

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

I VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2008:93

**Patientintegritet.**  
En litteraturstudie om patienters upplevelser.

David Blaugrund  
Patricia Kenja



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Patientintegritet. En litteraturstudie om patienters upplevelser.

Författare: David Blaugrund, Patricia Kenja

Ämne: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad

Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng

Kurs: SSK 26

Handledare: Maria Henricson

Examinator: Britt-Marie Lindblad

## Sammanfattning

*Bakgrund, problemformulering:* Intresset för patientintegritet har uppstått under arbete i vården. Hur har patientintegritet hanterats, hur avdelningar och vi själva handlat? Var det rätt eller fel? Integritet är ett komplext begrepp, som framhävs i sjukvården från olika håll; lagar, föreskrifter och omvårdnadsteoretiska visioner. De olika parterna i sjukvården kan ha sina olika uppfattningar om och förhålla sig olika till integritet och till vad som krävs för att beakta/värna om/tillfredsställa patientens integritet. För att inte riskera att trampa på patienten, som ju är "huvudpersonen", är det viktigt att veta hur just patienten upplever integritet. *Syfte:* Att beskriva patientens upplevelse av integritet i vården. *Metod:* Litteraturstudie grundat på sju vårdvetenskapliga artiklar. Artiklarna valdes och analyserades med Evans syntes process metod (Evans, 2003) och Fribergs beskrivning av denna modell (Friberg, 2006) som grund. Artiklarna söktes i databaser via biblioteket vid Högskolan i Borås. Artiklarna valdes ur följande databaser: Blackwell Synergy, fyra artiklar CINAHL, tre artiklar. Sökorden som användes var: Integrity, Patient Integrity, Nursing, Caring, Dignity, Experience och kombinationer av dessa. *Resultat:* Resultatet fördelades i två teman med fyra underteman var: Tema 1: Att bli bekräftad som människa med underteman avskildhet, individuella behov, självkänsla och kommunikationsklimat. Tema 2: Att få vara delaktig, underteman förtroende, samarbete, beroende och medkänsla. *Diskussion:* Samstämmigheten i resultaten var stor, fast med så begränsat material är det inte läge att dra några långtgående slutsatser. Dock bör resultatet vara användbart och framför allt tänkvärt. Sjuksköterskan har stort ansvar och bör våga förlita sig på sina kunskaper och sin professionalitet.

Nyckelord: Patientintegritet, Integritet, Respekt, Upplevelse, Förhållningssätt, Omvårdnad, Vårdrelation.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>2</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
<b>Sjukvård och integritet</b>	<b>2</b>
Teori	3
Forskning om begreppet	4
Praktik	4
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>4</b>
<b>SYFTE</b>	<b>5</b>
<b>METOD</b>	<b>5</b>
<b>Datainsamling</b>	<b>5</b>
<b>Dataanalys</b>	<b>6</b>
Teman och underteman	6
<b>RESULTAT</b>	<b>6</b>
<b>Att bli bekräftad som människa</b>	<b>6</b>
Avskildhet	7
Individuella behov	7
Självkänsla	8
Kommunikationsklimat	8
<b>Att få vara delaktig</b>	<b>9</b>
Förtroende	9
Samarbete	10
Beroende	10
Medkänsla	10
<b>DISKUSSION</b>	<b>11</b>
<b>Metoddiskussion</b>	<b>11</b>
<b>Resultatdiskussion</b>	<b>12</b>
<b>Reflektioner och slutsatser</b>	<b>13</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>14</b>

**Bilaga 1** \_\_\_\_\_ *Översikt av analyserad litteratur (artiklar, rapporter m.m.)*

## INLEDNING

Begreppet integritet har berörts i flera sammanhang under vår sjuksköterskeutbildning, och vi har funnit begreppet mångfasetterat och inte helt enkelt att förstå. Vi har båda, i samband med vårdarbete i somatisk slutenvård, i olika situationer funderat över etiskt handlande, hänsyn, patienten i centrum och så vidare. Hur gjorde de på avdelningen? Hur gjorde vi, vad hade vi velat göra, vad är rätt eller fel?

På en föreläsning berättade föreläsaren om sin forskning kring taktil beröring på intensivvårdsavdelning. Hon berättade, bland annat, att en sjuksköterska hade sagt att man inte kunde ge taktil beröring till medvetlösa patienter då detta skulle vara integritetskränkande, eftersom patienterna inte gett sitt samtycke. Detta väckte ytterligare frågor hos oss och vi ville titta närmare på hur patienter upplever integritet och bestämde oss för integritet som uppsatsämne.

## BAKGRUND

### Sjukvård och integritet

Hälso- och sjukvårdslagens andra paragraf stipulerar att vård, bland annat, skall beakta patienternas självbestämmande och integritet (1982:763; HSL). Grundat på lagtexten ger Socialstyrelsen allmänna råd om att omvårdnadens alla aspekter bedrivs så att, bland annat, patienternas säkerhet och integritet tillfredsställs (SOSFS 1993: 17). I dessa texter framgår dock ingen definition av integritet och de ger heller inga anvisningar om hur detta skall ske.

Statens medicinsk-etiska råd (1992) har i en referensbok gett en viss fingervisning i ämnet. Det framgår ur boken att lagtexten kan tolkas så att integritet jämföras med mänsklig värdighet och att alla, oavsett omständigheterna, har integritet och rätt att få sin värdighet bevarad och sitt självbestämmande respekterat. Dock kan människans förmåga att själv hävda dessa värden och rättigheter vara nedsatt, och då ligger det på andra, till exempel vårdpersonal, att försvara dessa rättigheter. Rådet anser att självbestämmandet kan överlåtas/övertas, men inte integriteten. ”Den kan bara respekteras eller kränkas” (Statens medicin-etiska råd, 1992, s. 30).

