

Finns en läkande vårdatmosfär?  
En kvalitativ studie om betydelsen av  
vårdmiljö och bemötande för patienter

Brita Nordblad

Master of Public Health

MPH 2012:3



**norden**

Nordic School of Public Health  
NHV

Finns en läkande vårdatmosfär?  
En kvalitativ studie om betydelsen av vårdmiljö och bemötande för patienter.

© Nordic School of Public Health NHV  
ISSN 1104-5701  
ISBN 978-91-86739-27-0

# Master of Public Health

## – Examensarbete –

|                                                                                                             |                                  |                                            |                                                  |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------|
| Examensarbetets titel och undertitel                                                                        |                                  |                                            |                                                  |                                  |
| Finns en läkande vårdatmosfär? En kvalitativ studie om betydelsen av vårdmiljö och bemötande för patienter. |                                  |                                            |                                                  |                                  |
| Författare                                                                                                  |                                  |                                            |                                                  |                                  |
| Brita Nordblad                                                                                              |                                  |                                            |                                                  |                                  |
| Författarens befattning och adress                                                                          |                                  |                                            |                                                  |                                  |
| Planeringsledare i Primärvården Göteborg, Vårdcentrum Kungshöjd, Kaserntorget 11 A, 411 18 Göteborg         |                                  |                                            |                                                  |                                  |
| Datum då examensarbetet godkändes<br>2012-02-17                                                             |                                  |                                            | Handledare NHV/Extern<br>Professor Anders Möller |                                  |
| Antal sidor<br>45                                                                                           | Språk – examensarbete<br>Svenska | Språk – sammanfattning<br>Svenska/Engelska | ISSN-nummer<br>1104-5701                         | ISBN-nummer<br>978-91-86739-27-0 |

**Bakgrund:** De medicinska insatser, omvårdnad och rehabilitering som erbjuds patienter i primärvård idag är vedertagna och vanligtvis evidensbaserade. Patienter kan få diagnos, behandling och ofta bot för många åkommor. En dimension som dock mindre ofta är tillvaratagen är effekterna av en genomtänkt fysisk miljö. Ett respektfullt bemötande i kombination med en genomtänkt vårdmiljö kan beskrivas som en god vårdatmosfär. Syftet med studien är att undersöka hur patienter upplever och uppfattar vårdatmosfären vid besök på en rehabiliteringsenhet i primärvård.

**Metod:** Kvalitativa forskningsintervjuer och kvalitativ innehållsanalys

**Huvudresultat:** En vårdatmosfär kan delas in i tre domäner: Fysisk miljö, Bemötande och Organisation. Inom domänerna finns ett antal kategorier med variationer: Känsla av kontroll, Fysiska förutsättningar för att bli uppmärksam, Subjektiva upplevelser av miljön, Kunskap om miljöns effekter, Uppmärksamhet och bekräftelse, Kommunicerar, Helhetssyn, Patienten i fokus, Delaktighet, Empati, Jämlikt möte, Att göra det ”lilla extra”, Innehåll och utbud, Tillgänglighet, Kontinuitet, Vårdkedjor och samverkan, Jämlik vård, Patientens rättigheter, Bemötandeanda och förbättrings- och utvecklingsanda. Temat som framkommit är Att bli sedd, att vara värdefull.

**Slutsats:** Till begreppet vårdatmosfär kan förutom vårdmiljö och bemötande, organisation läggas till. Organisationen ger förutsättningar eller kan försvåra. Ett tema håller samman alla kategorier och det är betydelsen av att bli sedd som ger budskap om att vara värdefull.

