



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Integritet och värdighet – patientens rättighet?

- En litteraturstudie ur ett patientperspektiv

Anders Karlsson & Laszlo Korpas

2011

Examensarbete, grundnivå, 15hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Eva Westergren
Examinator: Marja-Leena Kristofferzon

Sammanfattning

Syftet med denna litteraturstudie var att belysa patienters syn på sin omvårdnad avseende integritet och värdighet vid sjukhusvistelse. Designen var en deskriptiv litteraturstudie och artiklar hämtades från databaserna Academic Search Elite, Cinahl och Medline via PubMed. Resultatet i denna studie visar att omgivning och arkitektoniska miljöer är framtonande orsaker till patienters negativa upplevelser i vården. Kommunikativa svårigheter och utebliven information om medicinska åtgärder och undersökningar, tillsammans med personalens bemötande och beteende, gör att patienters integritet och värdighet åsidosätts. Vårdtagarna vill känna delaktighet i sin vård och få information om sin situation vilket stärker känslan av att de behandlas med respekt från vårdpersonalens sida. Etiska kränkningar av patienters integritet och värdighet, under sjukhusvistelse, är i stort beroende av vårdpersonalens agerande vid vårdssituationer där patienter blottas eller utsätts för undersökningar utan tillräckligt skydd runt patienten. Slutsatsen för studien visar att mer informerande utbildning om integritet och värdighet behövs i vården tillsammans med ytterligare explorativ forskning i ämnet.

Nyckelord: Integritet, värdighet, självbestämmande och miljö.

Abstract

The aim of this study was to illuminate patients' views on their care for privacy and dignity due to their stay at a hospital. The design was a descriptive literature review and the articles were retrieved from the databases Academic Search Elite, Cinahl and Medline via PubMed.

The result of this study shows that environment and architectural surroundings causes negative experiences for patients' in care. Communication difficulties and lack of information about medical procedures and examinations, along with staff's attitude and behavior, makes the patients' privacy and dignity disregarded. Health care consumers want to feel involved in their care and get information about their situation, which strengthens the feeling that they are treated with respect from medical personnel. Ethical violations of patient privacy and dignity during the hospital stay, is largely dependent on health professionals' conduct in the care setting where patients are exposed or subjected to investigations without adequate environmental protection around the patient. The conclusion of the study shows that more informative education is needed in health care concerning privacy and dignity together with further exploratory research on the subject.

Keywords: Integrity, dignity, autonomy and environment.

Innehållsförteckning	Sid.
1. Introduktion	1
1.1 Aktuell forskning	1
1.2 Sjuksköterskans ansvar	1
1.3 Begreppsdefinitioner	2
1.4 Omvårdnadsteori	2
1.5 Problemformulering	2
1.6 Syfte	3
1.7 Frågeställning	3
2. Metod	4
2.1 Design	4
2.2 Databaser	4
2.3 Sökstrategi och urval	4
2.4 Dataanalys	5
2.5 Forskningsetiska överväganden	5
3. Resultat	6
3.1 Patienters upplevelse av bevarande av integritet och värdighet vid sjukhusvistelse	9
3.1.1 <i>Miljö</i>	9
3.1.2 <i>Kommunikation/information</i>	10
3.1.3 <i>Bemötande/ansvar</i>	10
3.1.4 <i>Delaktighet/etik</i>	11
3.2 Kvalitetsgranskning av studierna	11
4. Diskussion	15
4.1 Huvudresultat	15
4.2 Resultatdiskussion	15
4.2.1 <i>Miljö</i>	15
4.2.2 <i>Kommunikation/information</i>	16
4.2.3 <i>Bemötande/ansvar</i>	16
4.2.4 <i>Delaktighet/etik</i>	17
4.2.5 Kvalitetsgranskning	17
4.3 Metoddiskussion	18
4.4 Allmän diskussion	19
5. Referenser	21

1. Introduktion

1.1 Aktuell forskning

Aktuell forskning visar att det finns dålig förståelse, från både personal och olika institutioner, för vad värdighet och integritet innebär (Price 2004, Prideaux 2010). För att förklara vårdpersonals bristande kunskap och insikt anser Griffin-Heslin (2005), Erdil och Korkmaz (2009) och Prideaux (2010) att personalen är för få, för upptagna med sina arbetsuppgifter och etiken kommer därför i andra hand efter mer mätbara aspekter i vården. Underbemanning och hög arbetsbelastning gör att sjuksköterskor känner en stress i etiska problemsituationer och speciellt sjuksköterskor med mindre arbetslivserfarenhet upplevde fler fall av etiska problemsituationer än sina äldre kollegor, vilket gjorde att de upplevde en högre stressnivå i sin arbetsituation (Ulrich *et.al.* 2010). På grund av oerfarenhet hos sjuksköterskor, då akuta lägen uppstår och de måste koncentrera sig på annat än patienten, kan etiska problemsituationer uppstå och detta kan då ha betydelse för hur patienten etiskt tas om hand (Wolf & Zuzelo 2006). I en observationsstudie påvisade en grupp studenter brister i etiskt agerande mot patienter från vårdpersonalens sida, vilket innebar att tillvaratagandet av patienters integritet och värdighet vid upprepade tillfällen var bristfällig (Erdil & Korkmaz 2009).

Enligt Socialstyrelsen (2010) finns bärande begrepp i den etiska behandlingen där människovärde och människosyn är klart framträdande. Att respektera autonomi och att göra gott/inte skada är att respektera livet och att inte kränka integritet och värdighet. Att *förstå* handlar om kommunikation, både verbalt och i outtalade önskemål, mellan två individer. Patienters intressen skall ställas i första rummet där respekt för individens tankar och upplevelser tas tillvara och där ett respektfullt bemötande är nyckeln till god patientvård.

1.2 Sjuksköterskans ansvar

Den etiska koden för sjuksköterskor har fyra huvudelement vilka är; Att främja hälsa, Att förebygga sjukdom, Att återställa hälsa och Att lindra lidandet för patienten. Respekt för värdighet och mänskliga rättigheter ligger i vårdens grundtanke och där har sjuksköterskan ett personligt ansvar i att detta efterlevs i professionen. Sjuksköterskan ska med noggrannhet och omdöme, tillsammans med kunskap, tillgodose att patienter känner trygghet och att de känner välbefinnande när de genomgår behandlingar och undersökningar. Samtidigt ska sjuksköterskan arbeta för att inspirera till ny kunskap i de områden där det finns brister och ha ett kritiskt förhållningssätt till rutiner som redan finns (Socialstyrelsen 2005). McCance *et.al.* (2008) anser att en väg att gå för utveckling av sjuksköterskans kunskaper, är genom vetenskapliga undersökningar där patienter och sjuksköterskor jämförs i uppfattningar om vad omvårdnad

innebär för respektive kategori. Genom att utveckla instrument, där svårsmätbara praktiska områden åskådliggörs, kan omvårdnaden utvecklas i ett intimt samarbete sjuksköterska/patient och förbättringsområden kan då identifieras och inspirera till förbättrad kunskap i omvårdnaden. Sjuksköterskan skall se förnyelsemöjligheter i omvårdnaden/miljön kring patienter och genom forskning kunna använda vetenskap och beprövad erfarenhet till ett etiskt förhållande mot patienter. Patienters värdighet, autonomi och integritet ska respekteras oavsett vilken form av vård som bedrivs (Socialstyrelsen 2005).

1.3 Begreppsdefinitioner

Definitionen på begreppet värdighet är enligt Griffin-Heslin (2005) respekt för patient, kommunikation med patient, livsberättigande och autonomi för patienten. Integritet för människan är den zon där individen sätter en gräns för intrång för att skydda sig själv mot otrygghet. Genom att skydda den privata sfären och identiteten bevaras den personliga integriteten (Kristoffersen 2005).