Ett exempel på många innebörder av integritet, fås på Oxford English Dictionary Online som har delat upp definitionerna i tre teman: 1. Att inte sakna någon del; vara i ett odelat eller osöndrat tillstånd; materiellt hel, fullständig, ha helhet. 2. Att vara okränt; att vara i ett okränt eller ofördärvat tillstånd; ursprungligt perfekt tillstånd; sundhet. 3. Att vara i ett okränt moraliskt tillstånd; vara fri från moraliskt fördärv; oskyldighet, syndlöshet.

## Teori

Enligt läkaren, filosofen och filosofie doktorn i medicinsk etik, Per Sundström (1997), berörs i vården kroppslig, mental existentiell och viljemässig integritet. Sundström menar vidare att sjukvården, i vårdande syfte, gör intrång i integriteten. Bara det att vara sjuk och söka sig till sjukvården innebär att integriteten är skadad och den kommer att påverkas ännu mera av vården, för att sedan förhoppningsvis återställas. Sjukvården har att i sina åtgärder värna om och försöka återställa det som hos patienten gör honom till fungerande människa.

Sundström (1997) beskriver vidare integritet hos patienten som: 1) Kropplig; dels yttre (kroppen), dels inre (fysiologin). Omsorgen om den kroppsliga integriteten kan ske på bekostnad av det psykiska välbefinnandet, och mot patientens önskemål, det vill säga att kroppen vårdas på ett sätt som strider mot patientens vilja. 2) Psykisk; inre, bestående av känslor, tankar och reaktioner. Kränkningar kan ske genom att personalen uppträder okänsligt eller nedlåtande, eller genom att man får vänta länge, genom att inte få komma till tals eller bli hörd på, eller genom okänslig delgivning av information.

3) Viljemässig; självbestämmande, patienten har rätt att neka utan att förlora sjukvårdens omsorg. Att informera patienten är viktigt, då en välinsatt patients möjligheter att hävda sitt självbestämmande, att föra fram sina känslor, vilja och tankar ökar.

4) Existentiell; berör patientens grundläggande livshållning.

Vårdvetenskaparen, sjuksköterskan och filosofie doktorn, Kari Martinsen (1993), behandlar integritet i etiskt – moraliskt sammanhang, och menar att moral och etik levs i de mellanmännsliga relationerna, där handlingarna väger tyngre än regler och normer och teorier. Vårdaren riskera att missa patientens vädjan om teorier och principer utgör grunden för handlandet. Sjuksköterskan skall vara professionell, men en professionalisering får inte leda till att handlingarna blir kontrollcenterade och styrda av egenintresse och/eller av välfärdskrav. Martinsen menar vidare, att vetenskapen inte får få för stor auktoritet då detta kan leda till att moralen då framstår som rättesnöre, konvention och regel, därmed kommer patientorienteringen och den solidariska handlingen i skymundan. Den skicklige sjuksköterskan integrerar, i de praktiska handlingarna, teorierna och teknikerna till ett gott förhållningssätt.

Andra vårdvetare, till exempel Wiklund (2003), tar upp integritet i termer av vårdhandling, där vårdhandling beskrivs som syftet bakom en handling, det som önskas uppnås. Vårdrelationen beskrivs som dubbelsidig och ojämnlik. Att vara patient innebär förändring av självupplevelsen och också i hur andra upplever och behandlar en. Det är sjuksköterskan som, vanligtvis, har större makt över och i situationen än patienten och det gäller att handskas rätt med detta övertag. Det är normalt av patienten att vilja värna sin integritet och detta ställer krav på sjuksköterskans förhållningssätt. Med makten följer ansvar (Wiklund, 2003). Dahlberg, Segesten, Nyström, Suserud och Fagerberg (2003) skriver om vårdvetenskaplig hållning som kännetecknas av integritet och värdighet. Vidare framgår att alla patienter skall ges samma omsorg med lika värdighet och integritet. Det framförs att vårdarens förhållningssätt har betydelse för upplevelsen av integritet.

Dahlberg et al. (2003) skriver vidare om en vårdvetenskaplig struktur med utgångspunkt i förståelsen av patientens eget perspektiv på hälsa och vård. Patientperspektivet framhävs genom de, för vårdvetenskapen, centrala begreppen: lidande och välbefinnande, subjektiv kropp, vårdrelation och livsvärld. Livsvärlden belyser hur patienten själv upplever alla aspekter av det egna livet och den egna verkligheten. Genom att öppet och följsamt ta del av patientens livsvärld tar vårdaren, från patientens perspektiv, hänsyn till patientens unikum och lär sig patienten. Detta ställer krav på vårdarens förmåga att, i ordets alla innebörder, kommunicera med, men också förhålla sig till, patienten. Genom inblick i patientens livsvärld kan vårdaren ge patienten "rätt vård" enligt dennes känsla.

### **Forskning om begreppet**

Integritet som begrepp har också betraktats rent forskningsteoretiskt. I en studie om integritet av Andersson (1996), formuleras tre kännetecken för respekt för patienters integritet. Det handlar om hörsamhet för patienten som person, om vakenhet för människors olikheter och om känslighet för människors sårbarhet. Till följd av sjukdom är patienten sårbar och i en beroendeställning till vårdpersonalen. Vikten av personalens förhållningssätt för patientens upplevelse av integritet framhävs. Andersson lyfter fram sjuksköterskans yrkesskicklighet och balansgången mellan yrkeskunskaperna och formalia och deras omsättning, för patientens bästa, i praktiken.

