

Ett gott patientbemötande

-en litteraturstudie om
möjligheter och svårigheter

| | |
|--------------|---|
| FÖRFATTARE | Hanne Angell Andresen Anna Engström |
| PROGRAM/KURS | Sjuksköterskeprogrammet OM5250 Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng VT 2011 |
| OMFATTNING | 15 högskolepoäng |
| HANDLEDARE | Birgitta Danielsson |
| EXAMINATOR | Monica Moene |

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



| | |
|--|---|
| Titel (svensk): | Ett gott patientbemötande- en litteraturstudie om möjligheter och svårigheter. |
| Titel (engelsk): | A good relationship with the patient, opportunities and difficulties. |
| Arbetets art: | Självständigt arbete |
| Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning: | Sjuksköterskeprogrammet/ Examensarbete i omvårdnad/ OM5250 |
| Arbetets omfattning: | 15 Höskolepoäng |
| Sidantal: | 21 sidor |
| Författare: | Hanne Angell Andresen Anna Engström |
| Handledare: | Birgitta Danielsson |
| Examinator: | Monica Moene |

SAMMANFATTNING

Introduktion: Anmälningar gällande bemötande till patientnämnden är inte ovanligt, år 2010 rörde ca 33 % av dessa frågor bemötande. Det handlade ofta om kontinuitet, att känna sig ifrågasatt, inte lyssnad på eller trodd och om att inte bli behandlad som en individ. *Syfte:* Syftet med denna litteraturstudie var att ta reda på möjligheter och svårigheter på vad som är ett gott patientbemötande, ur ett sjuksköterske-och patientperspektiv. *Metod:* En litteraturstudie. *Resultat:* Både sjuksköterska och patient måste vilja skapa en relation med varandra. Att känna förtroende för varandra och att patienten kände att sjuksköterskan var kompetent, visade sig vara en förutsättning och ledde till att patienten kände trygghet. Patienten efterfrågade en sjuksköterska som brydde sig om honom och såg honom som en medmänniska, inte enbart ett symtom, sjukdom och diagnos. En annan viktig faktor för att kunna skapa en relation var att det fanns kontinuitet i mötena mellan patienten och sjuksköterskan, att hon var tillgänglig. Att patienten fick åtminstone en djup relation, framstod som betydelsefullt. En balans mellan närhet och distans var viktig för både sjuksköterska och patient. Patienten hade behov av att få vara delaktig och få personlig anpassad information. Han ansåg det som värdefullt att dela sina känslor med sjuksköterskan och att hon tog sig tid till samtal och lyssnade. Patienten tyckte det var viktigt att sjuksköterskan var respektfull men ändå glad och hade humor. *Slutsats:* För att patienten skall känna sig gott bemött var det viktigt att sjuksköterskan såg honom, brydde sig om honom och att de gemensamt ville skapa en relation med varandra.

Nyckelord: nurse, patient, relationship, caring, trust, confirmation, suffering, comfort, perception, levels och SAUC.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

| | |
|---|-----------|
| INTRODUKTION | 1 |
| INLEDNING | 1 |
| BAKGRUND | 1 |
| Bemötande i historien | 1 |
| Bemötande i siffror..... | 2 |
| Om bemötande i lagskrift och författning | 3 |
| Omvårdnadsteoretiker om bemötande | 4 |
| Bemötande ur ett etiskt perspektiv | 5 |
| Begreppet bemötande och bemöta..... | 5 |
| SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad | 6 |
| Problemformulering | 7 |
| | |
| SYFTE | 7 |
| | |
| METOD | 7 |
| DATAINSAMLING | 7 |
| URVAL | 9 |
| DATAANALYS | 9 |
| FORSKNINGSETISKA ÖVERVÅGANDEN | 9 |
| | |
| RESULTAT | 9 |
| SJUKSKÖTERS KANS PERSPEKTIV PÅ ETT GOTT BEMÖTANDE 11 | |
| Möjligheter | 11 |
| Svårigheter..... | 12 |
| PATIENTENS PERSPEKTIV PÅ ETT GOTT BEMÖTANDE | 13 |
| Möjligheter | 13 |
| Svårigheter..... | 14 |
| | |
| DISKUSSION | 15 |
| METODDISKUSSION | 15 |
| RESULTATDISKUSSION | 16 |
| Konklusion | 19 |
| | |
| REFERENSER | 20 |

INTRODUKTION

INLEDNING

Vi har valt att belysa, tolka och göra en sammanställning av litteratur inom området bemötande. Vi ville identifiera möjligheterna och svårigheterna för ett gott patientbemötande ur ett sjuksköterske och patientperspektiv. Ett gott bemötande är enormt viktigt för att som sjuk och begränsad, vad det gäller styrka, förmåga, ork eller mod att uttrycka sina behov eller individualitet. Patienten har olika symtom och/eller krämpor som inskränker dennes, i vanliga fall, förmåga att formulera de behov man utan sjukdom och svårigheter annars skulle gjort. Sjuksköterskan möter dagligen patienter i sitt arbete som alla har gemensamt att de är i behov av någon form av hjälp och stöd från sjukvården. Patienter har rätt att kräva att bli respektfullt bemötta av sjuksköterskan. Sjuksköterskan måste kunna se den unika människan och kunna möta individen där denne är. Det är önskvärt att öka kunskapen om hur sjuksköterskan skall bemöta patienter på ett sätt så de känner sig sedda och bekräftade. Det är viktigt att sjuksköterskans möte med patienter inte blir godtyckligt utan att hon strävar efter att arbeta utifrån beprövad erfarenhet och vetenskap när det gäller att ge patienten ett gott bemötande. Det är av vikt att det goda bemötandet går att mäta och utvärdera för att sjuksköterskan skall kunna veta att det är bra och att patienterna känner sig nöjda med bemötandet de fått. Vår valda kontext är somatisk vård som har korta vårdtider och inte sällan har sjuksköterskan en pressad arbetssituation. För att underlätta läsandet har vi valt att sjuksköterskan benämns som hon eller helt enkelt som sjuksköterskan och patienten benämns omväxlande som han eller patienten. I dessa benämningar inkluderas båda könen.

BAKGRUND

Bemötande i historien

En god karaktär, självdisciplin och moral var på Florence Nightingales tid viktigare än akademiska kunskaper. Man kunde inte vara en bra sjuksköterska om man inte var en god människa (Söderhamn, 1997). Att patienten var informerad och att sjuksköterskan pratade med patienten ansåg Nightingale vara viktigt. Patienterna skulle känna sig trygga och inte behöva vänta eller utsättas för onödig oro, det kunde leda till ökad smärta och ångest (Andersson, 1997). Sjuksköterskeyrket var ett kall, hon skulle sätta patientens välbefinnande före sina egna behov. Sjuksköterskan skulle vara en människa som patienten kunde lita på och hon skulle vara osjälvisk och gudfruktig (Johansson & Gullberg, 1997). På 1950- talet var man medveten om att det inte alltid var det fysiska lidandet som var det värsta för patienten. Den största belastningen visste man kunde vara den psykiska oron och ångesten av att vara sjuk. I Hagemann (1953) en sykepleiers etikk, påtalas att sjuksköterskan även i den stressade vardagen måste komma ihåg att den enskilda patienten alltid är unik och ingen är den andra lik och kan inte heller behandlas som det. Om sjuksköterskan har tysthet och harmoni inom sig kan hon lättare lyssna till patientens önskningar och genom att vara vaken för dessa önskningar slipper patienten bli plågad av onödiga frågor. Under omvårdnaden kan sjuksköterskan lägga märke till patientens vanor och sätt att vara, därmed lär hon känna patienten. Om patienten känner omtänksamhet gör det att han lättare kan finna

sig till rätta och slå sig till ro på sjukhuset. I det första mötet med patienten, när han möts av ett leende och ett handslag känner han att här vill man honom väl och vill bara hjälpa. Att kunna känna trygghet och slappna av, gör att patienten kan lämna över sig i vårdens händer utan att behöva tänka eller kontrollera det som händer. Redan på den tiden ansåg man att en god sjuksköterska kan mer än bara tekniska färdigheter. Hon behöver även den inre förståelsen av vad den sjuke har för behov. Sjuksköterskan skall ha omsorg för patienten, både hans kropp och själ. Detta är inget man lär sig på några år utan ett mål att sikta emot. Sjuksköterskan måste alltid se patienten som en lidande medmänniska och tillfredsställa de behov som individen har. Behandla alla patienter lika oavsett kön, var de kommer ifrån, vilken samhällsklass de tillhör eller vem de är som person. I namnet sjuksköterska ligger att först se människan, den sjuke som är i behov av hjälp. Hagemann (1953) skriver att sjuksköterskan aldrig skall glömma det patienten sagt och låta honom be om något två gånger. Även när hon är ledig skall han känna sjuksköterskans närvaro genom att andra sjuksköterskor gör så som hon talat om att patienten vill ha det. Sjuksköterska är både patientens tjänare och samtidigt på ett försiktigt men bestämt sätt patientens respektfulla överordnade. Det är även sjuksköterskans uppgift att se till att doktors alla ordinationer följs. Detta gäller både läkemedel, diet och mobilisering. På allmänna ytor där de friskare patienterna vistas, skall sjuksköterskan se till att hålla disciplin. Att vara trevlig och vänlig men ändå hålla patienterna på avstånd är viktigt. Hennes närvaro skall göra så att opassande gäster och tal dämpas. Att vara neutral gentemot det andra könet och inte uppmuntra till flört tillhör en sjuksköterskas karaktär. Det passar sig inte och sjukhus är inte rätt plats för sådant. I alla situationer sjuksköterskan är med om skall hon tänka sig in i, hur skulle jag känna eller gjort? Då kan hon alltid möta den andra så som hon själv hade velat bli bemött. När en patient ligger på dödsbädden, så låt honom aldrig känna att det är en vardaglig händelse, utan en helig tjänst (Hagemann, 1953).

