för patienten i tiden!

Liksom Florence Nightingale så visade sjuksköterskorna i vår fokusgrupp på ett professionellt förhållningssätt, en oerhörd vilja och målmedvetenhet i sin strävan efter att ge patienten ett gott bemötande samtidigt som det var en självklarhet för dem. Billeter-Koponen et al (52) påstår att en professionell sjuksköterske - patientrelation inte är en teknik som kan läras in utan utvecklas genom erfarenhet. Sjuksköterskeprofessionen är idag inte ett kall men fokusgruppdeltagarna beskriver hur sjuksköterskan uttrycker professionens värderingar genom handling inom yrkesprofessionen vilket även bekräftas av Watson (53).

Hur kan då arvet efter Florence utgöra möjligheter respektive hinder i bemötandet av patienten i sjukvården idag? Florence Nightingales namn har oförtjänt fått symbolisera den uppoffrande sjuksköterskan som låter sig utnyttjas och som såg sjuksköterskeyrket som ett kall. Sjuksköterskans arv från den målmedvetna, stridbara och viljestarka Florence Nightingale borde tillvaratas på ett mycket bättre sätt. Hennes strävan efter att de sjuka skulle få det bättre och hennes samhällsengagemang stämmer väl överens med sjuksköterskeprofessionens värderingar och intentioner om att ge patienten ett gott bemötande.

Watson (53) menar att för Nightingale var omvårdnad ett spirituellt utövande som låg i den mänskliga naturen och sjuksköterskeyrket var ett kall och en potent resurs i hälsoarbetet. En profession som förlorat sina värderingar är själlös och värdet av professionen och dess värderingar skall synliggöras och uttryckas genom handling enligt Watson.

"Otherwise, a profession that loses its values is soul-less; it become heartless and therefore is worthless. The worth of a profession is in clarifying, articulation, and manifesting its values through action."
(53, sid.4)

KONKLUSION

Det är viktigt att alla inom sjukvården har insikt och kunskap om att planering och samarbete ökar utrymmet för ett gott bemötande av patienten. Detta måste genomsyra hela sjukvården från ledning ner till sjuksköterskan i det dagliga mötet med patienten. Dagens sjuksköterska som verkar för patienten i tiden är medveten om sjukvårdens begränsningar, har en hög ambition och måste oavsett detta ges möjlighet att ge patienten ett gott bemötande. För att understödja att sjuksköterskor ska kunna ge patienterna detta krävs att beslutsfattare, chefer och organisatörer tillsammans med sjuksköterskor och övrig personal planerar och organiserar så att det finns förutsättningar såsom ändamålsenliga lokaler, att omflyttningar flyter smidigt, att det finns fungerande rutiner och att tid skapas. Fortlöpande reflektion och handledning måste ges i det dagliga arbetet för att stärka sjuksköterskan i hennes profession och för att kvalitetssäkra lärandet och kunskapen om bemötandet av patienten.

Mer erfarenhet och kunskap inom området behövs för att kunna studera hur sjuksköterskans arbetsmiljö påverkar bemötandet av patienten. Det är författarnas förhoppning att denna pilotstudie kan leda till en större studie genomförs och på så sätt ytterligare kommer att bidra till en större kunskap och medvetenhet för att därigenom kunna skapa strategier och företa åtgärder i sjuksköterskans arbetsmiljö så att patienten får ett gott bemötande.