### **Praktik**

Under 1992 genomfördes, på uppdrag av dåvarande Landstinget i Älvsborg, en Forsknings och Utvecklings studie om respekten för patienters integritet. Studien, av Blomdahl Frej (1993), genomfördes på en vårdcentral och innefattade bland annat patientintervjuer. Ur resultaten kan följande aspekter nämnas: Flertalet patienter tyckte inte att kroppsundersökningar var problem, dock fanns det risk för att känna sig utlämnad. Patienterna tyckte det var naturligt att få frågor om personliga förhållanden, dock skulle frågorna ställas på rätt sätt och i avskildhet och inte under tidspress. Kränkningar var inte så vanliga men de kränkningar som nämndes hade att göra med att inte bli tagen på allvar eller att utlämnad. Patienterna uppgav att de ville bli bemötta med respekt av medmänsklig, engagerad och intresserad personal. Det var viktigt att tillräckligt med tid tillägnades patienten och att personalen inte stressade. Flertalet patienter tyckte att de bör ha större inflytande över den egna vården, behandlingen och medicineringen. Många patienter kände sig, främst i sjukdomshänseende, beroende av vårdcentralen, en källa till så väl säkerhet som osäkerhet.

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Integritet framhävs i sjukvården från olika håll, allt ifrån lagar och föreskrifter till omvårdnadsteoretiska visioner. De olika parterna i sjukvården kan ha sina olika uppfattningar om och förhålla sig olika till integritet och till vad som krävs för att

beakta/värna om/tillfredsställa patientens integritet. För att kunna tillfredsställa patienten och, framför allt, för att inte riskera att trampa på patienten, som ju är "huvudpersonen", är det viktigt att veta hur just patienten upplever integritet.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva patientens upplevelse av integritet i vården.

## **METOD**

Då intresset låg på patientupplevelsen gjordes en litteraturstudie grundat på sju kvalitativa, vårdvetenskapliga artiklar.

Artiklarna valdes och analyserades utifrån Evans syntes process metod (Evans, 2003) och Fribergs beskrivning av denna modell (Friberg, 2006). Detta innebar nedanstående arbetsgång.

### **Datainsamling**

Artiklar letades i databaser tillgängliga via biblioteket vid Högskolan i Borås. Artiklarna valdes ur följande databaser: Blackwell Synergy, fyra artiklar CINAHL, tre artiklar.

Sökorden som användes var: Integrity, Patient Integrity, Nursing, Caring, Dignity, Experience och kombinationer av dessa.

En första, övergripande sökning på integrity och nursing, gav 18645 träffar. Den största gruppen artiklar handlade om integritet i meningar som oskadad hud (sår, trycksår och andra hudskador). Andra grupper artiklar handlade om forskningsintegritet eller studieintegritet. Dessa, icke relevanta, grupper exkluderades direkt. Efter sökningar med kombinationer av sökorden patient integrity/caring/experience och patient integrity/dignity/experience/nursing, återstod 167, mer eller mindre relevanta, artiklar. I detta skede exkluderades utan närmare läsning, med motiveringen att patienterna skulle vara mentalt rediga, artiklar som rörde psykiatrisk- och demensvård. Efter en genomgång av träfflistan lästes 60 abstrakt, utifrån dessa valdes 40 artiklar för läsning i fulltext. Här exkluderades artiklar publicerade före år 2000. Tjugo artiklar skrevs ut för genomgång, av dessa valdes 15 för närmare genomgång. Denna närmare genomgång resulterade i att sju artiklar med skandinavisk/västerländsk forskning och senare publiceringsdatum valdes ut och skärskådades och analyserades för syfte/resultat.

De sju valda artiklarna är publicerade efter år 2002 och kan därmed sägas fånga färsk rön. Forskningen är gjord i Sverige, Finland, Australien och USA och är användbar för Svenska förhållanden.

## Dataanalys

Sju artiklar lästes, i ett första steg, rätt igenom med öppet sinne och utan djupare analys. Nästa steg innebar en noggrannare läsning och analys utan tolkningar. I det tredje steget letades skillnader och likheter i artiklarnas resultat. I steg fyra identifierades de viktigaste fynden utifrån vårt syfte. Nästa steg innebar att texten bröts ned och skärskådades och innebörden identifierades. Efter detta kodades och placerades resultaten i teman och underteman. Sedan gjordes en resultatsammanställning med samling av innehållet i dessa teman och underteman i vilka likheter och olikheter letades. Processen från steg tre och framåt rörde sig fram och tillbaka, varje fynd, kodning, benämning och placering bedömdes flera gånger utifrån olika synvinklar för att slutligen landa i nedanstående.

### Teman och underteman

Två teman identifierades: Att bli bekräftad som människa och att få vara delaktig.

Under temat att bli bekräftad som människa rymdes undertemana avskildhet, individuella behov, självkänsla och kommunikationsklimat.

Under temat att få vara delaktig placerades undertemana förtroende, samarbete, beroende och medkänsla.

## RESULTAT

Tabell 1: teman och underteman av hur patienter upplever integritet i vården

TEMA	UNDERTEMA
Att bli bekräftad som människa	Avskildhet
	Individuella behov
	Självkänsla
	Kommunikationsklimat
Att få vara delaktig	Förtroende
	Samarbete
	Beroende
	Medkänsla

### Att bli bekräftad som människa

Detta tema tar upp patientens önskemål om att vårdpersonalen bör bekräfta patienterna som hela personer för att stärka dem som individer. För att bevara sin integritet ville patienterna få behålla en privat sfär, att få sina behov bemötta, att få bli tagna på allvar och att få en bra relation med vårdpersonalen.