”Från vår frälsares mun: Allt vad I har gjort mot en av dessa mina minsta bröder, det har I gjort mot mig” (Hagemann, 1953, s.48)

Bemötande i siffror

År 2010 fick patientnämnderna i Västra Götaland in 4153 klagomål och synpunkter på vården. Av dessa synpunkter handlade 50 % om vård och behandling. Ungefär 1/3 rörde organisations- och resursfrågor och resterande anmälningar handlade om frågor som rörde bemötande (Västra Götalandsregionens patientnämnd, 2011).

I Jakobsson (2007) om bemötande inom hälso- och sjukvård uppger 40 % av patienterna att de upplevt ett dåligt bemötande av sjukvårdspersonalen. Av dessa hade 10 % upplevt liknande upprepade gånger. Deltagare i studien som kände sig dåligt bemötta tillhörde gruppen kvinnor i ålderskategorin 30-44 år. De uppgav att de i högre grad än andra studiedeltagare hade besvär med sömn, minnesstörningar, aptitlöshet, rastlöshet, nedstämdhet, depression och långvariga smärttillstånd. Det sätt de ansåg sig blivit illa bemötta på handlade om en känsla av att bli ifrågasatt, inte trodd, inte lyssnad på, en känsla av att vara till besvär och inte få svar på sina frågor. Andra orsaker till känslan av att bli dåligt bemött var långa väntetider, dålig kontinuitet, dålig uppföljning, att inte bli behandlad som en individ och stressad personal. Av de som

kände sig dåligt bemötta upplevde 1/3 att detta ledde till att deras möjligheter till egenvård påverkades. I studien påpekas att en hög arbetsbelastning och stress kan leda till att sjukvårdspersonalen distanserar sig och en ömsesidig vårdrelation har svårt att uppstå. Korta och ytliga kontakter leder till ett dåligt bemötande. Men även okunskap, brist på empati eller personliga problem kan vara en orsak.

Vårdbarometern är en undersökning som Sveriges kommuner och landsting genomför varje år. Slumpvis väljs 1000 invånare ut och dessa får svara på frågor gällande attityder, kunskap och erfarenheter av svensk hälso- och sjukvård. Undersökningen är från år 2009 och här jämförs svaren från år 2005 för att se utvecklingen. När de utvalda besvarar frågan: "Vilket förtroende har du för vården vid sjukhus" blir resultatet att 66 % har ett stort förtroende jämförande med 67 % år 2005. Har varken eller svarar 18%, mot 18 % år 2005. Har inte svarat eller vet ej svarar 10 % med samma siffror år 2005. Slutligen svarar 6 % att de har litet förtroende mot 7 % år 2005. De invånare som anger att de har ett sämre förtroende för sjukvården placeras in i kategorin kvinnor, utlandsfödda och invånare i åldern 34-64 år. Det är även invånare som anger att de mår dåligt och har sjukdomar som osteoporos, psykisk sjukdom, allvarligt funktionshinder, ledgångsreumatism, KOL/astma och höftfraktur. Resultat har efter varje undersökning visat sig blivit bättre jämfört med tidigare år. Detta tolkar man beror på det ständiga förbättringsarbetet man genomfört. Förtroende för vård på sjukhus är generellt högre än för vård inom primärvården. Förtroendet är även högre hos de invånare som sökt respektive vårdenhet det senaste året. Skillnader i resultatet finns mellan olika landsting (SKL, Vårdbarometern, 2010).

Om bemötande i lagskrift och författning

Ett bra bemötande kan tyckas självklart när man arbetar med människor. Enligt hälso- och sjukvårdslagen står det att vård skall ges på lika villkor för alla och med respekt för människors lika värde och värdighet (HSL, 1982:763). Socialstyrelsen skriver i lagen, ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso-och sjukvård, att det skall finnas rutiner så att patientens värdighet och integritet respekteras. Patienten och dennes närstående skall visas omtanke och respekt oavsett kön, funktionshinder, utbildning, socialställning mm. Patienten skall göras delaktig och informeras och även patientens anhöriga, om sekretesslagen tillåter det (SOSFS 2005:12). I enlighet med patientsäkerhetslagen, kan man läsa att klagomål från patienter skall bedömas och prövas av Socialstyrelsen. Det innebär även en ökad möjlighet att vidta åtgärder mot både vårdgivare och sjukvårdspersonal (SOSFS, 2010:659).

I kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska står det att sjuksköterskan skall kunna kommunicera med patienter och närstående på ett respektfullt, lyhört och empatiskt sätt. Hon skall kunna stödja och vägleda patienter och närstående så att de kan vara delaktiga i vård och behandling på bästa sätt. Sjuksköterskan skall informera och undervisa patienter och närstående på det sätt som är bäst för situationen t.ex. enskilt eller i grupp, hon skall även kontrollera att patienten och närstående har förstått informationen som de fått. Sjuksköterskan skall vara uppmärksam på de patienter som inte själva förmedlar att de är i behov av information och på de patienter som har särskilda informationsbehov (Socialstyrelsen, kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor, 2005).

Bemötandeutredningen, även kallad "Lindqvists nia", är sammanställd av Lindqvist på uppdrag av regeringen. Den tar upp nio vägar att utveckla bemötandet mot människor med funktionshinder (Socialstyrelsen, SOU 1999: 21). Fossum (2007) menar dock att denna modell är tillämpningsbar i alla vårdformer. Han menar bland annat att rätten att vara delaktig i sin vård skall finnas med i lagtexten. Domstolsbeslut skall följas av kommuner och landsting och om dessa beslut inte följs skall kommunen eller landstinget föreläggas med vite. En tydligare lagstiftning efterfrågas vad gäller lagen om stöd och service, den nuvarande ger för stort utrymme för tolkningar. Samhällsinformation måste vara anpassad för alla gruppers olika behov. Alla huvudmän bör se till att en oberoende och objektiv hantering av synpunkter och kritik på bemötande finns, här skall alla synpunkter gås igenom och ge förslag på lösningar. Det bör vara enkelt att hitta till vem dessa synpunkter skall lämnas och hur man gör. Bemötandekompetensen måste ökas hos de som arbetar med funktionshindrade, utvecklingsprogrammet bör beröra områden som etik, förhållningssätt och attityder. Man måste även arbeta mot fördomar och negativa attityder, detta kan med fördel göras med hjälp av satir och humor (Socialstyrelsen, SOU 1999: 21).

Omvårdnadsteoretiker om bemötande

Enligt Travelbee (1971) är det sjuksköterskans uppgift att skapa en mellanmänsklig relation och att hjälpa människan att finna mening i sin situation och kunna uthärda lidandet. Mötet mellan sjuksköterska och den sjuka personen är en ömsesidig process, båda måste vilja mötas. Det är när man går in i en relation med en annan människa som man ser den andra som en människa (Eriksson, 2000). När sjuksköterskan och patienten har skapat en relation kan sjuksköterskan hjälpa patienten att hantera sin sjukdom och lidande och att finna mening i sin situation (Travelbee, 1971). Det är i vårdrelationen som patienten skall få möjlighet att uttrycka sina svårigheter, behov och begär. Vårdrelationen skall vara ett samspel mellan sjuksköterskan och patienten och det är olika hur djup och stark den kan bli. Eriksson (2000) menar att den kan kallas för ett vårdförhållande. Detta är ett professionellt förhållande som bygger på evidens och etik och är till för att förstärka patientens väg till hälsa. Varje människa är unik, därför blir varje möte också unikt. Detta gör att sjuksköterskan inte kan bemöta alla patienter lika, utan måste känna av varje situation. Kommunikationen kan inte fungera om sjuksköterskan ser patienten som en sjukdom eller en diagnos och inte som en unik människa. Då bemöter sjuksköterskan patienten utifrån sin erfarenhet om hur en sådan patient är och tror att alla är lika. Det är viktigt att sjuksköterskan lyssnar aktivt annars kan viktig information om patienten gå förlorad. Det går att lära sig kommunikationens grunder teoretiskt men för att sjuksköterskan skall bli duktig på att bemöta patienten krävs erfarenhet. Både patienten och sjuksköterskan vill bli sedda som de personer de är. Travelbee (1971) är därför kritisk till att benämna människan som patient, hon menar att alla skall ses som de unika människor de är. Sjuksköterskan och patienten kommunicerar hela tiden genom kroppsspråk, ansiktsuttryck, gester, utseende, även när de är tysta kommunicerar de. Omvårdnad har alltid med människor att göra antingen direkt eller indirekt. Omvårdnad är också en process, en serie händelser mellan sjuksköterskan och personen som behöver hennes tjänster. Eriksson (2000) menar att i vårdförhållandet är kontinuiteten en viktig faktor. Det är en vårdprocess som pågår och den handlar om att se, höra och känna.