Nyckelord

health facility environment, professional-patient relation, patient satisfaction, qualitative research, supportive design

# Master of Public Health

## –Thesis–

|                                                                                                                                                                             |                            |                                      |                                                    |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------|
| Title and subtitle of the thesis                                                                                                                                            |                            |                                      |                                                    |                              |
| Does a Healing Atmosphere in Care Settings Exist? A Qualitative Study of the Importance of Physical Environment and Interactions between Patients and Health Professionals. |                            |                                      |                                                    |                              |
| Author                                                                                                                                                                      |                            |                                      |                                                    |                              |
| Brita Nordblad                                                                                                                                                              |                            |                                      |                                                    |                              |
| Author's position and address                                                                                                                                               |                            |                                      |                                                    |                              |
| Planning leader in Primary Care in Gothenburg. Primärvården Kungshöjd, Kaserntorget 11 A, 411 18 Göteborg                                                                   |                            |                                      |                                                    |                              |
| Date of approval<br>2012-02-17                                                                                                                                              |                            |                                      | Supervisor NHV/External<br>Professor Anders Möller |                              |
| No. of pages<br>45                                                                                                                                                          | Language—thesis<br>Swedish | Language—abstract<br>English/Swedish | ISSN-no<br>1104-5701                               | ISBN-no<br>978-91-86739-27-0 |

**Background:** Medical treatment, care, and rehabilitation offered to patients in primary care settings are established and mostly evidence-based. Patients can receive diagnose, treatment and, quite often, cure. A dimension that receives less attention involves the effects of a carefully planned physical environment. Combined with a carefully planned environment, respectful interaction between patients and health professionals enhances the atmosphere of care settings.

**Aim:** This study aimed to investigate how patients experience the atmosphere they encounter when visiting a rehabilitation unit within a primary care unit.

**Method:** Qualitative research interviews and qualitative content analysis

**Results:** The atmosphere in care settings encompasses three domains: physical environment, interaction between patients and health professionals, and the organization. Within these domains, categories include sense of control, physical conditions for to attract attention, subjective experience, knowledge of the effects of the environment, attention to and confirmation of the patient, communication, holistic view of the patient, patient in focus, participation, empathy, equality in the meeting, To do “the little more”, healthcare content, accessibility, continuity, cooperation, equal care, patient rights, spirit of interaction between patient and health professional, and spirit of improvement and development. The major themes that emerged were the patient’s need to be noticed and valued.

**Conclusion:** Our results suggest that the organization should be added to the concepts of atmosphere in care settings. The organization can create and obstruct care conditions. The overarching theme of these categories is the patient’s need to be noticed and valued.

Key words

health facility environment, professional-patient relation, patient satisfaction, qualitative research, supportive design

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|                                                    |           |
|----------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Introduktion.....</b>                        | <b>5</b>  |
| 1.1. Personlig inledning                           |           |
| 1.2. Bakgrund                                      |           |
| 1.3. Tidigare forskning                            |           |
| 1.4. Sjukhusarkitektur i Norden                    |           |
| <b>2. Folkhälsoperspektiv.....</b>                 | <b>13</b> |
| <b>3. Motiv för studien.....</b>                   | <b>14</b> |
| <b>4. Syfte och forskningsfrågor.....</b>          | <b>15</b> |
| <b>5. Metod.....</b>                               | <b>16</b> |
| 5.1. Design                                        |           |
| 5.2. Deltagare i studien                           |           |
| 5.3. Datainsamling                                 |           |
| 5.4. Kvalitativ forskningsintervju                 |           |
| 5.5. Analys                                        |           |
| 5.6. Etiska överväganden                           |           |
| <b>6. Resultat.....</b>                            | <b>19</b> |
| 6.1. Domäner, kategorier, underkategorier och tema |           |
| 6.2. Kategoriers och underkategoriers innebörd     |           |
| 6.3. Ett tema                                      |           |
| <b>7. Diskussion.....</b>                          | <b>35</b> |
| <b>8. Slutsatser.....</b>                          | <b>40</b> |
| <b>9. Omnämningen.....</b>                         | <b>41</b> |
| <b>10. Referenser.....</b>                         | <b>42</b> |