## Avskildhet

Patienterna upplevde avskildhet från olika synvinklar. Allt från att ha fått vara för sig själva, ha haft ett enkelrum där personal och medpatienter inte störde, till att ha haft en säng med draperi draget runt uppfattades av patienter som att ha haft en privat sfär. Patienterna kände också att det var respekt för det privata när personalen gjorde sin närvaro känd genom att knacka på dörren innan de gick in på rummet (Widäng & Fridlund, 2003; Widäng, Fridlund & Mårtensson, 2008).

När patienterna ombads att ge känslig information om sig själva, var de inte säkra på den berörda personalens etiska professionalitet. Flera ansåg att denna information, på ett eller annat sätt, kunde falla i fel händer, och på så sätt kränka patientintegriteten. Patienterna ville att endast personal som var direkt inblandad i vården skulle ha tillgång till sådan känslig information. Patienterna betonade känsligheten i det privata och tryckte på att alla samtal och diskussioner mellan patient och vårdare skulle ske i separat utrymme. Om detta skedde, skulle patienterna känt lättnad och varit mera öppna och villiga till sådana samtal och diskussioner (Widäng & Fridlund, 2003; Widäng et al. 2008).

*"...it is very, very important to me...I've had a barrier, I don't let anyone behind the fence...I don't want anybody to know too much about me..."* (Widäng et al. 2008, s. 543).

## Individuella behov

Patienterna sade sig känna obehag och kände sig besvärade när vårdpersonalen inte var uppmärksam på patienternas behov. Patienterna upplevde det som om personalen tycktes tänka att patienterna inte hade någon uppfattning om hur deras behov, önskemål och begär skulle uppfyllas. Detta skapade en känsla av obalans mellan vårdare och patient. Patienterna uppgav att den ständiga personalomsättningen och sjukhusets fasta rutiner bidrog till upplevelsen av att de individuella behoven inte uppmärksammades (Widäng & Fridlund, 2003; Teeri, Leino-Kilpi & Välimäki, 2006; Berg & Danielson, 2007).

Patienterna gav uttryck för ett behov av en relation mellan patient och vårdare, en relation där patienten uppmärksammades, hördes och behandlades som en person vars behov behövde uppfyllas. Patienterna kände sig respekterade när vårdarna bemötte dem som personer och inte som sjuka personer. När vårdarna såg det unika i varje patient, upplevde patienterna sina behov bättre uppfyllda (Widäng & Fridlund, 2003; Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008).

*"They don't really look very favourably on your special wishes. If I've said I would like to go to sleep a bit earlier, they're a bit angry"* (Teeri et al. 2006, s. 122).

## **Självkänsla**

Patienterna erfor att vårdgivarna inte tog patienterna på allvar när patienterna försökte hävda sig själva och sina behov. Patienterna upplevde det obehagligt och stötande när vårdarna kom med kommentarer eller samtalade sinsemellan under vårdarbetet. Patienterna uppgav att vårdarna behövde visa respekt för patienten för att upprätthålla integriteten (Widäng & Fridlund, 2003; Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008). Andra patienter uppgav att de upplevde tillfredsställelse och förnöjsamhet när de visste att de kunde påverka och ha synpunkter på vården. När patienterna upplevde sig behandlade som dem de var och inte för hur sjuka de var kände de sig bekräftade av vårdpersonalen och kände på så sätt respekterade och värdiga. En del patienter uppskattade när de fick berätta om sina liv och erfarenheter (Jacelon, 2004; Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008).

Patienterna kände sig accepterade om de aktivt medverkade i den egna vården, och i hur vården skulle bedrivas. Patienterna uppgav att de genom aktivt deltagande fick kontroll och också modet att låta vården veta hur de ville upprätthålla sin integritet (Widäng & Fridlund, 2003; Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008).

*"I should be the one to decide how things are managed..."* (Widäng & Fridlund, 2003, s. 51).

## **Kommunikationsklimat**

Kommunikation var en av delarna i vårdrelationen som patienterna upplevde som svår. Patienterna kände att vissa bland vårdpersonalen inte tog sig tid att förklara eller visa vad de gjorde eller skulle göra, och på så sätt fick inte patienterna önskad information och kunskap om sin hälsa. Detta fick patienterna att känna sig åsidosatta och opersonligt bemötta. I ett sådant läge ville en del patienter bli lämnade ifred eftersom de inte fick information. Endast en handfull vårdare tog sig tid att förklara och visa vad de gjorde (Teeri et al. 2006; Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008). Patienterna önskade att vård kunde ges under förhållanden med ömsesidig och öppen kommunikation, detta skulle lett till att vårdarna stärkte patienternas välbefinnande och till att patienterna känt ökat förtroende för vårdarna (Widäng & Fridlund, 2003; Henderson, van Eps, Pearson, James, Henderson & Osborne, 2007).

*"She acted in a very natural way (during a cystoscopy)...talked me through it and made me forget the whole situation..."* (Widäng & Fridlund, 2003, s. 52).

Patienterna påpekade också hur sjuksköterskorna brukade skynda på under vårdarbetet och då hade lite tid för samtal. Patienterna kände sig åsidosatta då de inte visste med vem de kunde tala eftersom sjuksköterskorna för det mesta rusade ifrån dem (Teeri et al. 2006; Berg & Danielson, 2007; Henderson et al. 2007; Widäng et al. 2008).

*"You have to wait, there are very few staff and they're all fully occupied. They do talk to you during treatments, but they can't stay for long because they're so busy."* (Teeri et al. 2006, s. 124).

Patienterna berättade att de kände sig mera respekterade om vårdarna tog sig tid att lyssna. Vårdare som verkligen lyssnade, fick patienterna att känna sig unika och respekterade patienternas integritet. Patienterna kände sig värdefulla när vårdarna lyssnade på deras berättelser, ställde frågor om vad patienterna önskade berätta och ingav sig i meningsfulla samtal med patienterna. Detta var, enligt patienterna, viktigt för vårdprocessen (Randers & Mattiasson, 2004; Widäng et al, 2008). Å andra sidan kände sig patienterna nedvärderade när vårdpersonalen inte tog sig tid att sätta sig ned och lyssna (Widäng & Fridlund, 2003; Randers & Mattiasson, 2004; Berg & Danielson, 2007).