1.4 Omvårdnadsteori

Omvårdnadsteoretikern Ida Jean Orlando betraktar omvårdnadsprocessen som en interaktionsprocess mellan sjuksköterska och patient. Samspelet sjuksköterska – patient ses av Orlando som en process vid en specifik tidpunkt och inriktar sig på sjuksköterskans perception på patientens reaktioner vid omvårdnadshandlingar. Sjuksköterskans ansvar är att ge patienter hjälp så de kan känna sig bekväma och ha tillfredsställelse både psykiskt och fysiskt genom att avlägsna faktorer som kan oroa patienten i omvårdnaden. Det som representerar Ida Orlando's teori om omvårdnad är reflektion/interaktionsprocess mellan den som vårdar och patienten. Orlando delar in sin omvårdnadsprocess i tre steg där patientens beteende *observeras* vilket kan vara verbalt eller icke verbalt. Sjuksköterskan använder därefter sina sinnen för att *tolka* reaktionen och *utvärderar dem* tillsammans med patienten för en *handling* som främjar patienten som sedan utvärderas. Därmed är sjuksköterskans fokus riktade mot processen varseblivning av patientens omvårdnadsbehov och kan därför utvärdera och utveckla sina erfarenheter och kunskaper (Orlando 1990).

1.5 Problemformulering

Genom egna observationer i vårddyrket har författarna till denna studie, vid olika vårdinrättningar observerat brister i skyddande av patienters integritet och värdighet från den vårdande personalen. Detta har visat sig i samband med omvårdnadshandlingar där patienter varit oskyddade från insyn och avskildhet. Vid en studie där sjuksköterskor utfrågades, uppgav de känslan av att tiden inte

räckte till för att utföra god etisk omvårdnad och att de inte räckte till för patienternas individuella behov (Baillie *et al.* 2009). Författarna ansåg det därför intressant att genom en beskrivande litteraturstudie belysa hur patienters syn på sina upplevelser i vården, avseende integritet och värdighet, överensstämmer med de egna iakttagelserna.

1.6 Syfte

Syftet var att genom en beskrivande litteraturstudie belysa patienters syn på sin omvårdnad avseende integritet och värdighet vid sjukhusvistelse.

1.7 Frågeställning

- Hur upplever patienter att deras integritet och värdighet bevaras i omvårdnaden vid sjukhusvistelse?
- Vilka urvalsmetoder, undersökningsgrupper och datainsamlingsmetoder har använts i artiklarna till denna studie?

2. Metod

2.1 Design

Denna studie genomfördes som en deskriptiv litteraturstudie (Forsberg & Wengström 2008).

2.2 Databaser

Artiklar söktes i databaserna Medline via PubMed, Academic Search Elite och Cinahl via Högskolan i Gävles bibliotekssida.

2.3 Sökstrategi och urval

Sökning av artiklar skedde med översättningar av svenska ord i Svenska MeSH under perioden 2011-04-14 till 2011-09-05, sökorden, antalet träffar och antalet använda artiklar redovisas i tabell 1. Utifrån de valda sökorden hittades 367 artiklar. De artiklar som inte svarade mot syfte och frågeställning exkluderades och 20 valdes ut för vidare granskning. Urvalsvalskriterierna vilka sökningarna skedde efter var att artiklarna skulle vara författade på engelska och inte fick vara äldre än tio år. Ytterligare kriterier var att artiklarna skulle vara vetenskapliga (Peer Reviewed) och inte belagda med någon avgift för att hämtas från databaserna. De artiklar som handlade om patienter yngre än 15 år exkluderades för att patienterna själva skulle kunna framföra sina åsikter utan påverkan från vårdnadshavare. Artiklarnas rubriker och abstract lästes igenom för att se om de svarade mot denna studies syfte och frågeställning. Reviewartiklar och andra artiklar som efter genomläsning inte ansågs passa in i studiens frågeställningar exkluderades. Av de valda artiklarna återfanns flertalet av artiklarna i alla tre databaserna vid olika sökningar. Dessa artiklar redovisas bara en gång och dubletter exkluderades.

Tabell 1 Översikt av databaser, söktermer, antal träffar och antal valda artiklar

Databas	Söktermer	Antal träffar	Använda artiklar
Academic Search Elite	Patient AND dignity AND integrity	10	2
	Dignity AND integrity AND nursing	15	1
	Patient experience AND dignity AND privacy	7	1
	Nursing AND privacy AND dignity	50	2
	Patient care AND environment AND privacy	43	1
	Patient interview AND integrity AND caring	25	1
Medline via PubMed	Patient AND dignity AND acute	66	1
Cinahl	Privacy AND patient care AND dignity	89	1
	Patient AND privacy AND emergency department	62	2
Totalt		367	12

2.4 Dataanalys

Artikelsökningen resulterade i 12 artiklar, varav tio kvalitativa och två kvantitativa. De utvalda artiklarna lästes igenom på engelska vid ett flertal tillfällen av båda författarna och har även översatts via Google Translate för att försöka undvika missuppfattningar då engelska inte är författarnas huvudspråk. Artiklarna granskades även utifrån hur design, datainsamlingsmetod, undersökningsmetod och dataanalys var beskrivet vilket finns redovisat i tabell 2. De granskade artiklarnas syfte och resultat finns sammanställt i tabell 3. Resultatet har bearbetats systematiskt och presenteras utifrån återkommande teman under rubrikerna miljö, kommunikation/information, bemötande/ansvar och delaktighet/etik. Den metodologiska frågeställningen att finna och beskriva respektive artikels urvalsmetod, undersökningsgrupp och datainsamlingsmetod finns beskrivet i tabell 4 efter bearbetning utifrån Forsberg och Wengströms (2008) checklistor.

2.5 Forskningsetiska överväganden

Författarna till denna studie förväntar sig att de artiklar som granskas i uppsatsen har genomgått etisk prövning, vilket också är fallet i de artiklar som tagits med i studien. Forskningsetisk prövning anses därmed inte behövas för denna litteraturstudie då inga intervjuer eller observationer genomförs eller annan form av patientkontakt. Resultatet har sammanställts utan påverkan av författarnas egna åsikter. Däremot kan de egna iakttagelserna i vårdarbetet ha lett till en omedveten påverkande faktor för studiens resultat då en vinkling mot ett önskat resultat omedvetet kan ha skett i urvalet av artiklarna.

3. Resultat

De 12 artiklarna som ansågs relevanta för studien har gemensamt att de undersöker hur patienters integritet och värdighet tas tillvara i sjukhusmiljö. Resultatet presenteras i löpande text utifrån teman: miljö, kommunikation/information, bemötande/ansvar och delaktighet/etik och i tabeller. Tabell 2 ger en översyn över artiklarna och hur de är uppbyggda utifrån design, tabell 3 ger en sammanfattning av de resultat som presenteras av författarna och tabell 4 är en analys av vilka metoder författarna till studierna använt sig av i urvalet av undersökningsgrupper respektive vilka datainsamlingsmetoder som använts.