Om patienten får åtminstone en djup och trygg relation i vårdprocessen blir relationen vårdande och denna kontinuitet skapar trygghet för patienten.

Bemötande ur ett etiskt perspektiv

Närhetsetik är ett samlingsnamn för de filosofer som tycker att de moraliska regler som styr människans handlingar skapas i mötet. När sjuksköterskan möter patienten får hon ett ansvar för patienten, ett krav och en plikt att ta hand om patienten. Spontant borde sjuksköterskan vilja göra allt för att hjälpa patienten, om den naturliga reaktionen att hjälpa inte infinner sig, då måste sjuksköterskan återskapa den naturliga viljan att hjälpa. I mötet med patienten skapas en plikt att hjälpa som sjuksköterskan inte kan frånsäga sig om hon inte ser patienten som ett objekt. Enligt Lögstrup (refererat i Birkler, 2007) vill människan spontant hjälpa andra människor som ber om deras hjälp. Detta kallar han för suveräna livsyttningar och är ärlighet, öppenhet och barmhärtighet. Att spontant handla med tillit och att vilja hjälpa är den grundläggande mänskliga reaktionen. När människan inte handlar spontant utan tänker på sig själv får de suveräna livsyttningarna stå tillbaka. Då uppstår kretsande livsyttningar som är hat, avundsjuka och misstro mm. När människan har negativa tankar om andra människor beror det på personens ego. När människor har blivit egocentriska och sätter sin egen behovstillfredsställelse först, då uteblir de suveräna livsyttningarna. När de suveräna livsyttningarna uteblir träder det etiska kravet in. Då det etiska kravet är tyst måste sjuksköterskan självständigt lista ut vad som krävs av henne med hjälp av sin fantasi och livserfarenhet. Att det etiska kravet träder in tyder på en brist hos människan, som inte har förmågan att handla spontant för att hjälpa en människa (Lögstrup, refererat i Birkler, 2007).

Begreppet bemötande och bemöta.

Att bemöta någon eller att bli bemött, sjuksköterskan bemöter patienten eller patienten blir bemött av sjuksköterskan eller tvärt om. Någon ger och den andra får ett bemötande. Det är en social företeelse som alltid innebär ett mellanmänniskt möte. När man möter en annan människa är det omöjligt att inte bemöta den på ett eller annat sätt, bra, dåligt, värdelöst, utmärkt, kallt eller varmt. Det ligger i den sociala människans natur att söka blicken och där skapas möjligheterna till en relation. Hur relationen sedan utvecklas beror på de inblandades agenda, behov, förutsättningar och situation. Det finns inga tomma möten. Begreppen *bemötande* och *bemöta* tydliggör det valda området, det speglar både sjuksköterskans och patientens perspektiv på mötet (Fossum, 2007). Att *bemöta* betyder att möta, ta emot, uppträda emot, behandla, bete sig eller uppföra sig mot. Den andra betydelsen som tas upp är att svara på, besvara, genmäle, gendriva, anföra annan mening, ta till orda mot, motsäga, kontra, vederlägga, tillbakavisa, bestrida eller opponera mot (Strömberg, 1998). Svenska akademien säger att det betyder att uppträda på visst sätt mot någon och som andra betydelse, gå i svaromål mot. När det gäller ordet *bemötande* betyder det, uppträdande mot någon eller något som kan vara vänligt eller stelt eller som andra betydelse, ett svar, vanligen på kritik (Svenska akademins ordbok, 2009). Bemötande och bemöta är begrepp som inte är helt lätta att förstå innebörden av utan en förklaring eller ett sammanhang. Detta gäller både i det svenska och engelska skrivna språket.

Ett bemötande man ger beror på samtalet och hur sjuksköterskan utför och fullföljer det. Begreppet bemötande är således svårt att översätta och kan betyda olika saker beroende på hur det används. När man söker artiklar på ämnet är det därför svårt att hitta internationella vetenskapligt material som speglar det valda området (Fossum, 2007). *Bemötande* översätts till *treatment*, att röna ett vänligt- *meet with a kind treatment* eller *a kind reception* och i andra hand som *reply; refutation*. *Bemöta* översätts till *treat, receive* eller till *answer, meet, refute* (Norstedts stora Svensk-Engelska ordbok, 2000). När man sedan översätter *treat* till svenska översätts det till *behandling* eller *recive* som att få en behandling. De ord som mest speglar området bemötande är *relationship, relation with, interaction* eller *approach*. Även *bedside manner* som betyder hur man hanterar, berör och tar i patienten kan vara användbart. När det gäller begreppet *bedside manner* kan det betyda på svenska att uppmuntra patienten, lugna och trösta. Då påverkar även faktorer som tonfall, attityder, kroppsspråk, öppenhet och närvaro. Sammantaget innebär begreppet bemötande aspekter om hur man tar emot en patient, ens kroppsspråk, hur man hälsar, ögonkontakt och vart man sitter, rör sig eller står i förhållande till patienten (Fossum, 2007). Synonymer på begreppet *bemötande* är i första hand *mottagande, behandling* och sedan *svar, genmäle, gendrivande, vederläggande, opposition* (Strömberg, 1998). Vid en förbättrad kommunikation med patienterna genom att ta reda på patientens förklaring och uppfattning till varför symtom uppstått och hur man kan undvika det, bli patienten mer nöjd, klagomålen vad gäller brister i bemötande och kommunikation blir färre och råd och anvisningar följs i högre grad. Det har även visat sig ha positiva effekter på personalen som blir mer nöjd med sitt jobb, stressnivå och felbedömningar minskar och därmed har man lättare att klara av ett krävande vårdyrke (Fossum, 2007).

SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad

Barbro Gustafsson som har skapat SAUK-modellen är distriktssköterska och är den första distriktssköterskan som disputerat i Sverige. Avhandlingen handlar om sväljsvårigheter och det bekräftande mötet inom vården. På Gustavssons hemsida om Sauk modellen berättar hon om sin kroniska sjukdom som ger henne sväljsvårigheter. Det har gett henne inspiration till att forska på området omvårdnad. Hon beskriver sina upplevelser och svårigheter av att leva med en kronisk sjukdom och har även egna erfarenheter av att känna sig kränkt av sjukvården. Modellen handlar om att se människan som subjekt och att ge hjälp till självhjälp (Gustavsson, 2011). SAUK står för *Sympatifas, Acceptansfas, Upplevelsemässig innebördsfas* och *Kompetensfas*. Varje fas innehåller tre stadier: en omvårdnadsprocess, en interaktiv bekräftelseprocess där vi får bevis för att vi är framgångsrika eller inte framgångsrika i relation med andra människor, och en intraaktiv bekräftelseprocess där vi får bevis på om vi lyckats eller inte lyckats i relation med oss själva. Varje stadium har specifika mål. Det övergripande omvårdnadsmålet är att stödja och stärka människans livskompetens genom stärkt jagrelation. I SAUK-modellen för bekräftande omvårdnad är människosynen humanistisk och fokus ligger på människans jagperspektiv. I SAUK-modellen är kvaliteten som utarbetas bekräftelse och går därför att utvärderas som bekräftande eller icke bekräftande. Det kräver att personalen vill vara bekräftande och ställer krav på sig själva och om det lyckas så stärker det dem. Hur den

bekräftande omvårdnaden blir beror på individen som söker vård och på vad för förutsättningar den som ger vård har (Gustafsson, 2004).