# 1. Introduktion

## 1.1 personlig inledning

Vår fysiska omgivning sätter oss i stämning och ger stöd eller kan försvåra för vår koncentration, sömn, våra relationer och aktiviteter. En välplanerad omgivande miljö skapad för rätt ändamål kan stödja människorna som vistas där, deras aktiviteter och relationer. När miljön inte stämmer för de aktiviteter som ska utföras kan det påverka både trivsel, de aktiviteter som ska utföras och kreativiteten. Mitt personliga uppvaknande inför den kraft som en fysisk miljö kan utöva skedde vid min första tjänstgöring som sjuksköterska 1977 vid Falu lasarett. Jag arbetade på en infektionsklinik där patienter utreddes och behandlades i isoleringsrum. Jag upplevde att patienterna kände sig utsatta i den fysiska miljön och att de inte hade kontroll över vare sig mänskliga kontakter eller den fysiska miljön. Deras tillåtna territorium var det egna rummet med tillhörande WC. De hade inte tillträde till några allmänna utrymmen. Några år senare tjänstgjorde jag inom onkologisk sjukvård vid Jubileumsklinikens gynekologiska vårdavdelningar på Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg. Här bestod utsattheten hos många patienter i att inte kunna röra sig fritt även om det var tillåtet. Svår och framskriden sjukdom och tunga behandlingar begränsade livet och därmed blev utsattheten stor. Personalen, medpatienterna och anhöriga får i en sådan situation en avgörande betydelse för det dagliga livet. När jag ytterligare några år senare tjänstgjorde som utbildad barnmorska och t.f. enhetschef vid en BB-avdelning på Sahlgrenska sjukhuset, blev erfarenheten av vårdmiljöns betydelse ytterligare befast. Vi fick möjlighet att starta en liten förlossningsenhet inom vårdavdelningen, en s.k. ABC-enhet/Alternative Birth Clinic. Syftet med inrättandet av denna enhet var att ge kvinnor och deras familjer möjlighet att föda barn i en miljö där mycket av den tekniska utrustningen skalats av och istället erbjöds en mindre sjukhusbetonad inredning. Framförallt skulle kvinnor med en stark förlossningsrädsla kunna föda här i en lugnare atmosfär. Förlossningsrädda kvinnor söker ofta hemförlossning som alternativ, vilket inte alltid är en optimal lösning. På ABC-enheten utvecklades en lugn och tillåtande atmosfär med barnmorskan som främsta stöd förutom den egna kraften och stödet från eventuellt närvarande partner. Den fysiska miljön skapades för att verka som ett stöd till kvinnan, paret och familjen.

Naturens betydelse för hälsa och välbefinnande har funnits som en röd tråd i mitt eget liv. Vid kursen "Trädgård och park som rehabilitering" vid SLU Alnarp fick den självupplevda erfarenheten av naturens läkande krafter belägg ifrån internationell och nationell forskning. Grönska i vårdsammanhang har blivit allt vanligare och en viktig ingrediens i en läkande vårdatmosfär (Norfolk 2000; Schmidtbauer, Grahn & Lieberg 2005).

Förutom den fysiska omgivningen i form av sjukvårdsmiljöer och naturmiljöer har sjukvårdspersonalens förmåga att bemöta patienter och anhöriga fångat mitt intresse. Att förmågan att bemöta skiljer sig åt mellan individer är tydligt, men vad i bemötandet är det som påverkar patienter och anhöriga?

## 1.2. Bakgrund

De medicinska insatser, omvårdnad och rehabilitering som erbjuds patienter i primärvården idag är vedertagna och vanligtvis evidensbaserade. Patienter kan få diagnos, behandling och ofta bot för många åkommor. Insatser från vårdgivare är kvalitetssäkrade och i paritet med forskning och beprövad erfarenhet. En dimension som dock mindre ofta är tillvaratagen är effekterna av en genomtänkt fysisk miljö vad avser estetik, funktionalitet, ekologi och etik. Sjukvårdens lokaler har ofta följt tidigare mönster och upprepat sig. Ekonomiska aspekter har varit avgörande och en ekonomisk kortsiktighet dominerande. På senare tid har dock intresset för de effekter som genomtänkta vårdmiljöer kan ge blivit alltmer tongivande.