### **Att få vara delaktig**

Temat berör patienternas upplevelser av självbestämmande och delaktighet i vården och vikten av det stöd och den förståelse från vårdpersonalen som behövs för att kunna utöva självbestämmande och delaktighet. En patient som är delaktig och upplever sig ha bestämmanderätt kan bättre hävda sin integritet, och personal som underlättar detta värnar patientintegriteten.

### **Förtroende**

När patienterna upplevde att personalen var kunnig och professionell kände sig patienterna väl omhändertagna. Tilltron ökade och blev ömsesidig när bägge parter bekräftade varandras kunskaper. Tilltro och kompetens skapade ökad känsla av säkerhet hos patienterna (Widäng & Fridlund, 2003; Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008).

*"All decisions...which concern the patient should be taken in an atmosphere of mutual understanding"* (Widäng et al. 2008, s. 545).

När patienterna sågs som självständiga och kompetenta kunde deras självbestämmande underbyggas och underhållas (Widäng & Fridlund, 2003; Randers & Mattiasson, 2004). Om patienterna däremot möttes av bristande engagemang och förtroende kunde patienterna uppleva respektlöshet och känna oro (Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008).

*"They knew I had Crohn's disease, and that I was in pain...I asked them to contact my own doctor in X-town...but it took such a long time...it took 24 hours before anything happened. I felt threatened...I knew I was very seriously ill...but they didn't believe me..."* (Widäng & Fridlund, 2003, s. 51).

Patienterna kände ömsesidigt förtroende och respekt när de inte gjordes bort inför andra och när deras kroppar inte exponerades i onödan (Widäng & Fridlund, 2003; Widäng et

al. 2008). Patienterna kunde känna att de fick genomlida smärtsamma och/eller oönskade undersökningar och behandlingar samt utsattes för respektlös beröring (Teeri et al. 2006; Widäng et al. 2008).

*"It hurts and the feeling that you're not treated as a human being, that it doesn't matter, you're an object"* (Teeri et al. 2006, s. 124).

## **Samarbete**

Samarbete och delaktighet upplevdes som viktigt av patienterna för att skapa en god vårdrelation. Att i en sådan anda, obegränsad av arbetsrutiner, få påverka den egna vården stärkte patienterna. En god balans mellan patienternas förmågor, värderingar, mål och vårdens åsikter underlättade samarbete och delaktighet och ökade patienternas möjligheter att hävda sin integritet (Jacelon, 2004; Teeri et al. 2006; Berg & Danielson, 2007; Widäng et al. 2008). Patienterna ville bli uppmanade att bli delaktiga i vården samt få information och råd som möjliggjorde för patienterna att bli samarbetspartner i vården. Samarbete och delaktighet underlättades av att patienterna och vårdgivarna var överens om att och hur samarbetet och vården skulle bedrivas (Widäng & Fridlund, 2003; Widäng et al. 2008).

*"I really had to struggle and it took me six months to arrange an appointment where all the doctors were there with me...we agreed on how to work in the future...and it was enough to say things only once...I didn't have to repeat myself and I didn't get a different answer..."* (Widäng & Fridlund, 2003, s. 52).

## **Beroende**

Patienterna upplevde att den personliga integriteten och identiteten ansattes av så väl sjukdomen som av sjukhusvistelsen (Randers & Mattiasson, 2004; Jacelon, 2004; Widäng et al. 2008). Detta ledde till att patienterna kände sig tvungna att anpassa sig till vården, och kände sig marginaliserade och beroende av vårdgivarna för vård (Jacelon, 2004; Widäng et al. 2008). I denna utsatta och obekväma situation kunde inte patienterna hävda sig och förlitade sig på vårdens auktoritet (Randers & Mattiasson, 2004; Jacelon, 2004; Widäng et al. 2008).

*"When other people take care of you, you can't maintain your integrity and the boundaries shift in a natural way."* (Widäng et al. 2008, s. 545).

## **Medkänsla**

Patienterna ansåg det givet att alla patienter skulle behandlas likvärdigt och få den hjälp de behövde utifrån sina medicinska behov (Henderson et al. 2007; Widäng et al. 2008). Genom att, utöver detta, visa empati och ställa upp för patienterna, kunde personalen stärka patienternas anseende och sitt egna anseende hos patienterna och patientintegriteten värnades (Widäng & Fridlund, 2003; Randers & Mattiasson, 2004; Henderson et al. 2007).

*"The nurse-in-charge asked a patient - 'do you want a walk'. The woman replied 'Yes, but be honest, if you don't want to - say so'. The nurse replied, 'I'll just finish writing in the notes - yes I will - that's good for you [to go for a walk]."* (Henderson et al. 2007, s. 150).

Det förekom uppgifter om brist på engagemang och insikt. Det förekom till och med uppgifter om att personal uppfört sig illa och hårdhänt, något som upplevdes som så väl ovärdigt som integritetskränkande (Jacelon, 2004; Randers & Mattiasson, 2004; Teeri et al. 2006; Henderson et al. 2007).