Sjuksköterskan kan möta patienter som är så sjuka och svaga att de inte kan samtala med sjuksköterskan, i dessa fall är det andra faktorer som blir viktiga i det bekräftande mötet. Då måste sjuksköterskan genom sitt kroppsspråk och sitt sätt att vara visa att hon bryr sig om patienten. I dessa situationer är patienten särskilt sårbar för sjuksköterskans beteende då är det viktigt att omvårdnaden visar på positiva attityder och god empatisk förmåga (Kristoffersen & Nortvedt, 2005). Sjuksköterskan måste ha förmågan att bekräfta och skapa en relation med patienten, det är en förutsättning för ett gott möte. Om inte patienten känner sig sedd, hörd och förstådd av sjuksköterskan ökar dennes osäkerhet. Men för att det skall kunna bli ett bekräftande möte krävs det att patienten vill ha ett ömsesidigt möte med sjuksköterskan. Det är sjuksköterskans ansvar att skapa sådana förutsättningar så att patienten känner sig trygg (Gustafsson, 2009).

Problemformulering

Många anmälningar som inkommer till patientnämnden i Västra Götalandsregionen handlar om patienter som upplevt sig fått ett dåligt bemötande av sjukvårdspersonal (Västra Götalandsregionens patientnämnd, 2011). Det behövs en ökad medvetenhet om problemet och vad det får för konsekvenser för vårdrelationen. I vår kommande yrkesroll som sjuksköterskor kommer vi varje dag att möta och bemöta nya patienter som av oss skall få ett gott bemötande. Hur kan sjuksköterskan göra för att ge patienten ett gott bemötande? Vad tycker patienten att ett gott bemötande är? Vilka är möjligheterna och svårigheterna för ett gott bemötande?

SYFTE

Syftet med denna litteraturstudie är att ta reda på möjligheter och svårigheter på vad som är ett gott patientbemötande, ur ett sjuksköterske- och patientperspektiv.

METOD

DATAINSAMLING

Sökning efter relevant litteratur till studien gjordes i databaserna PUBMED och CINAHL. I den inledande fasen användes många sökord: uncaring, caring-possibility, caring-difficultly, ethics, nursing, nurse-patient relationship, caring relationship, attitude, bedside manner, communication, meeting, trust, confirmation, treatment och hope. De många sökorden berodde på att det visade sig vara svårt att hitta relevanta synonymer till begreppet bemötande på engelska och i förlängningen användbara artiklar inom valt ämne. De sökord som tillslut skildrade det utvalda området och syftet visade sig vara: **nurse, patient, relationship, caring, trust, confirmation, suffering, comfort, perception, levels och SAUC**. Dessa sökord kombinerades på olika sätt för att se på eventuella utslag i sökresultatet. Kombinationen av sökorden

nurse-patient-relationship AND levels eller trust visade sig ge användbara resultat. Artikelsökningen påbörjades på CINAHL med sökorden nurse AND patient AND relationship. Detta gav 2994 antal träffar så ytterligare avgränsningar ansågs nödvändiga. När sökordet trust lades till, blev resultatet 200 artiklar. Efter att ha läst 4 abstracts valdes två artiklar ut till resultatet, dessa ansågs fylla de krav på kvalitet som Friberg benämner som kvalitetskriterier (Friberg, 2006). Litteratursökningen presenteras i tabell 1.

Tabell 1 Litteratursökning

| Datum | Databas | Sökord | Antal träffar | Antal lästa abstracts | Valda artiklar |
|--------------|---------|--|---------------|---|---|
| 18/1 | Cinahl | nurse AND patient AND relationship | 2994 st | 0 st | 0 st |
| 18/1 20/2 | Cinahl | nurse AND patient AND trust AND relationship. | 200 st | 4 st | Eriksson & Nilsson, 2008 Belcher, 2009 |
| 18/1 | Cinahl | nurse-patient relationship AND levels | 27 st | 4 st | Ramos, 1992 |
| 18/1 | Cinahl | nurse patient relationship | 514 st | 4 st | Halldorsdottir, 2008 |
| 18/1 | Cinahl | hospital care AND confirmation | 6 st | 1 st | Eriksson & Svedlund, 2007 |
| 9/2 | Cinahl | deeper relationship | 12 st | 1 st Beställdes på biblioteket | Breitkreuz & Bergbom, 2002 |
| 10/2 | Cinahl | perception AND caring | 25 st | 1st Fulltext, hämtades från tidskriftens hemsida | Kvåle, 2006 |
| 20/2 | Cinahl | SAUC | 8 st | 1 st | Ronsten, Andersson & Gustafsson, 2005 |
| 18/1 | Pubmed | caring, nursing, suffering, comfort Limitations: all adults, eng. | 15 st | 3 st | Fagerström, Eriksson & Engberg, 1998 |

I de fall det inte fanns fulltextversioner av artiklar, som bedömdes intressanta, gjordes även en sökning i GUNDA. En artikel beställdes därför fram, Breitkreuz & Bergbom 2002. En sekundärsökning gjordes i Halldorsdottirs (2008) litteraturförteckning. Där hittades Halldorsdottir & Hamrin (1997) som bedömdes relevant för det valda området. Den söktes upp direkt i tidskriften genom GUNDA och även Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser (2002). Denna artikel söktes upp genom Google på dess titel, Emotions, morbidity and mortality. Träffarna blev gigantiska 12 000, men som nummer två hittades den tänkta artikeln i fulltext format. I uppsatsen har två avhandlingar används i resultatdelen. Dessa hittades genom GUNDA, GUPEA under avhandlingar. Sökord som användes var ((bemötande)). Antal träffar var 25 och här valdes 1 st ut. En riktad sökning gjordes efter Linda Bergs avhandling, här användes sökorden ((vårdande relation i dagliga möten)). Här blev resultatet 59 träffar och den sökta avhandlingen som nr 4.

URVAL

Från början fanns en klar bild om det valda området. Exklusionskriterier formulerades tidigt. Detta rörde framförallt barn och kulturella skillnader. Vid sökning i databaserna blev det tydligt att denna avgränsning ytterligare behövde snävas in. Då lades även exklusionskriterierna gällande närstående och psykiskt sjuka till. Efter flera genomgångar av utvalda artiklar och en kvalitetsgranskning av dessa formulerades de slutgiltiga inkluderingskriterierna och exkluderingskriterierna. Resultatet blev att exkludera artiklar som handlade om barn, närstående, kulturella skillnader, psykiskt sjuka, palliativ vård. Kriterier för inkludering blev således: Sjuksköterskan och patientens upplevelse av möjligheter och svårigheter till ett gott bemötande inom somatisk vård. Ett annat kriterie för inkludering var att utvalda artiklar skulle vara skriven enligt gällande kriterier för godkänd kvalitet. Det vill säga, de skulle ha ett tydligt formulerat syfte, metod, resultat och diskussion (Friberg, 2006). Denna snäva begränsning gjordes för att litteraturen skulle vara hanterbar och rymma inom ramen för en kandidatuppsats. Artiklarna presenteras i bilaga 1.

DATAANALYS

Dataanalysen inleddes med att läsa abstracts för att göra en bedömning av artiklarnas relevans för det valda området. Dessa gjordes en närmare granskning av och de lästes genom flera gånger av båda författarna. Sedan gjordes en sammanfattning av innehållet i artiklarna för att göra det mer överskådligt. Teman och subteman i artiklarna identifierades, se tabell 2.

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Under arbetet med denna litteraturstudie har det strävats efter att inte göra egna tolkningar eller att övertolka resultatet i materialet. Det har även tagits hänsyn till medicinska forskningsrådets riktlinjer, som säger att man inte skall plagiera, förvränga eller framställa resultatet på det sätt som är passande för ens egen ansats. När det gäller de utvalda artiklarnas etiska förhållningsätt så har det i de flesta fall tagits hänsyn till etiska aspekter, gällande att inte röja intervjudeltagarnas identitet och ta hänsyn till deras integritet. I de fall det behövs har tillstånd från forskningsetiska kommittén inhämtats.

RESULTAT

Resultatet presenteras under följande rubriker: Sjuksköterskans perspektiv på ett gott bemötande, patientens perspektiv på ett gott bemötande, samt relationsskapande kommunikation. Efter genomgång och analys av artiklar identifierades subteman och slutligen teman. Dessa teman fick utgöra underrubriker i följande resultatbeskrivning av sjuksköterskan respektive patientens perspektiv och subteman presenteras kursiverade i resultatet. Subteman och teman presenteras i tabell 2.