Tabell 2. Sammanfattning av valda artiklar

Författare + publ. år	Titel	Design	Undersökningsgrupp	Datainsamlingsmetod	Dataanalysmetod
Baillie (2009)	Patient dignity in an acute hospital setting: a case study	Kvalitativ ansats med triangulerad enkelfallsstudie	24 patienter och 26 anställda vårdpersonal.	Ostrukturerade intervjuer med inkorporerade fallstudier. En öppen fråga om vad värdighet innebär.	Ramstrukturerad innehållsanalys enligt Ritchie och Spencer (1994).
Hallström & Elander (2001)	Needs during hospitalization: definitions and descriptions made by patients.	Kvalitativ studie med explorativ ansats	20 patienter förfrågades om deltagande i en intervjustudie.	Semi-strukturerade intervjuer. 3 stycken öppna frågor.	Tematisk innehållsanalys av manifest och latent karaktär
Henderson <i>et. al.</i> (2009)	Maintenance of patients' dignity during hospitalization: Comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews.	Kvalitativ studie med explorativ ansats.	39 patienter varav 15 män och 24 kvinnor. Vårdande personal, okänt antal.	Observationsstudie patient/sjuksköterska. Uppföljande diskussionsintervjuer med patienter	Tematisk innehållsanalys.
Karro <i>et.al.</i> (2005)	Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department	Kvantitativ studie med explorativ ansats	235 patienter från 18-årsålder inkluderades vid en akutmottagning under en 14-dagarsperiod 2003.	En enkät bestående av 9 frågor från en tidigare studie gjord av Barlas <i>et.al.</i> (2001) delades ut . 1169 formulär gavs ut varav 235 besvarades.	Wilcoxon test.

Malcolm (2005)	Does privacy matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in a shared hospital rooms.	Kvalitativ studie med explorativ ansats.	12 patienter valdes ut genom snowballing metod till studien.	Semi-strukturerade inspelade intervjuer. 3 temafrågor ställdes till patienterna.	Induktiv innehålls- Analys
Matiti & Trorey (2008)	Patients' expectations of the maintenance of their dignity	Kvalitativ studie med fenomenologisk, hermeneutisk ansats.	102 patienter på tre sjukhus i England togs ut genom bekvämlighetsurval, 53 män och 49 kvinnor	Intervjustudie med en egen öppen fråga om patientens erfarenhet av vården	Innehålls- analys enligt Spiegelberg 1975
Nayeri & Aghajani (2010)	Patients' privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study	Kvantitativ ansats med deskriptiv design.	360 patienter från tre akutsjukhus togs ut till studien genom bekvämlighetsurval	Eget frågeformulär i tre sektioner.	Chi 2-test och Spearman's Coefficient
Randers & Mattiasson (2004)	Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity.	Kvalitativ studie med fenomenologisk ansats.	30 vårdpersonal följdes upp under två olika perioder efter etikutbildning. Undersökningen gjordes ur ett patientperspektiv	Observationsstudie.	Innehålls- analys med deduktiv inriktning enligt Collopy (1988).
Webster, & Bryan (2009)	Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment	Kvalitativ ansats med deskriptiv fenomenologisk ansats.	10 deltagare mellan 73-83 år intervjuades av sjuksköterskor i hemmet	Semi-Strukturerad intervjustudie. En egen inledande fråga.	Innehålls- analys enligt Colaizzi (1978)
Widäng & Fridlund (2003)	Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients	Kvalitativ studie med fenomenografisk metod.	17 manliga patienter var strategiskt utvalda för intervju.	Semistrukturerad intervjustudie med fem frågor som handlar om integritet.	Tematisk innehålls- analys efter Marton (1986)
Widäng <i>et.al.</i> (2008)	Women patients' conceptions of integrity within health care: a phenomenographic study	Kvalitativ studie med fenomenografisk metod.	15 kvinnliga patienter var strategiskt utvalda till intervju vid utskrivning på ett sjukhus i Sverige. Insamling av data skedde mellan åren 2003-2004.	Semi-strukturerad intervjustudie med fem frågor som handlar om integritet.	Stegvis tematisk innehålls- analys enligt Dahlgren & Fallsberg (1991)
Woogara (2005)	Patients' rights to privacy and dignity in the NHS	Kvalitativ studie med etnografisk ansats.	Personal (n=34) och patienter (n=73) vid National Health Service i England.	Kombinerad observation/intervjustudie av ostrukturerad och semistrukturerad frågekarakter bestående av två frågeställningar, vilka behandlar integritet hos patienter.	Tematisk innehålls- analys i 11 utkristalliserade teman som svarade mot dokumentet Essence of Care (DH 2001a)

Tabell 3. Sammanfattning av artiklarnas författare, syfte och resultat

Författare	Syfte	Resultat
Baillie	Att undersöka hot mot patientintegritet, vad som menas med patientintegritet och hur patientintegritet kan stöttas inom akutsjukvården.	Omgivning och personalens beteende gör att patienters värdighet sätts på spel. Sårbarheten för en patient under en sjukhusvistelse är beroende av personalens beteende och vårdsituation/omgivning vilket är avgörande för om värdigheten i ett patientperspektiv skall kunna upprätthållas.
Hallström & Elander	Att intervjua 20 patienter om deras åsikter med följande frågeställningar: Definitionen av ett behov? Vilka behov anser Ni viktiga vid sjukhusvistelse? Hur agerar Ni för att Era behov ska uppfyllas?	För att tillfredsställa sina behov hade patienterna olika strategier; de patienter som meddelade sina behov till personalen och de som inte ville vara till last för personalen och störa dem. I intervjuer med patienterna framkom att de ansåg det viktigt att personalen lyssnade för att upptäcka de behov de hade och lösa dessa för patientens bästa. Beskrivningen av behovsbegreppet delades in i tio olika teman: <ul style="list-style-type: none"> -Delaktighet i beslut -Behörighet hos vårdgivarna -Personalbeteende -Mänsklig kontakt -Kommunikation -Grundläggande vård -Kontinuitet i vården -Empati -Integritet -Smärtlindring
Henderson <i>et.al.</i>	Att undersöka patienters åsikter om hur deras värdighet tillvaratas eller vilka identifierbara hot som finns mot patientvärdighet. Genom en observationsstudie försöker författarna identifiera problem i värdighetsbevarandet hos patienter i sjukhusmiljö.	Patienter klagar ofta på att de inte får tillräckligt med uppmärksamhet och tid av behandlande personal. Detta påverkar åsikter om att värdighet och respekt för deras person blir åsidosatta. De här faktorerna som utgör missförhållandena måste därför forskas vidare på. En nyckelfaktor i sammanhanget är organisationen av hur vården av patienter utförs. En högre acceptans hos patienter märks om patienterna förstår att det organisatoriskt arbetas för deras bästa. Verbalt samspel för att respektera patienten anses här som ett av de viktigaste verktygen.
Karro <i>et.al.</i>	Att på en akutmottagning i Melbourne identifiera integritetskränkningar mot patienter, hur de upplever dessa, hur ofta de förekommer och upplevelsen av hur allvarlig kränkningen varit.	Integritetskränkning av patienter på akutmottagningar beror till stor del på miljöfaktorer såsom att de inte är avskilda från andra patienter vid utfrågningar från vårdpersonal. Undanhållande av viktig information, pga. andra kan höra vad som sägs, är vanligt då patienter känner att de blir kränkta i sin integritet och då inte enskildhet kan berätta om sina medicinska problem.
Malcolm	Att genom intervjuer få fram frågor och uppfattningar hos patienter i relation till personlig integritet efter att de varit på sjukhus och varit inläggande i rum med flera patienter.	Resultaten visade att patienter accepterar en viss förlust av personlig integritet beroende på miljöaspekter och tidsbrist hos personalen. De var dock mycket medvetna om att andra kunde höra vad som sades vilket resulterade i innehållen information och i sin tur försämrade för vårdpersonalen att ställa rätt diagnos. Patienter föredrog avskildhet, framför allt i samtal om den personliga hälsan. En del patienter uppskattade dock att ha sällskap i undersökningsrum då de kände en viss trygghet ihop med andra patienter. Vissa patienter upplevde ändå en viss stress av att höra om andra patienters sjukdomar vilket kunde orsaka obehag.
Matiti & Trorey	Att genom intervjuer ta fram uppfattningar från patienter avseende värdighetsbevarande faktorer och åsikter om genomförandet av dessa.	Sex teman för värdighetsbevarande identifierades i den här studien. Patienterna ansåg att delaktighet, informationsflöde och kommunikation, sekretess, respekt och anständighet i behandlingen, hur de blev tilltalade och valmöjlighet i sin vård var essentiella punkter. Oberoende av vilken medicinsk situation patienter befann sig i hade de egna åsikter om sin värdighet och detta måste vårdande personal ta hänsyn till i sin bedömning/ behandling av patienter.