REFERENSER

1. Lindh M., Westlund A - C. Vilka faktorer kan påverka sjuksköterskans bemötande av patienten? – en litteraturstudie relaterad till Jean Watsons omvårdnadsteori. Göteborg, Göteborgs Universitet; 2004.
2. Hälsa - och sjukvårdslag. Stockholm: Svensk författningssamling, 1982. SFS 1982:763.
3. Lag om yrkesverksamhet på hälso-och sjukvårdens område. Stockholm: Svensk författningssamling, 1998. SFS, 1998:531.
4. Hälsa-och sjukvårdsrapport 2009.
<http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2009/10430/2009-126-72.htm> [2009-05-14]
5. Brattberg G. Att möta långvarig smärta. Falköping: Almqvist & Wiksell Medicin, 1995.
6. Thornton Bacon C, Mark B. Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. J Nurs Adm.2009;39 (5):220 -7.
7. Sachs L. Vårdens etnografi. Malmö: Almqvist & Wiksell, 1992.
8. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för god vård. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
9. Värdigt bemötande går det att lära? Stockholm: Socialstyrelsen, 1997. SOS-rapport 1997:17.
10. Arbetsmiljölagen. Stockholm: Svensk författningssamling, 1977. SFS 1977:1160.
11. Systematiskt arbetsmiljöarbete. Stockholm: Arbetsmiljöverkets författningssamling, 2001. AFS 2001:1.
12. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening: Stockholm, 2009.
13. Strömberg A. Stora Synonymordboken. Stockholm: Strömbergs, 1998.
14. Nationalencyklopedin.
<http://www.ne.se.ezproxy.ub.gu.se/sok/bem%C3%B6tande?type=THES> [2009-04-25].
15. Watson J. Nursing. The philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado, 1985.
16. Bergh M. Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning. Avhandling vid Göteborgs Universitet, 2002.
17. Edberg A-K. Att möta personer med demens. Lund: Studentlitteratur, 2002.

18. Eriksson K, Lindström U. Å. Siktet, sökandet, slutandet- om den vårdvetenskapliga kunskapen. Ur: Eriksson K, Lindström U. Å. (red) Gryning. Vasa Åbo Akademi; 2000: 5-18.
19. Hansson Scherman M. Runesson U (red.) Den lärande patienten. Lund: Studentlitteratur, 2009.
20. Rooke L. Omvårdnad. Teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. Arlöv: Almqvist & Wiksell Förlag, 1995.
21. Watson J. En teori för omvårdnad. Omvårdnad och humanvetenskap. Lund: Studentlitteratur, 1993.
22. Bengtsson J. Erfarenhetsbaserad kunskap – vad är det och hur värderar vi den? Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, 2006.
23. Erisson K. Vårdprocessen. Almqvist & Wiksell: Stockholm, 1988.
24. Benner P, Tanner C. A, Chesla C.A. Expertkunnande i omvårdnad. Lund: Studentlitteratur, 2000.
25. Covington H. Caring presence. Providing a safe space for Patients. *Holist Nurs Pract.* 2005;19(4):169-172.
26. Dahlberg K. Att förstå vårdvetenskap. Lund: Studentlitteratur, 2003.
27. Eriksson K. Pausen. Stockholm: Nordstedts Förlag, 1987.
28. Kovero C. Den upplevda yrkesrollen och dess relation till bemötande av klienten. *Vård I Norden* 1999;2 (19): 17-25
29. Aiken L, Clarke S, Sloane D. Hospital Staffing, Organization, and Quality of Care: Cross-National Findings. *Nurs Outlook.* 2002; 50:187-94.
30. Benner P. The roles of embodiment, emotion and lifeworld for rationality and agency in nursing practice. *Nurs Phil* 2000; 1: 5-10.
31. Tomey A. Nursing leadership and management effects work environments. *J Nurs Management.* 2009; 17:15-25.
32. Berland A, Natvig G, Gundersen D. Patient safety and job-related stress: A focus group study. *Intensive and Critical Nursing.* 2008 ;24:90-97.
33. Bégat I, Ellefsen B, Severinsson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *J Nurs Management.* 2005; 13: 221-230.