Tabell 2 Subteman och teman

| | Sjuksköterske perspektivet | | Patient perspektivet | |
|--------------------|--|---------------|---|---------------|
| | <i>Subtema</i> | Tema | <i>Subtema</i> | Tema |
| Möjligheter | <i>Kommunikation</i> <i>Personlighet</i> <i>Förtroende</i> <i>Tillgänglighet</i> <i>Närhet och distans</i> | Relation | <i>Engagemang</i> <i>Respekt</i> <i>Förtroende</i> <i>Delaktighet</i> <i>Bry sig om</i> <i>Kompetens</i> <i>Närhet och distans</i> <i>Omsorgsfull sjuksköterska</i> <i>Dela känslor</i> <i>Stress och negativa känslor</i> | Relation |
| | <i>Beröring</i> <i>Delaktighet</i> <i>Information</i> <i>Kompetens</i> | Kommunikation | <i>Ta sig tid</i> <i>Samtala</i> <i>Information</i> <i>Lyssna</i> <i>Humor och glädje</i> | Kommunikation |
| | <i>Vårdtider</i> <i>Kvällspass</i> <i>Mentorskap</i> <i>Konsultation</i> | Organisation | <i>Kontinuitet</i> <i>Tillgänglighet</i> <i>Delaktighet</i> | Organisation |
| Svårigheter | <i>Auktoritet och makt</i> <i>Värderingar</i> <i>Närhet och distans</i> | Relation | <i>Tillgänglighet</i> <i>Personlig relation</i> <i>Närhet och distans</i> | Relation |
| | <i>Personlighet</i> <i>Trötthet</i> <i>Stress</i> <i>Personliga problem</i> <i>Pedagogisk kompetens</i> <i>Närhet och distans</i> <i>Metaforer</i> | Kommunikation | <i>Information</i> <i>Metaforer</i> <i>Respekt</i> <i>Envägskommunikation</i> | Kommunikation |
| | <i>Kort vårdtid</i> <i>Arbetsbelastning</i> <i>Stress</i> <i>Personaltätthet</i> <i>Kontinuitet</i> | Organisation | <i>Ansvar</i> <i>Kontinuitet</i> <i>Personlig relation</i> <i>Tillgänglighet</i> <i>Fokus</i> <i>Flexibilitet</i> <i>Väntetider</i> | Organisation |

SJUKSKÖTERSANS PERSPEKTIV PÅ ETT GOTT BEMÖTANDE

Möjligheter

Relation

Det är viktigt att sjuksköterskan tar sig tid att *samtala* med patienten och *lyssnar* på deras problem, det tar tid att lära känna patienten och det är en förutsättning för att skapa en relation (Belcher, 2009). Sjuksköterskan måste vara medveten om hur hon framträder både *verbalt* och *icke verbalt*, för att kunna skapa en *förtroendefull* relation med patienten (Eriksson & Nilsson, 2008). I Belcher (2009) med nyexaminerade sjuksköterskor framkommer det att *personligheten* hos patienten och sjuksköterskan spelar en stor roll för skapandet av en *förtroendefull* relation. Nyckeln enligt artikeln till att skapa *förtroende* är att sjuksköterskan och patienterna känner sig bekväma med varandra först. När sjuksköterskan får en *förtroendefull* relation med patienten leder det till jobbtillfredsställelse. Det skapar också självförtroende att de har förmåga att vara sjuksköterskor. Det är viktigt att patienten känner att sjuksköterskan är *tillgänglig* för honom, att han känner sig betydelsefull och att sjuksköterskan är där för honom (Eriksson & Nilsson, 2008). Enligt Bergh (2002) skapas *närheten* till patienten av sjuksköterskans förhållningssätt i mötet med patienten. En medveten hållning mellan *närhet* och *distans* är nödvändig eftersom olika patienter har olika behov (Bergh, 2002). I Ramos (1992) beskriver sjuksköterskor att de kan ha en djup kontakt med patienten men ändå *distans*, en balans mellan *närhet* och *distans*. *Distansen* till patienten används för att kunna upprätthålla en positiv attityd. När sjuksköterskan upplever frustration leder det till en vilja att skapa en vårdande relation med patienten (Berg, 2006).

Kommunikation

Eriksson & Nilsson (2008) upptäckte att när sjuksköterskor *rör* vid patienter kan det ha en lugnande effekt. Detta var sjuksköterskorna inte medvetna om. I Belcher (2009) beskrivs det att kommunikation, som innebär att sjuksköterskan *lyssnar*, *involverar* patienten och *förklarar* vad hon gör underlättar för att kunna skapa en relation. Hur sjuksköterskan framför *information* har betydelse för att skapa en förtroendefull relation. Sjuksköterskan behöver ha pedagogisk *kompetens* och veta hur mycket *information* hon kan ge patienten, det är inte alltid lämpligt att ge all *information* på en gång. Det är viktigt att sjuksköterskan kan tala med patienten på den nivå där han är och för att kunna ta reda på det krävs det tillräckligt med tid. Dialog och samtal används för att komma nära patienten och för att försäkra sig om att patienten *deltar*. Sjuksköterskorna tycker det är viktigt att patienterna känner sig välkomna och betydelsefulla. De försöker därför skapa en lugn miljö där de inte blir avbrutna. Sjuksköterskan skall vara trovärdig för att skapa en förtroendefull relation, det innebär att vara *påläst* och *uppdaterad* när patienten kommer och att sjuksköterskan har *kunskap* och är professionell. Sjuksköterskan måste kunna kommunicera med respekt för patienten, detta är sjuksköterskorna i studien medvetna om. Även vikten av känslighet, medmänsklighet och att kunna se helheten är betydelsefullt (Eriksson & Nilsson, 2008).

Organisation

Vid *längre vårdtider* är det lättare att skapa en förtroendefull relation. Även när sjuksköterskan arbetar på *kvällstid* kan det underlätta för att skapa en förtroendefull relation, då arbetstempot är lugnare och risken att bli avbruten mindre (Bergh, 2002). Ronsten, Andersson, & Gustafsson (2005) har använt SAUK-modellen för bekräftande *mentorskap*. Detta för att utvärdera hur nyexaminerade sjuksköterskor ser på sig själva och sin utveckling när de haft en mentor. *Mentorskapet* gav de nya sjuksköterskorna en känsla av trygghet när de skulle lära sig sin professionella roll i patientsituationer. De nya sjuksköterskorna tycker att de har blivit bättre på att reflektera och förstå patientens situation. Att reflektera gör det lättare att förstå och fatta beslut. *Mentorskapet* har hjälpt dem att se patienten som en individ. De har större självförtroende och säkerhet när de utför sina arbetsuppgifter. Enligt Belcher (2009) tycker de nyexaminerade sjuksköterskorna att det är positivt med stöd från en mentor, det ökar deras självförtroende och kunskap. Det hjälper dem även att skapa en förtroendefull relation med patienterna. Det framkom också att några deltagare i studien tror att patientens förtroende för sjuksköterskan ökar när sjuksköterskan *rådfrågar* en mer erfaren sjuksköterska om saker som de är osäkra på.

Svårigheter

Relation

Sjuksköterskor beskriver i Ramos (1992) hur de har använt sin kunskap och professionella *auktoritet* när patienten inte samtycker till vård och behandling. När sjuksköterskorna använder sin *makt* förhindrar det en god relation till patienten även om intentionerna är goda. Det är viktigt att sjuksköterskan inte lägger in egna *värderingar* när hon pratar med patienten, det leder inte till en förtroendefull relation (Eriksson & Nilsson, 2008) Sjuksköterskor beskriver att de blir känslomässigt hämmade när de inte kan sätta sina känslor åt sidan och då är de inte produktiva (Ramos, 1992). Ibland kan *distansen* vara svår att behålla och sjuksköterskan blir mer känslomässigt engagerad än hon borde bli. Då är teamsamarbetet viktig och att personalen stöttar varandra och arbetar på samma sätt runt patienten (Bergh, 2002). När sjuksköterskan inte lyckas skapa en relation och förtroende med patienten känner hon att hon inte utför sitt jobb bra. När hon inte lyckas skapa förtroende *distanserar* hon sig från patienten för att situationen känns obekvämt (Belcher, 2009). Det är viktigt att sjuksköterskan kan hålla *distans* till patienten så inte relationen blir för nära, då kan sjuksköterskan känna att patientens uteblivna framgångar blir hennes egna (Bergh, 2002). Sjuksköterskor beskriver att om de får en för vänskaplig relation till patienten är det inte till förmån för honom. Det är då svårt för sjuksköterskan att vara professionell och fatta rätt beslut (Ramos, 1992).

Kommunikation

Om Sjuksköterskan och patienten har *personligheter* som skiljer sig åt kan det göra att kommunikationen inte fungerar. Detta kan leda till att patienten får bristfällig information eller inte förmår ta emot den. Om sjuksköterskan är *trött*, *stressad* eller har *personliga problem* kan möjligheterna till kommunikation med patienten påverkas eller försvåras. Det är viktigt att sjuksköterskan talar *till patienten så att han förstår*, inte använder medicinska termer eller på annat sätt gör så att patienten inte förstår vad som händer (Belcher, 2009). När sjuksköterskan identifierar sig med patienten eller en

närstående kan *distansen* bli svår att hålla. Detta kan göra så att bemötandet inte blir professionellt och att patienten blir undanhållen eller inte blir tillräckligt informerad (Bergh, 2002). Om sjuksköterskan fångar upp patientens budskap när han uttrycker sig genom metaforer, kan det bidra till en fortsatt kommunikation (Breitkreuz & Bergbom, 2002).