Nayeri & Aghajani	Att undersöka hur patienter upplever hur deras integritet tillvaratas och hur nöjda de är med hur de ses i det avseendet av behandlande personal.	Det finns ett allt större behov av utbildning och strategiutveckling avseende integritetsbegreppet när det gäller de kulturella skillnaderna i Iran. Riktlinjer och utbildning är viktigt för att få förståelse för patienters rättighet till integritet och värdighet. Pedagogiska program som riktar sig mot allmänhet och mediala informationskanaler måste utvecklas tillsammans med informationskampanjer för att öka medvetenheten i detta ämne. Övergrepp mot patienter bör rättsligt behandlas och lagar behöver vidareutvecklas för att skydda patienter och tillvarata deras rättigheter. Vidare forskning krävs framför allt av kvalitativ karaktär angående integritet där religion och kultur särskilt belyses.
Randers & Mattiasson	Att få en fördjupning i samspelet mellan patienter och vårdgivare och en djupare förståelse för begreppen autonomi och integritet i vårdsituationer.	Autonomi och integritetsbegreppen är intimt förknippade och odelbarheten är en förutsättning för att äldres värdighet ska kunna vidmakthållas och skyddas. Bekräftelse av den enskilda patienten och förståelse för dennes behov i den etiska vården och att se de äldre som unika människor minskar risken för ensidig vård och upprätthållande av den enskildes integritet. Genom förståelse av autonomi och integritet som begrepp kan planering och genomförande av den individuella vården underlättas.
Webster & Bryan	Att ta reda på hur äldre patienter ser på värdighet och värdighetsfrämjande åtgärder vid sjukhusvistelse.	De som deltog i studien hade bestämda uppfattningar om värdighetsbegreppet. Följande värdighetsfrämjande faktorer framkom., kroppsintegritet, renlighet, tidstillgänglighet från personal, kunna utöva egenkontroll och självständighet. Kommunikation och attityder mot äldre fanns som en viktig del.
Widäng & Fridlund	Att skildra manliga patienters syn på integritet	Genom att visa respekt och se patienten som hel och trovärdig människa kan vårdpersonal bevara integriteten hos dessa. En sammanfattning av patienters åsikter gjorde att tre kategorier kunde sammanfattas: förtroende, självrespekt och värdighet. Att kunna sätta gränser och ha självkontroll innebär för patienten att de har det självförtroendet som krävs för att bevara sin värdighet. Samarbetet mellan patient - vårdare är det som utgör grunden för värdighetsbevarande förtroende i vården.
Widäng <i>et.al.</i>	Att skildra hur kvinnliga patienter i Sverige ser på begreppet integritet inom sjukvården.	Vårdgivare bör, för att kunna se integritetsshotande situationer i vården delta i reflektionsdiskussioner som behandlar identifiering av sekretess och integritetskränkning. Vårdgivare skall ha kunskap om integritet och samspelet mellan vårdare - patient måste fungera för att stärka värdighet och sekretess. Integritetsbegreppet är subjektivt och abstrakt vilket innebär att mer forskning behövs.
Woogara	Att jämföra de sju faktorerna i dokumenten Essence of Care mot en observationsstudie om patienters rätt till integritet och värdighet upprätthålls och hur de respekteras i NHS (National Health Service)	Integritet och värdighet är ämnen som behöver integreras i utbildningsplaner för vårdande yrken. Doktorer, sjuksköterskor och utbildare måste lyfta fram dessa ämnen inom vården då det är den enskildes rättighet att bli behandlad med respekt och värdighet. Bevarande av patienters värdighet är, i den för patienten obekanta miljön, den professionella vårdgivarens ansvar. Därför är dokumenten Essence of Care viktiga för rätt vård för patienter.

3.1 Patienters upplevelse av bevarande av integritet och värdighet i omvårdnaden vid sjukhusvistelse

3.1.1 Miljö

Kränkningar av patienters integritet visar sig i många fall vara beroende av den miljö som omger dem. Det fysiska rummet anses inte tillräckligt skyddande och patienter upplever sig vara blottade trots ett visuellt skydd. Patienter i behov av enskildhet för att sköta sina elimineringsbehov anser

att enbart ett förhänge inte är tillräckligt för att dölja lukter och ljud (Matiti & Trorey 2008, Henderson *et.al.* 2009). Undersökningar, behandlingar och samtal med vårdpersonal betraktas som generande då andra personer kan höra samtalen vilket i sin tur kan leda till att information från patienterna om deras hälsotillstånd inte kommer fram. Insyn är, i de fall draperier inte är ordentligt fördragna, generande för dem som är föremål för behandlingar eller att de inte är klädda och blottande av kroppen sker vid undersökningarna. Arkitektoniska faktorer som påverkar är; flersalar där det enda skyddet mellan patienterna är ett tygförhänge/skärm som dras för vid vårdinsatser och läkarsamtal eller avsaknaden av avskilda rum (Karro *et.al.* 2005, Malcolm 2005, Woogara 2005, Baillie 2009).

3.1.2 Kommunikation/information

Den intima kommunikation som berör patient/vårdpersonal är en väsentlig del i patienternas värdighetsuppfattning. Ibland kan röstläget hos personalen vara högljutt vid diskussion. Detta kan förekomma trots andra patients närvaro i patientsalar. Läkare som går rond har en förmåga att stå vid sänggaveln hos patienten och diskutera högt om sjukdomstillstånden. Patienterna kan uppleva stress i situationer där de ska få besked om resultat från en undersökning eller ska tala om symtom. Önskemål om samtal i avskildhet eller att läkarna kommer närmare patienten och sänker röstläget vid samtalet framkommer med tydlighet i studierna. Patienter med nedsatt hörsel bör beaktas, de samtal som förs med denna patientkategori bör vara i ett avskilt rum där patienten ostört kan uppfatta vad som sägs i samtalet avseende dennes behandling. Upplýsande information om vårdande åtgärder till patienter gör att de känner att värdigheten bevaras på ett bättre sätt då de har mer kontroll över den egna situationen och kan behålla den personliga integriteten (Malcolm 2005, Woogara 2005, Matiti & Trorey 2008, Henderson *et. al.* 2009, Webster & Bryan 2009, Nayeri & Aghajani 2010).

3.1.3 Bemötande/ansvar

Att bemötas med respekt och aktning för sin person är för patienter essentiellt i vården. Människor som besöker sjukvården ska behandlas lika och högre status i samhället ska inte innebära särbehandling och bättre vård. De som kommer från andra kulturer ska få information om behandling/ställningstagande genom tolk för att undvika missförstånd mellan personal och patienter. När personal lyssnar på patienterna och förstår deras behov förstärks patienters autonomi och bekräftar att de blir sedda som värdiga och jämlika människor. För att visa respekt och värdighet mot patienten bör vårdpersonalen knacka på dörren innan de går in och presentera sig med namn och titel när de kommer in i rummet. Patientbemötandet ska ske med värdighet, hövlighet och respekt för patientens person. Samtal skall vara med patienten istället för om

patienten då det annars ses värdighetskränkande att tala över deras huvuden. Privata samtal eller samtal om andra, där patienter inte har del, skall inte äga rum på sal där de befinner sig (Hallström & Elander 2001, Widäng & Fridlund 2003, Randers & Mattiasson 2004, Widäng *et.al.* 2008, Baillie 2009, Henderson *et.al.* 2009, Webster & Bryan 2009).