34. Johansson P. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci.* 2002; 16(4):337-44.
35. Manion J. Joy at Work! Creating a positive workplace. *JONA* 2003; 33(12):632-59.
36. Åstedt-Kurki P, Isola A. Humour between nurse and patient, and among staff: analysis of nurses' diaries. *J Adv Nurs.* 2001; 35 (3) 452-58.
37. Wibeck V. Fokusgrupper. Lund; Studentlitteratur, 2000.
38. Ervér A-M, Fahlström G. Det är en pärs... det är jobbigt att ha barn, ändå är det bästa som finns. Fokusgrupper som stöd i föräldraskap. *Vård i Norden.* 2001;3(21): 43-46.
39. Downe- Wamboldt B. Content Analysis: Method, applications, and issues. *Health Care Women Int* 1992; 13: 313-321.
40. Krippendorff K. Content Analysis: An Introduction to Its Methodology. USA: Sage Publications, 2004.
41. Graneheim U. H, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004; 24(2):105-12.
42. Lindblom E. Thulin H. Reflektioner kring Urologisk omvårdnad. *Vård i Norden.* 2004 ; 2(24):48-51.
43. Nurnbergkodexen <http://www.codex.vr.se/forskningmanniska.shtml> 2009-11-16.
44. Helsingforsdeklarationen. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> 2009-11-16
45. Gustafsson B, Hermerén G, Pettersson B. Vad är god forskningssed? Synpunkter, riktlinjer och exempel. Stockholm: Vetenskapsrådet, 2004.
46. SOU 1994:4. God sed i forskningen. Stockholm: Utbildningsdepartementet, 1999.
47. Northern Nurses Federation. Ethical guidelines for nursing research in the Nordic Countries. *Vård i Norden.*2003; 4(70):23.
48. Benner P. Från novis till expert. Lund: Studentlitteratur, 1993.
49. Larsson I, Sahlsten M, Sjöström B, Lindencrona C, Plos K. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scand J Caring Sci.* 2007; 21:313-320.
50. Lundmark M. Andlig omvårdnad – definition av begreppet och svårigheter med att ge sådan enligt svensk vårdpersonal. *Vård i Norden.* 2005 ; 4(25):30-36.
51. Carlén K, Nilsson K. Andlighet i vården – en intervjustudie bland vårdpersonal. *Vård i Norden.* 2008 ; 28(1):13-17.

52. Billeter-Koponen S., Fredén L. Long-term stress, burnout and patient-nurse relations: qualitative interview study about nurses' experiences. *Scand J Caring Sci.* 2005; 19: 20-27.
53. Watson J. Nursing: Seeking its source and survival. <http://www.nursing.gr/toc.html> 2003-02-10. *ICUs and Nursing Web Journal* 9, 1-7. [2009-09-06].
54. Rahm- Sjögren K., Sjögren T. Att vara sjuksköterska och chef. Stockholm: Förlagshuset Gothia AB, 2002.
55. Busk Y. Skydda patientens värdighet. *Omvårdnadsmagasinet*: 2009; 3:16-18.
56. Furåker C, Berntsson L. Vårdenhetschefers mål och arbete. *Vård i Norden.* 2003; 23(3): 27-32.
57. Vaartio H, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Suominen T. Nursing advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced? *Scand J Caring Sci.* 2006; 20: 282-292.
58. Bergqvist I, Davidsson L, Edberg A-K. Utveckling av ett instrument för vårdtyngdmätning inom anestesi. *Vård i Norden.* 2003; 23(3):10-15.
59. Moberg Å. Florence Nightingales elev blev pionjär i Sverige. *Läkartidningen.* 2007; 44(104): 3299-3301.



INBJUDAN

Hej!

Vi är två sjuksköterskor som arbetat länge inom vården och som nu ska skriva en D-uppsats kring arbetsmiljö och patientbemötande. Metoden vi använder oss av kallas för fokusgrupp.

Vad är en fokusgrupp?

En fokusgrupp är en specifik intervjuteknik inom kategorin gruppintervju för att samla in kvalitativa data i ett ämne. Gruppen kommer att bestå av 6 sjuksköterskor från kirurgkliniken på SU./Östra. Vi kommer att fungera som moderator och observatör under gruppintervjun. Gruppintervjun kommer att bandas. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt.

Om Du får förhinder och inte kan komma är det mycket viktigt att Du lämnar återbud så tidigt som möjligt för att vi ska ha möjlighet att finna en ersättare.

Du är välkommen att delta i vår fokusgrupp:

Tid: torsdagen den 12/6 kl.14.30-16.00

Plats: konferensrummet på Medicinska Biblioteket SU./Östra, plan 8.

I samband med intervjun kommer vi att bjuda på fika.

Tack för att Du vill medverka!