Organisation

Sjuksköterskan upplever maktlöshet över vårdens organisation, vilket begränsar hennes engagemang i patienten. De *korta vårdtiderna* leder till att sjuksköterskan har liten möjlighet att engagera sig i patienterna, det krävs att sjuksköterskorna är effektiva i de korta mötena. I resultatet framkommer det att den vårdande relationen med patienterna därför är svår för sjuksköterskan att uppnå. Sjuksköterskan försöker göra det möjligt för vårdande möten med patienten men hög *arbetsbelastning* gör det besvärligt (Berg, 2006). Sjuksköterskorna i den här studien är medvetna om att de kunde sända ut signaler om att de är *stressade* när de har hög *arbetsbelastning* och ont om tid. Det är viktigt att vårdorganisationen har *tillräckligt många* sjuksköterskor så att de kan följa upp patienterna (Eriksson & Nilsson, 2008). *Kontinuitet* är viktigt speciellt när det rör äldre patienter, detta för att undvika förvirringstillstånd. Bergh (2002) menar att en god *kontinuitet* ger patienten en känsla av att bli bekräftad. Svårigheter för att skapa *kontinuitet* är organisatoriska och ofta en ledarskapsfråga. Faktorer som påverkar är scheman, *korta vårdtider*, personalomsättning, ledigheter och byten av arbetspass.

PATIENTENS PERSPEKTIV PÅ ETT GOTT BEMÖTANDE

Möjligheter

Relation

I Bergs (2006) studie fungerar samarbetet mellan sjuksköterska och patient för att båda vill vara *engagerade*, de behandlar varandra med *respekt* och har *förtroende* för varandra. *Gemensamt* identifierar de patientens behov. Patienterna upplever frustration som leder till en vilja att skapa en vårdande relation med sjuksköterskan. För att patienten skall kunna lita på och ha en trygg relation med sjuksköterskan måste patienten känna att sjuksköterskan genuint *bryr sig om* honom som människa och patient. För att kunna skapa en vårdande relation måste sjuksköterskan ha en hög *kompetens* och vara bra på att etablera relationer (Berg, 2006). Det är önskvärt att sjuksköterskan är *kompetent*, har kunskaper och erfarenheter inom sitt område och hon bör ha förmågan att skapa relationer. Relationen mellan sjuksköterska och patient är en balansgång mellan *närhet och distans*, den får inte bli för djup och personlig, då kan patienten uppleva sjuksköterskan som oprofessionell. Relationen skall kännas professionell, bygga på *respekt* och medkänsla. Den livgivande sjuksköterske-patientrelation ger patienten känslor av välbefinnande och hälsa (Halldorsdottir, 2008).

Patienterna i Kvåle (2006) känner sig nöjda med vården på avdelningen men vissa sjuksköterskor får de extra god kontakt med. Dessa sjuksköterskor kallas för de *omsorgsfulla sjuksköterskorna* och det är dessa som patienterna vill ha en vårdrelation med. De *omsorgsfulla sjuksköterskorna* ser dem och visar intresse för patienterna som

unika individer. Detta leder till en känsla av att någon *bryr sig om* och i förlängning en god omvårdnad. De visar intresse för patientens liv och närstående även utanför sjukdom och behandling.

Sjuksköterskor som är vårdande, *kompetenta* och visar *engagemang, respekt* och ett genuint intresse för patienten som person leder till att patienten känner att han får kontakt med sjuksköterskan på ett bekvämt sätt, med en god balans mellan *närhet och distans*. När patienterna blivit professionellt vårdade blir resultatet *förtroende* och kontakt med sjuksköterskan som leder till bättre självbild, känsla av säkerhet, välbefinnande, att vara accepterad och en känsla av att läka (Halldursdóttir & Hamrin, 1997). Det är viktigt för patienten att kunna *delat känslor* med sjuksköterskan, både positiva och negativa (Halldursdóttir, 2008). De sjuksköterskor som upplevs som vårdande har ett öppet sätt och en ljus inställning till livet (Halldursdóttir & Hamrin, 1997). Alla patienter uttrycker att de behöver känna *förtroende* för sjuksköterskans kompetens (Fagerström, Eriksson, & Engberg, 1998). Goda relationer som leder till *minskad stress* och *negativa känslor* kan leda till att produktionen av Cytokiner som ger inflammatoriska processer i kroppen dämpas eller motverkas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002).

Kommunikation

Patienterna uppmärksammar när sjuksköterskan har mycket att göra, de har förståelse för det och värjer sig för att störa. De uppskattar att sjuksköterskan själv initierar och *tar sig tid* till att sätta sig ner och *samtala*, ger *information* och förklarar. Då känner patienten att hon bryr sig om honom (Kvåle, 2006). Patienter uttrycker att den sjuksköterska som sätter sig ner och *lyssnar* på vad de säger och vad de vill bekräfta patienten. (Bergh, 2002). Patienterna uttrycker att de uppskattar att sjuksköterskan *ler* och har *humor*. *God information* anses av patienterna som viktigt (Kvåle, 2006).

Organisation

När det finns *kontinuitet* och patienten känner att sjuksköterskan är *tillgänglig* stärks patientens upplevelse av hälsa (Berg, 2006). *Kontinuitet* beskrivs som en förutsättning för att kunna skapa en förtroendefull relation (Eriksson & Nilsson, 2008). I möjligaste mån skall sjuksköterskan se till att patienten får vara *delaktig* i sin vård och påverka beslut som tas om vård och behandling (Bergh, 2002).

Svårigheter

Relation

Patienten upplever maktlöshet när han *inte kan träffa* den sjuksköterska som han har en personlig relation till. Patienter har en relation med all personal men för att känna sig trygg vill patienten ha en *personlig relation*. När patienten inte har en *personlig relation* till sjuksköterskan upplever han sig sårbar, inte delaktig, bekräftad och sedd (Berg, 2006). Att inte bli bekräftad i vården leder till känslor av frustration, maktlöshet och utmattning (Eriksson & Svedlund, 2007). Vissa patienter uttrycker en rädsla för att komma sjuksköterskan för känslomässigt *nära*, en patient vill inte göra sjuksköterskan ledsen då patienten vet om att han snart skall dö (Kvåle, 2006).

Kommunikation

De patienter som är missnöjda med bemötandet de får uttrycker att de saknar vägledning och *information* om kost, läkemedel och omvårdnadsplaner. Dessa patienter upplever illabefinnande, smärta, ångest, oro och osäkerhet. Det leder även till behov av förtroende, trygghet, vägledning och att prata med någon (Fagerström, Eriksson, & Engberg, 1998). Patienten kan använda sig av *metaforer* i samtal med sjuksköterskan när han vill förmedla ett budskap eller en känsla. Det kan handla om en strävan att bli accepterad eller förlåten utan att behöva blottlägga sig och känna sig sårbar (Breitkreuz & Bergbom, 2002). Patienterna beskriver att de inte upplever sig *tagna på allvar* och att de känner sig missförstådda. De känner att vårdgivarna inte är intresserade av att höra deras historia, det finns ingen som lyssnar. *Informationen* de får upplevs ofta svår att förstå (Eriksson & Svedlund, 2007).

Organisation

Att bli skickad mellan olika vårdgivare och behöva berätta sin sjukdomshistoria gång på gång, ses av patienterna som att ingen vill ta *ansvar* (Eriksson & Svedlund, 2007). Patienterna uttrycker att brist på *kontinuitet* leder till att de inte känner trygghet, de saknar en *personlig relation* med sjuksköterskan och upplever därför att vården är *svårtillgänglig* (Berg, 2006). De patienter som inte är nöjda med bemötandet de får av sjuksköterskorna tycker det är en brist i vårdkulturen som *fokuserar på symtom, sjukdom och behandling*. Dessa patienter önskar att sjuksköterskorna frågar dem om andra saker än symtom och visar mer intresse för dem som människor bakom symtomen. Patienterna känner sig inte sedda och förstådda de fick många gånger lida ensamma, särskilt på natten. De behöver en sjuksköterska som kan se bakom symtomen och skapa en djupare mänsklig relation (Fagerström, Eriksson, & Engberg, 1998). Patienterna i studien upplever organisationen som *icke flexibel, långa väntetider* och de beskriver det som svårt att veta vem de skall *vända sig till* (Eriksson & Svedlund, 2007).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna valde att göra en litteraturstudie om sjuksköterskan och patientens upplevelse av möjligheter och svårigheter, när det gäller bemötande inom somatisk vård. För att skapa en djupare förståelse och därigenom få en helhetsbild av fenomenet bemötande och dess förutsättningar, ansågs litteraturstudie vara en lämplig metodansats. Meningen med studien var att den skulle leda till värdefull kunskap inför vårt yrkesverksamma liv som sjuksköterskor. Den inledande fasen av artikelsökningen försvårades av det faktum att begreppet bemötande är svårt att översätta till engelska utan att sättas in i ett sammanhang. Möjligt är att vi fått ett annat resultat om andra sökord använts eller om befintliga kombinerats på andra sätt. Subteman och teman växte på ett naturligt sätt fram under arbetet med resultatet. När det gäller tidigare forskning på ämnet finns det mycket publicerats, svårigheten har varit att hitta relevant material. Svagheter med en litteraturoversikt kan vara att utvalda artiklar redan tolkats av andra författare och vi i vår tur har tolkat med vår ansats. Denna litteraturstudie belyser både patient och sjuksköterskeperspektivet, för att få en helhetsbild och se fenomenet från båda perspektiven. Istället valdes andra perspektiv bort så som

närstående, barn, psykisk sjukdom, palliativ vård mm. Vi är medvetna om att detta kan medverka till att området inte blir tillräckligt djupt utforskat, Vi har i uppsatsen försökt ha en humanistiskt och sociokulturell människosyn, genom att ha en helhetssyn på alla människor som unika individer.