3.1.4 Delaktighet/etik

För att bevara värdigheten anser patienter att delaktighet i den egna vården är av stor vikt. I aspekten delaktighet ingår även personalens tidsutrymme att lyssna, ta in patienters åsikter och ge förklaringar till procedurer i vården. Etiska övergrepp anses vara de tillfällen då personal glömmer att de har patienter på toaletten, tar patienter till undersökningsrum utan proper klädsel eller andra situationer som kränker den personliga integriteten (Hallström & Elander 2001, Widäng & Fridlund 2003, Malcolm 2005, Widäng *et. al.* 2008, Henderson *et al.* 2009, Webster & Bryan 2009).

3.2 Kvalitetsgranskning av artiklarnas datainsamlingsmetoder

Studiernas datainsamlingsmetod presenteras i nedanstående tabell enligt nedanstående rubriker samt ett förtydligande av respektive studies undersökningsgrupp.

Tabell 4. Sammanfattning av undersökningsgrupp och datainsamlingsmetod

Författare	Urvalskriterier:	Tillvägagångssätt:	Urvalsmetod:	Deltagare i studien:
Baillie	Inklusionskriterier: Engelsktalande patienter, verbala och varit inlagda minst två dagar på sjukhuset. Anställd personal på avdelningen. Inga exklusionskriterier finns angivna.	Forskningsetisk prövning gjordes. Möten med deltagande personal hölls. Patienter tillfrågades först av personalen om medverkan och fick sedan träffa intervjuaren vid medgivande om att delta i observationsstudien. Skriftlig information lämnades om studien och alla deltagare garanterades anonymitet och att de fick lämna studien om de önskade. Anonymiserad data till studien samlades in under 2005 efter Yin's(2003) rammodell.	Bekvämlighetsurval gjordes på en vårdavdelning vid ett sjukhus på engelska landsbygden.	24 patienter, 15 män och 9 kvinnor i åldersgrupp mellan 34-92 år i varierade samhällsklasser. Samtliga patienter, utom två vilka var medicinpatienter, som observerades i studien hade urologiska åkommor. 26 personal på en vårdavdelning observerades, sett ur ett patientperspektiv, under arbetet. 19 personal intervjuades varav 6 föreståndare.

Hallström & Elander	<p>Inklusionskriterier: Att förstå svenska, mentalt och fysiskt orka delta i studien. Medicinsk och kirurgisk behandling skulle ingå.</p> <p>Inga exklusionskriterier finns angivna.</p>	<p>Studien godkändes av forskningsetiska kommittén på sjukhuset. Möjliga deltagare förfrågades av sjuksköterska på avdelningen om de ville vara med i studien och därefter gavs namnet ut till intervjuaren som kontaktade patienten om semistrukturerad intervju. Deltagarna garanterades anonymitet och frivillighet och gav ett skriftligt medgivande för sitt deltagande.</p>	<p>Bekvämlighetsurval gjordes av sjuksköterskor på respektive avdelningar vid tre medicin- och tre kirurgavdelningar. Platsen var ett universitetssjukhus i Sverige.</p>	<p>10 män och 10 kvinnor intervjuades, ålder mellan 18-83 år. Kroniskt sjuka, terminala patienter och patienter med mindre sjukdomssymtom utsågs till intervju.</p>
Henderson <i>et.al.</i>	<p>Inklusionskriterier: Patienter vårdade på ett fyrbäddsrum under observationsperioden. Personal arbetande på avdelningen.</p> <p>Inga exklusionskriterier finns angivna.</p>	<p>Etiskt godkännande erhöles från sjukhuset Patientintervjuer av diskussionskaraktär och personalobservationer riktade mot behandling av patienter gjordes. Patienterna försäkrades om att deltagande inte skulle påverka kvalitén på vården.</p>	<p>Personal valdes ut genom bekvämlighetsurval. Patienter randomiserades under varje specifik observation/intervjuperiod. Totalt fyra veckor på ett sjukhus i Queensland; Australien.</p>	<p>39 patienter var av 15 män och 24 kvinnor observerades och intervjuades. Medelålder 74 år.</p>
Karro <i>et.al.</i>	<p>Inklusionskriterier: Patienter ska vara 18 år eller äldre.</p> <p>Exklusionskriterier Att inte kunna kommunicera, samarbeta eller fylla i ett frågeformulär.</p>	<p>St Vincents forsknings-etiska kommitté godkände studien. Frågeformulär på 9 frågor enl. Lickert delades ut.</p>	<p>Konsekutivt urval av patienter i väntrummet på en akutmottagning i Australien under 2 veckor i november 2003.</p>	<p>235 av 1169 patienter, oberoende av kön, vilka sökte akutmottagningen på sjukhuset besvarade enkäterna.</p>
Malcolm	<p>Inga inklusions- eller exklusionskriterier nämnda.</p>	<p>Den regionala etiska kommittén godkände studien. Stratifierat urval gjordes avseende ålder och kön från snöbollsurvalet för en semikonstruerad inspelad intervju vilken sedan transkriberades. Patienterna fick muntlig och skriftlig information som skrevs under, de garanterades anonymitet och möjlighet att dra sig ur undersökningen.</p>	<p>Snöbollsurval gjordes av forskaren i en stad på Nya Zeeland.</p>	<p>11 Nya Zeeländare samt en brittiskfödd invånare ingick i studien.</p>