*"You were at everybody's mercy and you didn't count. When I was good and sick, it didn't matter, I guess, but their word was law...they didn't pay any attention to [you]."* (Jacelon, 2004, s. 552).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Att metodiskt och systematiskt utföra val och analys av artiklar är viktigt för att säkerställa arbetets kvalitet och resultatets användbarhet. För att arbeta med kvalitativt material har Friberg (2006), baserat på Evans (2003) tankar, beskrivit en modell som användes under arbetet med denna uppsats. Denna fungerade väl. Vi anser att vi fick en blandning av artiklar som gav en bredd åt resultatet. Fyra av artiklarna var svenska, en var finsk, en var från Australien och en från USA. Detta gav en, enligt oss, god överblick av "hemmanära" förhållanden samtidigt med en möjlighet att göra en liten jämförelse med andra förhållanden.

Det var inte helt lätt att hitta, enligt våra kriterier (ej psykiatri-/demensvård, gärna somatisk sjukvård), för syftet relevanta artiklar. Det fanns en del rörande just psykiatri- och demens-/åldringvård, men mera sparsamt med övrigt. Det fanns också några artiklar med renodlat sjuksköterskeperspektiv, men dessa användes inte då syftet i vårt arbete var inriktat på patientperspektiv.

Artikellanalysen blev omständlig. Att dela upp innehållet i resultaten och sedan, flera gånger och från olika vinklar, analysera och kategorisera delarna gav en uppsjö av arbetsmaterial och idéer. Materialet penetrerades verkligen på djupet. Detta var intressant och givande, men hur sammanfatta? Detta arbete är vår sammanfattning, baserad på våra tolkningar och uppfattningar av ämnet och materialet. Kanske blir man hemmablind av att så ingående och intensivt arbeta med ett material, men vi har gjort vårt bästa för att arbeta med öppna sinnen.

## Resultatdiskussion

Hade vi varit religionsvetare så hade vi predikat om att behandla andra som man vill att andra skall behandla en själv. Hade vi varit politiska (revolutionärer) så hade vi skanderat om jämlikhet, broderskap och frihet. Om vi varit marknadsförare kanske vi hade sagt att kunden alltid har rätt och om vi studerat pedagogik kanske vi hade talat om att engagera eleven i sitt lärande. Vad har vi som vårdvetare funnit? För oss framstod två teman tydligt:

- 1) Att bli bekräftad som människa.
- 2) Att få vara delaktig.

Vi upplevde att resultaten i de sju artiklarna vi analyserade uppvisade samstämmighet, de stödde väl varandra. Patienternas upplevelser tycktes beroende av personalens förhållningssätt och uppträdande gentemot patienterna. Att bevara patientens värdighet bygger på individuell vård genom kunskap om patientens behov, vanor och vilja. Att, på ett korrekt sätt, värna om sin patient kräver medvetenhet. Vården bör anpassas till patientens livsvärld (Anderberg, Lepp, Berglund & Segesten, 2007). Det åligger sjuksköterskan att ta reda på patientens önskemål rörande livet och behandlingen. För att kunna värna patientens integritet har sjuksköterskan ett etiskt krav på att fatta beslut rörande vården utifrån patientens värdegrund (Teeri, Välimäki, Katajisto & Leino-Kilpi, 2007).

I sin utsatthet kan patienten inte alltid hävda sig själv, sin integritet och sina rättigheter och kan behöva sjuksköterskan som ställföreträdare (Schwartz, 2002). Sjuksköterskan har att, genom att se det mänskliga i den värdjande patienten engagera sig och med inlevelse bedöma vad som står på spel, ansvara för att patientens gränser respekteras och att vården bedrivs på ett etiskt korrekt sätt (Martinsen, 2000). Genom att sjuksköterskan visar respekt kan patienten, i sitt utsatta läge, vidmakthålla sin inre värdegrund eller, vid behov, forma ny (Anderberg et al., 2007).

Att ha en dialog med vårdarna och att få vara delaktig i sin vård är viktigt för patienten som en del i att värna integriteten. Att uppmärksammat lyssna på patienten och ta hänsyn till patientens egna tankar, speciellt när patienten är nedsatt, kan vara en utmaning (Anderberg et al., 2007; Teeri et al., 2007). Det enklaste sättet att ta reda på patientens önskemål är att fråga patienten. Om patienten inte är i stånd att föra sin egen talan får någon annan träda i dennes ställe (Schwartz, 2002). Dialog och delaktighet kräver tilltro. Många sjuksköterskor kan finna det svårt att uppleva tilltro till patienten och att sätta gränser för patientens engagemang (Torjuul & Sorlie, 2006).

Det krävs professionalitet av sjuksköterskan för att kunna värna patientintegriteten och uppnå en god vårdrelation och en god vård. Martinsen (2000), lägger vikt vid sjuksköterskans professionalitet och samspelet med patienten. Hon ser en risk i den moderna medicinens kliniska hållning till kroppens sårbarhet. Medicinska tekniken och de medicinska ingreppen har blivit så avancerade att de, ursäktade av sin goda förmåga för patientens bästa, i sig själva har blivit ett hot mot integriteten. Hon anser att lagstiftningen, inte heller, erbjuder något gott skydd. Hon anser vidare att det inte finns

någon motsatts i att vara professionell och samtidigt kunna se och höra patienten som människa i stället för objekt.

## **Reflektioner och slutsatser**

Att bli bekräftad som människa handlar om att patienten inte ”bara” är en patient, en diagnos eller ett problem. Patienten är en person, en individ, med en bakgrund, ett sammanhang, behov, egenskaper och kunskaper – en livsvärld. Detta vill personen, också som patient, få behålla och få bejakat. Patienten vill bli sedd och bekräftad som en unik och hel människa. Patienten vill bli styrkt som person och få sina (individuella) behov uppfyllda och sina privata gränser respekterade. Genom allt detta ges patienten möjlighet att växa som människa och, även som patient, bli stärkt.