Arkitektens språk talar till oss och påverkar både kropp och själ. Lika väl som vi formas av våra medmänniskor så formas vi av byggnader och platser (Wikström 1997). Miljö och människor interagerar med varandra och i sjukvårdssammanhang uppstår en produkt när vårdmiljö och personalbemötande interagerar. I modern forskning benämns produkten vårdatmosfär (Edvardsson 2005). Forskningsområdet är fortfarande relativt nytt men är på frammarsch. Forskning bedrivs också separat inom bl.a. arkitektur på byggnaders och vårdmiljöers effekt på patienter (Dilani ed. 2001) och inom vårdvetenskap på området bemötande (Jangland 2011).

Idag har amerikanska forskare inom vårdarkitektur skapat en motsvarighet till evidensbaserad medicin nämligen evidensbaserad design eller Evidence Based Design (EBD). Forskarna menar att arkitekter bör skapa sjukvårdsmiljöer som är mer än regelbokens effektiva och funktionella sjukvårdsmiljöer. Arkitektens roll bör vara att främja hälsa genom att skapa miljöer som är psykologiskt stödjande (Ulrich 1991).

I USA har en rörelse vuxit fram som kallas Planetree Hospital. Planetree Hospitals tillämpar helhetssyn på patienten. Tillsammans med helhetssyn på patienten bedrivs vården i sjukhusbyggnader ämnade för läkande, vilket också ger goda effekter för personalen. Personalens hälsa och utveckling är föremål för aktivt stöd. Planetree rörelsen har fått sitt namn ifrån Platanen; det träd under vilket Hippokrates undervisade sina studenter (Stichler & Jaynelle 2008). Hippokrates beskrivs som den moderna läkekonstens fader. Planetree hospitals återfinns idag i stora delar av världen. En parallell företeelse som betonar helhetssyn på patienter återfinns inom PCC Patient Centered Care; patientcentrerad vård eller personcentrerad vård som den idag oftare benämns. Grundstenen är personens egen berättelse som beskriver en personlig upplevelse som sedan relateras till aktuell evidens. En behandlingsplan med behandlingsmål upprättas av patient/person och ansvarig läkare eller sjuksköterska tillsammans. Förutom detta skall egenvård och egenbehandling uppmuntras. I Sverige vid Sahlgrenska Akademien har under 2010 skapats ett centrum för personcentrerad vård. Personcentered Care återfinns runt om i världen (Swedberg 2010). Även nätverket Hälsofrämjande sjukhus lockar sjukhus runt hela världen. Syftet med nätverket är att det

inom de anslutna hälsofrämjande sjukhusen ska stimuleras till utveckling av hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Genom detta skall hälsovinster för patienter, medarbetare och det omgivande samhället skapas (Hälsofrämjande sjukhus 2011).

Vägen till goda vårdmiljöer som ska kunna verka läkande och stödjande är komplicerad och kräver att många samhällsfunktioner involveras i processen. Vid byggnation av moderna sjukhus inrättas ofta brukargrupper bestående av representanter för patientorganisationer. Så gjordes vid nybyggnad av en psykiatrisk klinik vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset – Östra sjukhuset i Göteborg (2001 – 2006). En brukarröst vittnar om att den nya psykiatribyggnaden har stärkt vårdområdets och därmed patienterna status. Att brukarna i tidigt stadium av byggprocessen inbjöds att medverka i referensgrupper upplevdes som ett viktigt steg i synen på människor med psykisk sjukdom (From & Lundin 2009).