RESULTATDISKUSSION

Resultatet visar att om patienten skall känna sig gott bemött, krävs det att sjuksköterskan och patienten har skapat en relation tillsammans. För att en trygg och förtroendefull relation skall kunna skapas är det en förutsättning att patienten känner att sjuksköterskan bryr sig om honom (Halldorsdottir, 2008). Enligt Travelbee (1971) måste både sjuksköterskan och patienten vilja mötas, det är sjuksköterskans uppgift att skapa en människa till människa relation och att hjälpa patienten att finna mening i sitt lidande. Kommunikationen fungerar inte om sjuksköterskan ser patienten som en sjukdom eller diagnos (Eriksson, 2000 & Kvåle, 2006). Eriksson skriver vidare att man måste ha skapat en relation med patienten för att kunna se honom som en medmänniska, det är i relationen som patienten får möjlighet att uttrycka svårigheter, behov och begär. En förutsättning för att skapa en vårdrelation är att det finns kontinuitet (Eriksson, 2000 och Eriksson & Nilsson, 2008). Patienten behöver åtminstone en djup och nära relation för att känna sig trygg och för att detta skall uppnås krävs kontinuitet (Berg, 2006). Studien har gjort författarna medvetna om hur viktigt patienten tycker det är med en personlig relation, för att kunna känna sig trygg och därigenom gott bemött. Det är värdefullt för båda parter att sjuksköterskor utnyttjar möjligheten som finns med att ha egna patienter, att ta på sig ansvaret och vara patient ansvarig sjuksköterska. Då visar sjuksköterskan att hon vill skapa en relation med patienten och är beredd att informera och svara på de frågor som kan komma upp.

Även det faktum att kontinuitet i mötena mellan sjuksköterskan och patienten är en nödvändighet för patientens känsla av trygghet. Som organisationen ser ut idag är det svårt för sjukvårdspersonalen att erbjuda den kontinuitet som patienterna efterfrågar. Det är önskvärt att vid schemaläggning och byten av arbetspass försöka eftersträva viss kontinuitet.

Författarna har blivit uppmärksamma på att det främst inte är det som rör det medicinska och patofysiologiska som patienterna efterfrågar i första hand av sjuksköterskorna. Det patienterna tycker är betydelsefullt är att sjuksköterskan har förmågan att bry sig om och att se individen bakom symtom, diagnos och behandling.

SAUK modellen är en metod som kan användas för att kvalitetssäkra sitt bemötande mot patienten på ett sätt som är bekräftande. Detta gör att bemötandet går att mäta och bedömas. Sauk modellen kan även användas inom andra områden såsom i Ronsten (2005). Författarna tycker att SAUK modellen är intressant och att det är bra att bekräftelse går att utvärdera. Nackdelen är att modellen är svår att sätta sig in i och det krävs mycket tid. Att bekräfta en människa vare sig det är en patient, närstående eller en nyexaminerad sjuksköterska, gör att personen får möjlighet att utvecklas på bästa sätt. Alla har olika förutsättningar, därför är det viktigt att sätta upp individuella mål som är rimliga. I början av en process behöver personen mycket stöttning för att senare kunna klara sig mer självständigt och utvärdera och bekräfta sig själv. Att lära sig att reflektera är viktigt för den personliga utvecklingen och att ha en realistisk bild

av sig själv gör att man inte sätter upp orealistiska mål. Det hade varit värdefullt om alla nyexaminerade sjuksköterskor kunde få tillgång till en mentor på sin arbetsplats.

Enligt Jakobsson (2007) kan upplevelsen av att känna sig dåligt bemött bero på många olika faktorer. Att patienten inte känner att han blir lyssnad på, inte får svar på sina frågor, dålig kontinuitet, inte blir behandlad som en individ och stressad personal är några. I studien påpekas att hög arbetsbelastning och stress kan göra så att sjukvårdspersonalen distanserar sig från patienten vilket leder till att en vårdrelation blir svår att skapa. Detta leder i sin tur till att patienten känner sig dåligt bemött. Att sjuksköterskor upplever att de har så mycket att göra så de inte hinner lyssna på patienterna eller behandla dem som individer är ett misslyckande för sjukvården. Det måste finnas tid till att informera, lyssna och göra patienten delaktig. När man väljer att arbeta som sjuksköterska tycker författarna att det är lämpligt att man genuint bryr sig om människor och har en vilja att hjälpa människor. Alla patienter har rätt att känna sig gott bemötta när de sårbara och befinner sig i beroendesituation så som när de är i behov av sjukvård.

Artiklarnas resultat överensstämmer i stora drag med varandra och stärker därmed resultatet. Vissa artiklar kommer med nya infallsvinklar på vad som är viktigt för att kunna ge patienten ett gott bemötande. I Kiecolt, McGuire, Robles, & Glaser (2002) artikel påstås det att goda relationer motverkar och dämpar inflammatoriska processer i kroppen. Detta tycker författarna är väldigt intressant och bör komma fram tydligare under utbildning av sjukvårdspersonal, detta kan leda till att sjukvårdspersonalen inser vilken kraft det ligger i att ge patienten i alla fall en djupare vårdrelation så som det framkommer i Berg (2006). I en artikel av Breitzkreuz & Bergbom (2002) redovisas att patienter kan använda sig av metaforer i samtal med sjuksköterskan. Detta för att inte behöva visa sig sårbar vid samtal gällande personliga känslor och tankar. Det är viktigt att sjuksköterskor är medvetna om och reflekterar över att det kan ligga allvar bakom påståenden som framstår som skämtsamma.

Resultatet visar att mycket finns kvar att göra på området bemötande inom sjukvården trots att medvetenheten och riktlinjer utvecklats. Kvåle (2006) menar att patienten skulle vara hjälpt av att själv få välja sin ansvariga sjuksköterska (PAS). Patienten efterfrågar den omsorgsfulla sjuksköterskan som bryr sig om honom, hon ger honom en trygghetskänsla (Kvåle, 2006). I praktiken kan detta vara svårt att genomföra på grund av organisatoriska faktorer, så som scheman, personalomsättning och rutiner. Det är dock viktigt att ta med patientperspektivet vid verksamhetsplaneringen. Om patienten känner att han har möjlighet att påverka och vara delaktig i de beslut som fattas leder till en känsla av trygghet. Mentorskap åt alla nyexaminerade sjuksköterskor och nyanställda kan stärka dem i sin yrkesroll. Om sjuksköterskan har en erfaren sjuksköterska att rådfråga när hon är osäker leder till att patienten känner förtroende för sjuksköterskan (Ronsten, Andersson, & Gustafsson, 2005).

Lite förvånade är författarna till det faktum att det inte framkommer från patienternas perspektiv, något om betydelsen av sjuksköterskans yttre framtoning. Vi trodde att detta skulle kunna vara en faktor som kunde påverka områden som relationsbildning, förtroende, trygghet och bemötande.

I Halldorsdottir (2008) presenteras en modell över hur sjuksköterskan och patienten tillsammans bygger en bro för en relationsskapande kommunikation i dess olika faser. Här symboliserar vattnet under bron den nödvändiga balansen mellan närhet och distans i relationen.