Att få vara delaktig handlar om att, i sin utsatta situation som patient, få det stöd och förtroende som behövs för att kunna vara en samarbetspartner i vården. Patienten vill kunna påverka sin vård och, efter bästa förmåga, få vara delaktig. Medkänsla utan att för den skull omyndigförklaras, likväl som att patienten, trots sin utsatthet, får uppleva självständighet och självbestämmande, stärker personen. En god vårdrelation och ett gott samarbete vårdare – vårdad är viktigt.

Patienterna värdesatte en vårdrelation byggd på ett samarbete baserat på ömsesidigt förtroende, ”vanlig” mänsklig hänsyn och respekt. En relation där patienten/människan, i stället för rutiner och organisation och dylikt, stod i centrum var det patienterna önskade sig. Under sådana förhållanden kunde integriteten värnas.

Att, utifrån ett så begränsat material som vi arbetat med, dra några långtgående slutsatser är inte rimligt. Vi anser dock att samstämmigheten i materialet var så god att vi skulle klassa resultatet som värt att ta i beaktande.

Efter arbetet med denna uppsats har vi funnit att integritet är ett brett begrepp och att det finns så många saker att ta hänsyn till vid vård av sjuka personer att vi är rädda för att en del vårdpersonal alltid kommer att finna det svårt att värna patientintegriteten. Det borde inte vara så, då dessa saker som skall tas hänsyn till inte är så svåra att förstå och ta till sig. De verkar dock vara svåra att omsätta i praktiken, trots att sjuksköterskorna är kunniga om vikten av patientintegritet och de faktorer som värnar och främjar integritet. Sjuksköterskorna borde förlita sig på och starkare hävda sin professionalitet för patientens bästa, annars riskerar ”patienten i centrum” att bara bli en tom fras. Som sjuksköterskor kan vi inte bara se forskningsresultat som intressant kuriosa utan att intressera oss för att praktiskt tillämpa resultaten och som akademiker i ämnet vårdvetenskap är det önskvärt att resultaten blir tillämpbara och tillämpade i praktiken

Vi har blivit nyfikna på en djupare titt på sjuksköterskans förhållningssätt till patientintegritet och följderna av förhållningssättet. Vi efterlyser också en jämförelse av patienters och sjuksköterskors uppfattningar av integritet, speciellt i slutenvård.

## REFERENSER

- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A-L., & Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 635-643.
- Andersson, M. (1996). *Integritet som begrepp och princip. En studie av ett vårdetiskt ideal i utveckling*. Malmö: Team Offset.
- Berg, L., & Danielson, E. (2007). Patients' and nurses' experiences of caring relationship in hospital: an aware striving for trust. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 500-506.
- Blomdahl Frej, G. (1993). *Integritet Etik Relationer – En studie om respekten för patientens integritet. Delstudie 2: Patientperspektivet*. Borås/Vänersborg: Vårdhögskolan. Forskningsrapport.
- Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B.-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal Of Advanced Nursing*, 20(2), 22-26.
- Friberg, F. (2006). *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Henderson, A., van Eps, M. A., Pearson, K., James, C., Henderson, P., & Osborne, Y. (2007). 'Caring for' behaviours that indicate to patients that nurses 'care about' them. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 146-153.
- Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763, via [www.forensic.lu.se/forensic/lagar/hslf.htm](http://www.forensic.lu.se/forensic/lagar/hslf.htm).
- Jacelon, C.S., (2004). Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders. *Journal of Advanced Nursing*, 46(5), 549-557.
- Martinsen, K. (1993). *Fra Marx till Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Oxford English Dictionary Online, via [www.hb.se/bibliotek](http://www.hb.se/bibliotek).
- Randers, I., & Mattiasson, A-C. (2004). Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45(1), 63-71.



- Schwartz, L., (2002). Is there an advocate in the house? The role of health care professionals in patient advocacy. *Journal of Medical Ethics* 28, 37-40.
- Socialstyrelsens författningssamling 1993:17, via [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se).
- Statens medicin-etiska råd (1992). *Etiska vägmarken I. Etik – en introduktion*. Stockholm: Fritzes.
- Sundström, P. (1997). *Sjukvårdens etiska grunder*. Göteborg: Diadalos.
- Teeri, S., Leino-Kilpi, H., & Välimäki, M. (2006). Long-Term Nursing Care of Elderly People: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nursing Ethics*, 13(2), 116-129.
- Teeri, S., Välimäki, M., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2007). Nurses perceptions of older patients integrity in long-term institutions. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21, 490-499.
- Torjuul, K., & Sorlie, V. (2006). Nursing is different than medicine: ethical difficulties in the process of care in surgical units. *Journal of Advanced Nursing*, 56(4), 404-413.
- Widäng, I., & Fridlund, B. (2003). Self-respekt, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients. *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 47-56.
- Widäng, I., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2008). Women patients' conceptions of integrity within health care: a phenomenographic study. *Journal of Advanced Nursing*, 61(5), 540-548.
- Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och Kultur.