Med vänlig hälsning

Maud Lindh
dagtid 031-343 48 93
maud.lindh@vgregion.se

Ann-Christine Westlund
dagtid 031-342 75 69,
ann-christin.westlund@vgregion.se

Hans Ragneskog
Universitetslektor, handledare
hans.ragneskog@fhs.gu.se

Forskningspersonsinformation

Studiens bakgrund och syfte

Ett bra bemötande i är viktigt för patientens uppfattning om vården och en viktig del av vägen mot välbefinnande. Syftet med denna studie är att belysa hur sjuksköterskans arbetsmiljö kan utgöra möjligheter respektive hinder för ett gott bemötande av patienten inom sjukvården.

Studiens genomförande

Studien kommer att genomföras i form av en gruppintervju på ca 1 ½ timma. Du kommer i god tid att få en inbjudan med uppgift om tid och plats. Gruppen kommer att bestå av sex sjuksköterskor. Vårt samtal kommer att spelas in på bandspelare. Efter intervjun kommer berättelserna att skrivas ut ordagrant och analyseras. Resultatet kommer sedan att redovisas som en uppsats vid Göteborgs Universitet och utgöra grund för ett eventuellt fortsatt arbete som kan publiceras i en vetenskaplig tidskrift. Resultatet av studien kan Du ta del av genom kontakt med nedan angivna personer.

Vi hoppas att Du inte ska uppleva något obehag med anledning av intervjun. Fördelar kan vara att få möjligheter att berätta och reflektera kring arbetsmiljön och bemötandet av patienten. Eventuellt kan det upplevas positivt av Dig att Du bidrar till ny kunskap om vårdandet.

Dina svar och Dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Då data från studien eventuellt publiceras kommer enskilda individer inte att kunna identifieras. Hanteringen av Dina uppgifter regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Kassettbanden förvaras i ett låst skåp och den skrivna texten från intervjuerna kommer inte att kunna kopplas till Dig som person. Deltagandet är frivilligt. Du kan avbryta ditt deltagande i studien när du vill utan att ange skäl. Ingen ekonomisk ersättning kommer att utgå.

Maud Lindh
031-343 48 93
maud.lindh@vgregion.se

Ann-Christine Westlund
031-342 75 69
ann-christin.westlund@vgregion.se

Hans Ragneskog, handledare
Universitetslektor, Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Sahlgrenska Akademin, Göteborgs Universitet, BOX 457, 405 30 Göteborg
hans.ragneskog@fhs.gu.se

Möjligheter och hinder i sjuksköterskans arbetsmiljö till ett gott patientbemötande i sjukvården.

Informerat samtycke

Jag har tagit del av ovanstående skriftliga information. Jag är medveten om att mitt deltagande i studien är frivilligt och att jag när som helst kan utan förklaring kan avbryta mitt deltagande.

Ort

Datum

.....

.....

.....
Namnunderskrift

.....
Namnförtydligande

INTERVJUGUIDE TILL FOKUSGRUPP

Kl. 14.30 - Öppningsfrågor

- Kort presentation av respondenter, moderator och observatör.
- Vad tycker ni kännetecknar en god arbetsmiljö?
- Vad tycker ni kännetecknar en dålig arbetsmiljö?
- Om man skall arbeta professionellt som sjuksköterska - Vad innebär då ett bra bemötande?

Introduktionsfråga

- Hur upplever ni att bemötandet av patienten är idag?

Övergångsfråga

- Tycker ni att det finns situationer: - då en sjuksköterska kan bli frustrerad och som kan leda till att sjuksköterskan inte bemöter patienten på ett professionellt sätt? – som underlättar ett gott bemötande av patienten?

Kl 15.15 - Nyckelfrågor

- Kan arbetsmiljön på en vårdenhet, påverka hur patienten blir bemött?
- Finns det hinder och möjligheter i din arbetsmiljö som sjuksköterska som du upplever som viktiga för att kunna ge patienten ett bra bemötande?
- Vad anser ni behöver åtgärdas i arbetsmiljön som sjuksköterskor för att patienten skall få ett förbättrat bemötandet?

Sammanfattning av observatören

Avslutande fråga

- Är det någon som vill tillägga något?

Referens:

1. Wibeck, V. Fokusgrupper, Studentlitteratur, 2000
2. Lindblom, E & Thulin, H. Reflektioner kring urologisk omvårdnad. Vård i Norden. 2004;2 (24): 48-51.