Det vore förmätet att skriva om vårdmiljöer utan att nämna antroposofernas verksamhet och byggnader i Ytterjärna. Antroposoferna verkar i Ytterjärna sedan 1935, inspirerade av grundaren Rudolf Steiner. Arkitekten som tolkade Steiners form- och färgspråk var Erik Asmussen vars motto var ”för att kunna bygga hus för människor så bör man veta vem människan är som skall vistas där”. Vidarkliniken, en del av den samlade antroposofiska verksamheten i Järna, designades för att utgöra en närande och terapeutisk omgivning som genom utrymme, former, färger och material enligt antroposofin, kan hjälpa patienter att återvinna hälsa. För patienter är det viktigt att sjukhusbyggnaden upplevs som närande, ansvarstagande och levande menar antroposoferna (Reberg 2000). Ett exempel på praktisk tillämpning av ovanstående kan vara, att från varje sjuksäng ha möjlighet att blicka ut mot omkringliggande natur. Modern miljöpsykologi forskning ledd av Roger Ulrich, visar att byggnader som medger möjlighet till utblickar genom ett fönster mot natur har signifikant positiva effekter på tillfrisknandet efter kirurgiska ingrepp (Ulrich 1984).

Tidigt i den mänskliga historien, redan under ”de gamla grekerna”, fanns tankar om bemötandets betydelse. Hippokrates, cirka 460 f.Kr. – 370 f.Kr., har påverkat medicinsk teori och praktik under mer än 2000 år. Hippokrates skrev tillsammans med en grupp läkare det banbrytande verket Corpus. Det nya i detta verk var att sjukdom som vid den tiden betraktades som gudarnas straff istället förklarades orsakad av miljömässiga faktorer och levnadsvanor. Hippokrates intresserade sig som sagt också för bemötande och etik. Den hippokratiska eden är en tidlös och ständigt giltig läkareetik där den främsta plikten är att verka för patientens bästa och att förbli sina patienters tjänare och att hävda sin integritet gentemot myndigheter och andra uppdragsgivare. Tystnadsplikten betonas och missbruk av den sjukes beroendeställning fördöms (Hippokrates 1994; Dahlquist 2011). Hippokrates betonade också betydelsen av platsen för sjukvårdens utövande som benämndes den ”fjärde faktorn”. Övriga faktorer var sjukdomen, patienten och läkaren (Stichler & Jaynelle 2008).

En annan portalfigur inom den moderna hälso- och sjukvårdens relativt långa historia är Florence Nightingale, som levde 1820 – 1910. Nightingale har influerat sjukvården globalt alltsedan dess och förknippas framförallt med sjuksköterskeyrkets framväxt.

Nightingale betonade miljöns betydelse för välbefinnandet och tillfrisknandet. Hon menade att miljön ska utformas för att stödja kroppens egna läkande krafter (Wikström 2003). Nightingale reste till Krim med en grupp sjuksköterskor för att bistå sårade soldater när Krimkriget bröt ut 1854. Vid hemkomsten hyllades hon för sina insatser och insamlade medel till hennes ära blev grundplåten till en sjuksköterskeskola vid St. Thomas sjukhus i London. Dödligheten vid fältsjukhuset i Skutari på Krim sjönk från 42 % till 2,2 % genom praktiska åtgärder och en bättre organisation i Nightingales regi. På hemmaplan verkade Nightingale senare för ett förbättrat hälsoläge och minskad barnadödlighet hos befolkningen med praktiska åtgärder mot trångboddhet, dåliga sanitära och hygieniska förhållanden samt undernäring (Vårdförbundet 1989).