Matiti & Trorey	<p>Inklusionskriterier: Patienterna över 16 år och som befann sig på avdelningen.</p> <p>Exklusionskriterier: Patienter som var mycket sjuka, dementa eller förvirrade uteslöts av etiska skäl.</p>	<p>Godkänd från berörda etiska kommittéer. Semistrukturerade frågor som spelades in och transkriberades. Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om studien. Att inte delta i studien skulle inte påverka deras vård och de kunde dra sig ur studien när de önskade.</p>	<p>Bekvämlighetsurval gjordes av forskaren på 3 sjukhus i Storbritannien under 18 månader.</p>	<p>102 deltagare, 53 män och 49 kvinnor inkluderades i studien. Alla var vita förutom en färgad afrikansk man.</p>
Nayeri & Aghajani	<p>Inklusionskriterier: Att alla skulle vara inskrivna på akutmottagning, fyllda 15 år, medvetna, samarbetsvilliga att svara på frågorna, inte ha psykisk sjukdom samt vilja medverka i studien. Exklusionskriterier: Patienter som inkom mellan 22:00 och 08:00 till akutmottagningen deltog inte i studien.</p>	<p>Ethical Centre på Teheran Medical University gav sitt godkännande till studien. Ett frågeformulär i tre sektioner utformades vilket granskades av 10 experter som efter vissa förändringar innehållsvaliderade detta. Deltagarna blev informerade om att studien var frivillig och att man kunde dra sig ur studien om de så önskade.</p>	<p>Bekvämlighetsurval gjordes på tre akutmottagningar i Teheran. Studien genomfördes under en tremånaders period år 2007.</p>	<p>360 patienter (medelålder 44,18) deltog i studien.</p>
Randers & Mattiasson	<p>Inklusionskriterier: Vårdpersonal som arbetat på avdelningen 2-5 år och genomgått etisk utbildning.</p> <p>Inga exklusionskriterier finns angivna.</p>	<p>Etisk prövning har genomförts i Huddinge. En observationsstudie genomfördes genom att forskarna gjorde fältanteckningar oberoende av varandra vilka spelades in och jämfördes. Deltagarna fick information om frivillighet i studien och när observationerna ägde rum. Vårdade patienter fick även information om att en studie pågick.</p>	<p>Strategiskt urval gjordes på en sjukavdelning i Sverige. Observationerna genomfördes mellan maj 2000 till januari 2001.</p>	<p>30 vårdpersonal, alla kvinnor, deltog i studien. 21 stycken följdes upp efter 12 månader och 18 stycken följdes upp efter 6 månader.</p>
Webster & Bryan	<p>Inklusionskriterier: Att deltagarna var äldre personer och att det hade varit längre än 72 timmar på en avdelning vid ett sjukhus i England. Frivilliga att delta i studien.</p> <p>Exklusionskriterier: Patienter som inte återvände till sina hem, inte kunde engelska utan tolk, psykisk sjukdom och de med kognitiva nedsättningar.</p>	<p>Ett etiskt godkännande mottogs från den lokala forskningsetiska kommittén. En semistrukturerad inspelad intervjustudie gjordes i hemmet efter hemkomst inom 7-13 dagar vilken transkriberades enligt Colaizzi (1978). Deltagarna fick både skriftlig och muntlig information om studien. Anonymitet intygades. Avdelningspersonal fick också information och fick ge sitt godkännande till studien.</p>	<p>Ett strategiskt urval gjordes på avdelningen. Studien genomfördes på District General Hospital, England.</p>	<p>10 av 22 tillfrågade patienter i åldern 73-83 år deltog i studien.</p>

Widäng & Fridlund	<p>Inklusionskriterier: Män födda i Sverige med svenska som modersmål.</p> <p>Exklusionskriterier: Kvinnor.</p>	<p>Etisk prövning gjordes i Jönköping. En intervjuguide användes där första frågan var öppen. Åtta blev intervjuade i hemmet och sju stycken i ett konferensrum vid återbesök på sjukhuset. Skriftlig information om studien och deltagarvillkoren gavs ut till patienterna av sjuksköterskor på den avdelning de vårdats.</p>	<p>Strategiskt utvalda deltagare för intervju på ett sjukhus i södra Sverige mellan åren 2000 och 2001.</p>	<p>17 manliga patienter utvaldes till studien.</p>
Widäng <i>et.al.</i>	<p>Inklusionskriterier: Kvinnor med erfarenhet av medicinsk eller kirurgisk vård, födda i Sverige och tala svenska.</p> <p>Exklusionskriterier: Män.</p>	<p>En etisk kommitté godkände att studien kunde genomföras. En intervjuguide användes för intervjun med en öppen första fråga, intervjun spelades in och transkriberades. De deltagande kvinnorna fick ett informationsbrev om studien. Brevet innehöll uppgifter om studien, sekretess för deltagarna och rätten till att avbryta när de önskade.</p>	<p>Strategiskt utvalda deltagare togs ut för intervju på ett sjukhus i Sverige mellan åren 2003 och 2004.</p>	<p>15 kvinnor utsågs att delta i studien.</p>
Woogara	<p>Inga inklusions eller exklusionskriterier finns angivna.</p>	<p>Etisk prövning har gjorts. Observationsstudie gjordes för att se personalens beteende och ostrukturerade/semistrukturerade intervjuer av patienter. Deltagarna gavs information om anonymitet och frivilligt deltagande. I de fall den deltagande inte kunde meddela sig fick tillåtelse inhämtas av närmaste släkting</p>	<p>Opportunistiskt (de som sa ja till deltagande) val av deltagare. Forskningen genomfördes mellan första januari och juli 2002 på 3 akut-mottagningar i England.</p>	<p>73 patienter och 34 personal sade ja till att delta. Ingen uppgift om antal tillfrågade.</p>

4. Diskussion

4.1 Huvudresultat

Resultatet i denna studie visar att omgivning och arkitektoniska miljöer är framträdande orsaker till patienters negativa upplevelser i vården. Kommunikativa svårigheter och utebliven information om medicinska åtgärder och undersökningar, tillsammans med personalens bemötande och beteende, gör att patienters integritet och värdighet åsidosätts. Vårdtagarna vill känna delaktighet i sin vård och få information om sin situation vilket stärker känslan av att de behandlas med respekt från vårdpersonalens sida. Etiska kränkningar av patienters integritet och värdighet, under sjukhusvistelse, är i stort beroende av vårdpersonalens agerande vid vårdssituationer där patienter blottas eller utsätts för undersökningar utan tillräckligt skydd runt patienten.

4.2 Resultatdiskussion

Resultatet i artikelgranskningen som genomfördes resulterade i fyra huvudteman som enligt patienter påverkade deras syn på integritet och värdighet vilka här diskuteras individuellt i nedanstående teman.

4.2.1 Miljö

I denna studie kan det konstateras att den skyddande omgivande miljön är en av de viktigaste delarna för att bevara integritet och värdighet hos utsatta patienter. De avskärningsmaterial som existerar i dagens vårdlokaler håller undermålig standard. Studier från olika delar av världen bekräftar detta resultat. Erdil och Korkmaz (2009) och Lin och Tsai (2010) bekräftar i sina studier att bristande lokaliteter har en allvarlig påverkan på patienters hälsa då de inte kan bevara sin autonomi och integritet. Författarna till denna studie har även egna erfarenheter där det förekommer draperier som inte är fördragna, skärmväggar där anhöriga till andra patienter kan se över eller höra samtal och dörrar som inte är stängda trots pågående undersökningar.

Ett talande och beskrivande exempel är en patient som berättar:

” I found it quite appalling that I was on a mixed sex ward with the kind of illness I had. I was using the commode beside my bed 19 to 20 times a day. There was so little space between the beds that I found this very difficult ” (Dawood & Gallini sid. 29, 2010).

4.2.2 Kommunikation/information

I denna studie har det framkommit att bristen på sekretess och diskretion i samtal mellan patienter och vårdande personal är ett återkommande problem. Återigen är det miljön och den vårdande personalens beteende och attityder som är den avgörande orsaken. Patienter upplever stress i de situationer som uppstår när de ska tala om symtom eller få reda på resultat av en undersökning. Önskemål om avskilda samtal i dessa ämnen framkommer med tydlighet i flera av studierna (Malcolm 2005, Woogara 2005, Matiti & Trorey 2008, Henderson *et. al.* 2009, Webster & Bryan 2009, Nayeri & Aghajani 2010). Möjligheter till enskilda samtal och att då kunna bevara sin autonomi, är en väsentlig del för patienters upplevelse av att känna sig sedda. Det innebär en frustration över att inte kunna berätta om sina problem pga. att andra kan höra samtalen enligt Dawood och Gallini (2010). Genom att ge information om vilka undersökningar som skall ges till patienter kan de förbereda sig och känna sig mer delaktiga i sin vård. Information handlar inte bara om att *ge* utan även om att *få* för den som vårdar, det här skapar ett positivt förtroendeklimat som gör relationen värdefull för båda parter (Price 2004).

4.2.3 Bemötande/ansvar

Författarna till denna studie anser att en människa utsatt för en kris i sin sjukdom är sårbar för intryck som kan förvärra dess situation. I det första mötet mellan två människor är det därför viktigt, för den relation som skapas, att bemötandet från den hjälpande är korrekt och sker med respekt för den andres person. Oavsett hur situationen ser ut är det den professionella som bär ansvaret för att utgången ska bli så bra som möjligt för den drabbade.