## Bilaga 1

### Översikt av analyserad litteratur (artiklar, rapporter m.m.)

	<b>Perspektiv (vårdvetenskapliga eller andra teoretiska perspektiv)</b>	<b>Problem och syfte</b>	<b>Metod</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>Titel:</b> Patients' and nurses' experiences of the caring relationship in hospital: an aware striving for trust.</p> <p><b>Författare:</b> Berg, L., Danielson, E.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Scandinavian Journal of Caring Sciences.</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Patient- och sjuksköterskeperspektiv</p>	<p>Få undersökningar av fenomenet vårdrelation i sjukhus miljö. Syftet var att belysa patienters och sjuksköterskors upplevelser av vårdrelationen.</p>	<p>Fenomenologiskt tolkande med intervjuer av sju patienter och sex legitimerade sjuksköterskor.</p>	<p>Patienternas syn identifierades i huvudteman: att upprätthålla värdighet och en känsla av sårbarhet. Sjuksköterskornas syn i huvudteman: en meningsfull strävan och en mödosam medkänsla. Båda parter var medvetna om strävan för att bilda en vårdrelation. Deras strävan var inte tillräcklig för att skapa tilltro.</p>
<p><b>Titel:</b> "Caring for" behaviours that indicate to patients that nurses "care about" them.</p> <p><b>Författare:</b> Henderson, A., Van Eps, M. A., Pearson, K., James, C., Henderson, P. &amp; Osborne, Y.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing</p> <p><b>Årtal:</b> 2007</p> <p><b>Land:</b> Australien</p>	<p>Patientperspektiv.</p>	<p>Organisatoriska krav utgör hinder för utvecklandet av "nära" relationer mellan sjuksköterska och patient. Syftet var att undersöka vad som utmärker sjuksköterska-patient samspel och att ta reda på patienternas uppfattning av samspelet.</p>	<p>Kvalitativa data och beskrivande statistik ur tolv- 4 /timmars observationer av samspel mellan sjuksköterska/patient, samt frågeformulär.</p>	<p>Observationerna visade på mesta dels vänskapligt och informativt samspel. Möjligheterna att utveckla närhet var begränsade. Största orsaken till missnöje var att sjuksköterskorna inte var lätt tillgängliga för specifika önskemål.</p>
<p><b>Titel:</b> Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders.</p> <p><b>Författare:</b> Jacelon, C.S.</p> <p><b>Tidskrift:</b></p>	<p>Patientperspektiv.</p>	<p>Det finns för lite kunskap om hur äldre patienter upplever sin sjukhusvistelse. Syftet var att belysa, förstå och försöka förklara den process som uppstår de äldre i sjukhusvård.</p>	<p>Fem äldre patienter observerades under två timmar var. Efter detta intervjuades de, först under sjukhusvistelsen och sedan efter hemgång. Data analyserades enligt Strauss &amp;</p>	<p>Personlig integritet framstod som en inre kvalitet, som patienterna bevarade genom att ta till olika strategier.</p>

Journal of Nursing Advanced <b>Årtal:</b> 2004 <b>Land:</b> USA			Corbin (1998) med hjälp av QSR NUD*IST4 (Sage 1996)	
<b>Titel:</b> Autonomy and integrity: upholding older adult patients´ dignity. <b>Författare:</b> Randers, I. & Mattiasson, A-C. <b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing. <b>Årtal:</b> 2004 <b>Land:</b> Sverige	I huvudsak patientperspektiv.	Det fanns få empiriska studier om relationer mellan etiska ideal i vardags vård, speciellt gällande upprätthållandet av värdighet för äldre vuxna patienter. Syftet var att fördjupa förståelsen för relationen mellan autonomi och integritet som resultat av samspelet mellan patienter och enskilda vårdpersonal i faktiska vårdsituationer.	Fenomenologisk studie med deltagarobservationer i vardagssituationer. Data analyserades mot teoretiska ramar.	Autonomi baseras i respekt för patienters förmåga att välja, besluta och ta ansvar för sina egna liv. Autonomi varierar inom och mellan individer och är beroende av kontext och de inblandade. Integritet är bundet till patienters själva existens oberoende av deras fysiska och mentala förutsättningar, och skall respekteras oberoende av deras förmåga att agera självständigt.
<b>Titel:</b> Long-Term Nursing Care of Elderly People: Identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. <b>Författare:</b> Teeri, S., Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. <b>Tidskrift:</b> Nursing Ethics. <b>Årtal:</b> 2006 <b>Land:</b> Finland	Patient-, sjuksköterske- och anhörig- perspektiv.	Trots ökande medvetenhet om etiska frågor saknas forskning rörande patienters, anhörigas och sjuksköterskors syn. Syftet var att undersöka etiskt problematiska situationer i långsiktig omvårdnad av äldre människor.	Hermeneutisk studie där tio patienter intervjuades medan nio sjuksköterskor och sjutton anhöriga skrev essäer.	Mer uppmärksamhet krävs för patientintegritet i vårdarbetet med äldre patienter.
<b>Titel:</b> Self- respekt, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients. <b>Författare:</b> Widäng, I. & Fridlund, B. <b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing. <b>Årtal:</b> 2003 <b>Land:</b> Sverige	Patient- perspektiv.	Integritet är ett komplex och centralt begrepp i sjukvården. Integriteten kan hotas i olika situationer. Hur upplever patienter integritet? Syftet var att beskriva hur manliga patienter upplevde integritet.	Fenomenografisk studie där sjutton, strategiskt valda, patienter intervjuades.	Patienterna kunde ge sig själva integritet genom olika förhållningssätt. Vårdgivarna kunde bevara patientintegriteten genom sina förhållningssätt.

<p><b>Titel:</b> Women patients' conceptions of integrity within health care: a phenomenographic study.</p> <p><b>Författare:</b> Widäng, I., Fridlund, B. &amp; Mårtensson, J.</p> <p><b>Tidskrift:</b> Journal of Advanced Nursing.</p> <p><b>Årtal:</b> 2008</p> <p><b>Land:</b> Sverige</p>	<p>Patientperspektiv.</p>	<p>Integritet är ett komplext och centralt begrepp i sjukvården. Integriteten kan hotas i olika situationer. Hur upplever patienter integritet? Syftet var att beskriva hur kvinnliga patienter upplevde integritet.</p>	<p>Fenomenografisk studie där femton, strategiskt valda, patienter intervjuades en till fem veckor efter utskrivning.</p>	<p>Patienterna kunde ge sig själva integritet genom olika förhållningssätt. Vårdgivarna kunde bevara patientintegriteten genom sina förhållningssätt.</p>