- Sjuksköterskan eller patienten tar initiativ till kontakt, nu är det avgörande att den andra svarar på närmandet, för att en relation skall kunna utvecklas. Sjuksköterskan ställer frågor och lyssnar på patientens svar.
- Relationen är nu mer personlig. Sjuksköterskan och patienten ser varandra som personer, dock utelämnas något av ens egna personliga liv som inte tillhör sjukdom och arbete.
- Nu bekräftas relationen genom att sjuksköterskan och patienten blir ännu mer personliga genom ögonkontakt, kroppsspråk, tonfall och genom de frågor som ställs. Detta leder till att patienten känner sig speciell.
- I detta stadie känner sig patienten trygg i relationen, han kan vara mer öppen om sina besvär och hur han känner. Patienten delar med sig av sina teorier om symtom och sjuksköterskan är beredd att hjälpa till med personliga situationer och får patienten att känna sig bekväm.
- Patienten känner nu att sjuksköterskan står på hans sida, detta har uppnåtts genom sympati och att de båda har utelämnat sig i relationen. Patienten känner sig jämlik och som en normal person, han känner sig inte ensam, annorlunda och sårbar.
- I det sista steget samarbetar sjuksköterskan och patienten, de känner varandra och de har utvecklat en relation och sjuksköterskan förstår patientens värld. Tillsammans arbetar de för att öka patientens välbefinnande och tillfrisknande (Halldorsdottir, 2008).

Mycket av Halldorsdottirs relationsskapande bro går att knyta an till Travelbee (1971) och hennes omvårdnadsteori. Att sjuksköterskan lyssnar på patienten och ser patienten som en individ och inte enbart som en patient. När sjuksköterskan och patienten kommunicerar gör de det inte enbart med det de säger utan även genom sättet att vara, tonfall och gester här har Travelbee (1971) och Halldorsdottir (2008) samma beröringspunkter. Travelbee (1971) skriver också att omvårdnaden är en process som ständigt pågår mellan sjuksköterska och patient. Även i författarnas övriga resultat framgår det att patienterna önskar sjuksköterskor som ser dem som individer. Vi tycker det är spännande att teori och resultat överensstämmer med varandra, det visar att människor har ett stort behov av att bli sedda och bekräftade.

I den sista fasen har relationen mellan sjuksköterskan och patienten utvecklats att bli, som Halldorsdottir beskriver: *"The lifegiving relationship"*. Denna relation är synnerligen värdefull för patienten och sjuksköterskan i den gemensamma strävan mot patientens välbefinnande och hälsa. Patienterna beskriver i Halldorsdottir (2008) *"The lifegiving nurse"* och i Kvåle (2006) använder patienterna begreppet *"Den omsorgsfulle sykepleier"*. Detta tolkar författarna som en beskrivning av en egenskap, vissa sjuksköterskor erhåller och utstrålar. Det är fascinerande att läsa om när patienterna berättar om och beskriver dessa fantastiska sjuksköterskor som skänker hopp, trygghet och förtroende i vårdrelationen. Att som sjuksköterska vara medveten om den kraft patienten får i en *"lifegiving relationship"* och av en *"lifegiving nurse"* är kunskap som är otroligt värdefullt i ens strävan att utvecklas till en god sjuksköterska. Detta tycker författarna är väldigt intressant och en källa till vidare forskning. Det är betydelsefullt att sjuksköterskor tänker på att det inte är i första hand medicintekniska färdigheter som patienterna efterfrågar, utan en sjuksköterska som utstrålar värme, engagemang och som bjuder på sig själv.

Konklusion

Vår litteraturstudie visar hur viktigt det är att patienten känner sig gott bemött för att kunna skapa en sjuksköterske-patientrelation. En god relation leder till att patienten känner trygghet och förtroende för sjuksköterskan. Det har även blivit uppenbart att patienterna anser det speciellt viktigt med en djup och nära relation med sjuksköterskan, samtidigt säger både sjuksköterskan och patienten att det är viktigt att det finns en balans i vårdförhållandet mellan närhet och distans. En god patientrelation leder till att sjuksköterskan känner att hon är nöjd med sin arbetsinsats.

Trots att denna litteraturstudie belyser området bemötande inom somatisk sjukvård, anser författarna att resultatet är tillämpningsbart i alla vårdformer där sjuksköterskan möter patienter.

REFERENSER

- Andersson, I. (1997). Synen på miljön, *Florence Nightingale- en granskning i nutida perspektiv* (ss. 55-65). Stockholm: Vårdförbundet.
- Belcher, M. (2009). Graduate nurses' experiences of developing trust in the nurse-patient relationship. *Contemporary Nurse*, 142-152.
- Berg, L. (2006). Vårdande relation i dagliga möten. *Vårdande relation i dagliga möten. En studie av samspelet mellan patienter med långvarig sjukdom*. Göteborg, Västra Götalands län, Sverige: Sahlgrenska Akademin, Göteborgs universitet.
- Bergh, M. (2002). Medvetenhet om bemötande. *Medvetenhet om bemötande. En studie om sjuksköterskans pedagogiska funktion och kompetens i närståendeundervisning*. Göteborg, Västra Götalands län, Sverige: Acta universitatis Gothoburgensis.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och omvårdnad*. Stockholm: Liber.
- Breitkreuz, A-C. & Bergbom, I. (2002). Metaphors, A Possibility for Caring and a Deeper Relationship to the patient. *International journal of human caring*, 48-54.
- Eriksson, I. & Nilsson, K. (2008). Perconditions needed for establishing a trusting relationship during health counselling- an interview study. *Journal of clinical nursing*, 2352-2359.
- Eriksson, K. (2000). *Vårdprocessen*. Stockholm: Liber.
- Eriksson, U. & Svedlund, M. (2007). Struggling for confirmation- patient's experiences of dissatisfaction with hospital care. *Journal of clinical nursing*, 438-446.
- Fagerström, L. Eriksson, K. & Engberg, I. B. (1998). The patient's perceived caring needs as a message of suffering. *Journal of advanced nursing*, 978-987.
- Fossum, B. (2007). *Kommunikation, samtal och bemötande*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats*. Borås: Studentlitteratur.
- Gustafsson, B. (2009). Kvalitetsindikatorer för bekräftande möte av patienter. I Svensk Sjuksköterskeförening, *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad* (ss. 70-82). Stockholm: Gothia Förlag.
- Gustavsson, B. (2004). *Bekräftande omvårdnad: SAUK-modellen för vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Gustavsson, B. SAUK Bekräftande Omvårdnad. Hämtad från <http://www.sauk.nu/sv/aboutbarbro.shtml> den 6 April 2011
- Hagemann, E. (1953). *Sykepleie-skolens etikk*. Oslo: H. Aschehoug & co.
- Halldorsdottir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 643-652.
- Halldorsdottir, S. & Hamrin, E. (1997). Caring and Uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer nursing*, 120-128.
- Jakobsson, U. (2007). Möten och bemötande i hälso-och sjukvården. *Socialmedicinsk tidskrift*, ss. 541-548.
- Johansson, I. & Gullberg, M. (1997). Från Nightingales etik till dagens etiska koder. i E. Hamrin, *Florence Nightingale- en granskning i nutida perspektiv* (ss. 65-75). Stockholm: Vårdförbundet.

- Kiecolt-Glaser, J. K. McGuire, L. Robles, T. F. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity and mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual reviews psychological*, 83-107.
- Kristoffersen, N. J. & Nortvedt, P. (2005). Relationen mellan sjuksköterska och patient. i N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, & E.-A. Skaug, *Grundläggande omvårdnad* (ss. 138-171). Stockholm: Liber.
- Kvåle, K. (2006). Den omsorgsfulle sykepleier- slik patienter ser det. *Vård i norden*, 15-19.
- Ramos, M. C. (1992). The nurse-patient relationship: theme and variations. *Journal of advanced nursing*, 496-506.
- Ronsten, B., Andersson, E., & Gustafsson, B. (2005). Confirming mentorship. *Journal of nursing management*, 312-321.
- Sveriges kommuner och landsting. (2010). *Vårdbarometern, befolkningens syn på hälso- och sjukvården, 2009*. Hämtat från vregionen.se: <http://www.vregion.se/upload/Regionkanslierna/hsskansli/Analys/Rapporter/2010/V%c3%a5rdbarometern%20%c3%85rsrapport%202009%20VGR.pdf> den 27 Januari 2011
- Socialstyrelsen.(2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerade sjuksköterskor*. Hämtat från Socialstyrelsen: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf den 27 Januari 2011
- Socialstyrelsen. SOSFS 2005:12. (2005). *Socialstyrelsen. Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso-och sjukvården*. Hämtat från socialstyrelsen-webbplats: http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2005-12/Documents/2005_12.pdf den 27 01 2011
- Svensk sjuksköterske förening. (2000). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtat från www.swenurse.se. den 21 01 2011
- Söderhamn, O. (1997). *Florence Nightingale- en granskning i nutida perspektiv* (ss. 15-27). Stockholm: Vårdförbundet.
- Travelbee, J. (1971). *Interpersonal aspects of nursing*. Philadelphia: F.A. DAVIS COMPANY.