Alla patienter skall oavsett kön, ålder eller härkomst behandlas lika och människan skall tas tillvara som autonom med bestämmande över sin egen person, vilket finns nedskrivet i Förenta Nationernas stadgar; Universal Declaration of Human Rights (1948). Författarna till denna studie har vid ett flertal tillfällen uppmärksammat att patienter som kommer från andra länder och har ont negligeras. Detta kan bero på bristande förståelse från vårdpersonalen för hur andra kulturer uttrycker smärta, vilket inte är förenligt med ovanstående stadgar och att vårdpersonalen inte ser patientens omedelbara behov av hjälp. Vid akuta situationer där ansvaret för patientens liv måste gå i första hand, kan det inträffa att vårdpersonalens ansvar som informatör till patienter och anhöriga kommer i andra hand. Det är då viktigt för sjuksköterskan att inte glömma bort sitt ansvar att informera, även om det sker i efterhand efter att ha stabiliserat ett livshotande tillstånd. Att möta en sjuk människa innebär att respektera dennes autonomi och därigenom upprätthålla värdigheten och integriteten i vårdsituationer (Randers & Mattiasson 2004), vilket är ett bemötande som får anses värdigt och ansvarsfullt för den professionella vårdpersonalen.

4.2.4 Delaktighet/etik

Denna studie visar att en del i en patients tankegångar för att må bra och kunna förbättra sitt hälsotillstånd, är att som patient få vara med och bestämma vilken behandling passar, beroende på sjukdom och det civilt ordnade dagliga livet. Enkla förklaringar utan medicinska termer eller att det tolkas till ett språk som patienten förstår, kan få patienterna att förstå på ett för dem begripligt sätt. Att vara en god lyssnare, vara professionell och ha de kunskaper som krävs för att kunna förklara behandlingsmetoder och eventuella dröjsmål är för vårdande personal då en väsentlig del i yrkesutövandet. Nyckeln enligt Henderson *et.al.* (2009) är, inte särskilt överraskande, den verbala kommunikationen mellan individer för att uppnå att patienten känner sig sedd och kan acceptera behandlingar eller att det är en ansträngd och upptagen situation för vårdpersonal på en avdelning. Jacelon´s (2002) studie visar att det är personalens beteende och attityder som påverkar patienternas känsla av delaktighet. Tidig information och engagemang från vårdpersonalen påvisade en högre grad av värdighetsbevarande för de äldre patienterna. Etiska övergrepp sker ständigt, vilket är en personlig uppfattning av denna studies författare. Exempel som kan nämnas är blottande av patient i korridorer, patientkläder som avslöjar mer om patienters kroppsutseende än de döljer och toalettdörrar som lämnas på glänt för att ha översyn på patienterna. Det som verkar vara patienters största bekymmer är blottande av privata kroppsdelar och att de inte får vara ifred för att uträtta toalettbehov eller att lukter sprids. Den privata sfären accepteras inte och patienterna känner att de inte har kontroll över situationen och blir kränkta i sin integritet. En naturlig del i helheten, där patienter kan acceptera en för dem obekväms situation, är att de som vårdar har en blick för patientens unika och omedelbara behov enligt hur Orlando (1990) beskriver i sin omvårdnadsteori. En patient ska ses som hel individ och individens vanor och önskemål måste gå i första rummet för att inte kränka integriteten (Randers & Mattiasson 2004).

4.2.5 Kvalitetsgranskning

Samtliga studier har genomgått etisk prövning och deltagarna i studierna är korrekt informerade att en studie genomdrivs. Deltagarnas sammansättning är noga beskriven men det finns inte bearbetat hur eller varför det har förekommit bortfall i de flesta studierna, vilket får anses vara en svaghet. Endast två av tolv artiklar har nämnt och förklarat bortfall, Randers och Mattiasson (2004) och Karro *et.al* (2005). Samtliga studier utom två Malcolm (2005) och Woogara (2005) har inklusionskriterier. Däremot saknas exklusionskriterier i sex studier, Hallström och Elander (2001), Randers och Mattiasson (2004), Malcolm (2005), Woogara (2005), Baillie (2009) och Henderson *et. al.* (2009). Urvalet av deltagare är därigenom en osäkerhetsfaktor att ta hänsyn till i hur hög validitet artiklarna har i ett vidare perspektiv. I rena intervjustudier bör den som intervjuar

vara medveten om att kroppsspråk och talet inte alltid överensstämmer. En patientintervju kan, om patienten fått agg till den som vårdat men blivit korrekt behandlad, ge en skev bild av verkligheten. Forsberg och Wengström (2008) skriver att balansgången mellan neutralitet och närheten till den intervjuade är svår då perceptionen av den intervjuade personens uttryck kan vara svåra att tolka. Detta gör att författarna till denna studie anser att en kombinationsstudie där både patienter och vårdpersonal först observeras och därefter intervjuas för att vidimera observationerna, bör vara optimalt för en studies validitet. De enkätstudier, Karro *et. al.* (2005) och Nayeri och Aghajani (2010), som tagits med i denna studie kan vara av osäker kvalitet då Karro *et. al.* (2005) har en mycket låg svarsprocent på sina frågeformulär (20 procent) och Nayeri och Aghajani (2010) har ett egentillverkat frågeformulär, även om författarna till de studierna anser att frågeformulären mäter det författarna ville få fram.

4.3 Metoddiskussion

Metodvalet till denna litteraturstudie var att söka information till frågeställningarna från de vetenskapliga sökmotorer som tillhandahålls via HiG:s bibliotekshemsida. Initialt söktes artiklar som inte var äldre än fem år för att forskningen kring patienters syn på sin integritet och värdighet i en vårdsituation skulle vara så aktuell som möjligt. Detta visade sig svårt då utfallet på sökningarna blev för få och därför utökades söktiden till tio år för att få tillräckligt antal artiklar att genomföra litteraturstudien på. Ett flertal av de artiklar vars abstract passade in i studien kunde inte hämtas då de var belagda med avgifter för hämtning, vilket gör att studien inte är heltäckande i artikelhänseende. Artiklarnas kvalitet begränsas av att vedertagna standardiserade frågeformulär för studierna inte har använts. Det som används i flertalet av de kvalitativa artiklarna är inledande öppna eller tematiska frågor för att möjliggöra en diskussion med patienterna. En kvantitativ artikel Karro *et.al.* (2005) använde sig av ett frågeformulär från en tidigare studie där frågorna finns presenterat i artikeln men det ges ingen uppgift om reliabilitet eller validitet. Den andra kvantitativa artikeln i studien Nayeri och Aghajani (2010) använde sig av ett eget formulär, vilket enligt författarna till den artikeln är expertgranskat och metodiken i instrumentet finns beskrivet i artikeln.

Analysmetoderna är i huvudsak beskrivna och hänvisning finns till olika metoder för analys av intervjuerna och observationerna som bedrivits, vilket stärker artiklarnas trovärdighet.

Vidare används i denna litteraturstudie tre kombinationsstudier på personal/patienter, Woogara (2005), Baillie (2009), Henderson *et.al* (2009), och en observationsstudie, Randers och Mattiasson (2004), av personal som nyligen genomgått etisk utbildning för att vidimera de resultat som kommit fram från patientintervjuerna i de andra artiklarna. Detta stärker reliabiliteten

i denna litteraturstudie. Ytterligare en faktor som stärker resultatet, är att artiklarna representerar flera av världens länder och kontinenter vilket visar på liknande fenomen gällande bevarande av patienters integritet och värdighet. För att få en djupare insikt i hur patienter upplever att deras person bemöts i vården, kan en litteraturstudie som denna kombineras med en observations och/eller intervjustudie vilket ytterligare skulle stärka trovärdigheten. Tidsutrymmet för uppsatsen begränsar dock valet av en utvecklad studie vilket är en svaghet i sig.

4.4 Allmän diskussion

Filosofin hos omvårdnadsteoretiker Ida Jean Orlando är ett förhållande mellan patient/vårdare *här* och *nu*. Reflektion skall ske fortlöpande för att identifiera patientens behov och vårdarens lojalitet/ansvar måste finnas hos patienten i den omedelbara situationen. Begreppet *människa* ges ett starkt uttryck i Orlando's teori. Människan är unik, individuell, ständigt föränderlig och ses som en ansvarstagande person även när han/hon drabbats av ohälsa (Orlando 1990). Det innebär att kommunikation mellan patienter och vårdande personal är viktig för att skapa ett mellanmänniskt klimat i vårdande situationer vilket borde vara en självklarhet.

Det som kan konstateras ur denna studies resultat är att den omgivande miljön har en väsentlig betydelse för bevarandet av patienters integritet och värdighet. Avskärningsmaterial för att skydda patienter såsom skärmar och draperier är inte tillräckliga för att garantera en miljö där patienterna är fredade från insyn eller att andra hör vad som sägs. I de fall där dörrar finns är de inte tillräckligt konstruerade för att stängas per automatik eller att personal glömmer att stänga, vilket har observerats vid ett flertal tillfällen av författarna till denna studie. Personalen måste i sina ageranden när de har patientkontakt tänka i flera steg för att bevara integritet och värdighet hos patienterna. Författarna till denna studie anser att det är vårdgivarens absoluta ansvar att ge patienter respekt för den privata sfären så de kan känna sig bekväma och trygga vid sjukhusvistelse, framför allt vid undersökningar, behandlingar och enskilda samtal.

Ytterligare utbildning och återkommande repetitionsutbildningar måste lyfta fram dessa viktiga ämnen inom vården då det är patienters rättighet att bli behandlad med respekt och värdighet, vilket även styrks av Lin och Tsai (2010). En fråga som bör ställas i dessa utbildningar är; Varför går det fel? I vårdutbildningar ingår idag etisk utbildning och detta borde kunna vara till fördel för patienterna och deras vård. Sekretess av journalhandlingar och journalsystem har hög prioritet men patienters integritet tillvaratas inte med samma noggrannhet.

Är det då andra faktorer som påverkar patientintegriteten? Det är inte omöjligt att frågan bör lyftas fram redan när en vårdavdelning planeras på ritbordet för att till exempel undvika väntplatser i korridorer eller flerbäddsrum. För författarna till denna studie står det klart att det

framför allt är den vårdande miljön som måste åtgärdas, ett enkelrum för undersökningar och samtal måste anses som optimalt i detta hänseende då det bör minska risken betydligt för etiska övertramp. I Förenta Nationernas stadgar; Universal Declaration of Human Rights (1948), står att alla patienter oavsett kön, ålder eller härkomst skall behandlas lika och att människan skall tas tillvara som autonom med bestämmande över sin egen person.

Författarna till denna studie anser med utgångspunkt från detta;

Det är varje människas okränkbara rättighet att kunna bevara sin integritet och värdighet i situationer som kan uppstå när de lämnar över sig själva i andras händer.

En konkret slutsats är att mer informerande utbildning i ämnet integritet och värdighet behövs i vården. Det är ett viktigt område som det bör forskas mer i och fler kvalitativa studier behövs där personal och patienter observeras och intervjuas för att kartlägga brister i detta etiskt känsliga ämne.

Acknowledgement

The authors would like to thank Eva Westergren for her professional guidance and patience in the progress of this study.

5. Referenser

- Baillie L. (2009) Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies* **46**, 23-37.
- Baillie L., Ford P., Gallagher A. & Wainwright P. (2009) Dignified care for children and young people: nurses' perspectives. *Paediatric Nursing* **21**(2).
- Dawood M. & Gallini A. (2010) Using discovery interviews to understand the patient experience. *Nursing Management* **17**(1).
- Erdil F. & Korkmaz F. (2009) Ethical problems observed by student nurses. *Nursing Ethics* **16**(5).
- Forsberg C. & Wengström Y. (2008) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Natur & Kultur, Stockholm
- General Assembly of The United Nations (1948) *Universal Declaration of Human Rights*. Hämtad från: http://www.eduhi.at/dl/Universal_Declaration_of_Human_Rights.pdf den 2011-10-07.
- Griffin-Heslin V.L. (2005) An analysis of the concept dignity. *Accident and Emergency Nursing* **13**, 251-257
- Hallström I. & Elander G. (2001) Needs During Hospitalization: Definitions and descriptions made by patients. *Nursing Ethics* **8**(5).
- Henderson A., Van Eps M.A., Pearson K., James C., Henderson P. & Osborne Y. (2009) Maintenance of patient's dignity during hospitalization: Comparison of staff-patient observations and patient feedback through interviews. *International Journal of Nursing Practice* **15**, 227-230.
- Jacelon C. S. (2002) Attitudes and behaviors of hospital staff toward elders in an acute care setting. *Applied Nursing Research* **15**(4) 227-234.
- Karro J., Dent A.W. & Farish S. (2005) Patient perceptions of privacy infringements in an emergency department. *Emergency Medicine Australasia* **17**, 117-123
- Kristoffersen N. J., Nortvedt F. & Skaug E-A. (2005) *Grundläggande omvårdnad del 1*. Liber AB, Stockholm.
- Lin Y-P. & Tsai Y-F. (2010) Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview studie. *Journal of Advanced Nursing* **67**(2), 340-348.
- Malcolm H. A. (2005). Does Privacy Matter? Former patients discuss their perceptions of privacy in shared hospital rooms. *Nursing Ethics* **12**(2).
- Matiti M. R. & Trorey G. M. (2008) Patient's expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing* **17**, 2709-2717.
- McCance T., Slater P. & McCormack B. (2008) Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centered nursing. *Journal of Clinical Nursing* **18**, 409-417.

- Nayeri N. D. & Aghajani M. (2010) Patient's privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study. *Nursing Ethics* **17**(2), 167-177.
- Orlando I.J. (1990) *The dynamic Nurse-Patient Relationship*. National League for Nursing. New York.
- Price B. (2004) Demonstrating respect for patient dignity. (2004) *Nursing Standard* **19**(12), 45-51.
- Prideaux A. (2010) Male nurses and the protection of female patient dignity. *Nursing Standard* **25**(13), 42-49.
- Randers I. & Mattiasson A-C. (2004) Autonomy and integrity: upholding older adult patients' integrity. *Journal of Advanced Nursing* **45**(1), 63-71.
- Socialstyrelsen 2005-105-1 (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf den 2011-04-14.
- Socialstyrelsen 2010-7-5 (2010) *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18095/2010-7-5.pdf> den 2011-09-24.
- Ulrich C.M., Taylor C., Soeken K., O'Donnell P., Farrar A., Danis M. & Grady C. (2010) Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* **66**(11), 2510-2519.
- Webster C. & Bryan K. (2009) Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of Clinical Nursing* **18**, 1784-1792.
- Widäng I. & Fridlund B. (2003) Self-respect, 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.
- Wolf Z.R. & Zuzelo P.R. (2006) "Never again" stories of nurses: dilemmas in nursing practice. *Qualitative Health Research* **16**(9), 1191-1206.
- Woogara J. (2005) Patients' rights to privacy and dignity in the NHS. *Nursing Standard* **19**(18) 33-37.