### 1.3. Tidigare forskning

Naturen – en oöverträffad plats för återhämtning och rehabilitering beskrivs målande av Johan Ottosson, forskare vid SLU Alnarp och tidigare patient efter ett svårt trauma. Han beskriver, i en introspektiv studie, naturens läkande effekter utifrån sin egen situation och erfarenhet. Naturen som inte ställer några krav och att vi alla inför naturens urkrafter är lika, är viktiga beståndsdelar i fenomenet Natur, både som fysisk miljö och som aktör under återhämtning enligt Ottosson (Ottosson 1997). Martin Buber beskriver i sitt filosofiska verk *Du och jag* (Buber 1923) tre sfärer för hur relationens värld byggs upp. Den första sfären är livet med naturen. Den andra är livet med människorna, där relationen antar språkets form och den tredje sfären är livet med den andliga världen (Buber 1923). I en beskrivning av människors relationer som påminner om filosofen Bubers uppdelning i sfärer menar forskaren Ottosson att våra relationer till omvärlden kräver olika mycket och att vi i utsatta situationer bara kan relatera till naturen och att också naturen är graderad utifrån kravställande. Att relatera till stenen och stenhällen ställer minst krav. ”Han tyckte att stenen talade till honom - jag har funnits här alltid och kommer alltid att finnas här, mitt hela värde är att jag finns till och vad du än är eller gör har ingen betydelse för mig” (Ottosson 1997).

Naturen har betydelse för välmående och utgör en resurs för folkhälsan. Synen på naturen som Resursen baseras huvudsakligen på teorier från 1900-talets senare del inom miljö-psykologi men redan på 1700-talet utformades ”The pathogenic theory” om varför människor på landsbygden lever längre och friskare. Frisk luft, ljus, vatten och grönska är enligt denna teori orsaken till ett hälsosammare liv på landet än i staden. Under 1800-talet kom bl.a. denna teori till nytta när stora parker anlades i större städer. Hyde Park i London och Central Park i New York har sina rötter i denna era. Under slutet av 1800-talet och första delen av 1900-talet fanns inom svensk läkarkår flera namnkunniga, t.ex. Munthe, Westerlund och Bjerre, som på olika sätt, använde naturen i medicinskt syfte. Under senare delen av 1900-talet, från 1970 och framåt, kom ett antal forskningsrön som behandlade betydelsen av att uppleva naturen. Bland forskarna återfinns Rachel Kaplan, Stephen Kaplan, Roger Ulrich, Clare Cooper Marcus och Mari Barnes. Genom deras forskning har teorin om två olika typer av uppmärksamhet utformats, den riktade uppmärksamheten och den spontana ”The Attention Restoration Theory; ART”. Ur ett hälsoperspektiv är den spontana uppmärksamheten den som

hjälp oss att återhämta oss från stress och trötthet. The Affective-Aesthetic Theory, formulerad av Ulrich, förklarar hur estetisk och känslomässig respons på naturmiljöer kan ge återhämtning från stress (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg; Annerstedt 2011).

Effekterna av utsikt mot natur som jämförs med utsikt mot en tegelvägg för patienter som genomgått bukkirurgi har visats i en välkänd studie som elegant visar att utsikten för patienten från sängplatsen har betydelse för återhämtningen mätt i bl.a. antal vård dagar, behovet av smärtstillande medel och antal kallanden på vårdpersonal (Ulrich 1984).

Teorin om Supportive Design eller på svenska Stödjande Design har utvecklats i USA och grundar sig på forskning inom olika delar av hälsoområdet t.ex. hälsopsykologi, miljöpsykologi och beteendevetenskap. Forskningssäkrade s.k. Design Guidelines har upprättats. Processen med Supportive Design börjar med att eliminera inslag i miljön som är kända stressorer, t.ex. buller. Nästa steg är att lägga till element som har evidens för att lugna patienter, reducera stress, stärka coping-resurser och andra hälsosamma processer:

- Stödja kontroll av situationen med avskildhet inkluderad
- Främja socialt stöd
- Erbjud tillgång till natur och andra positiva distraktioner

Förespråkarna menar att genom att använda evidens baserad Supportive Design skapas fördelar som reducerad stress för patienter och anhöriga, minskad smärta, förbättrad sömn, lägre infektionsfrekvens, ökad patienttillfredsställelse, fördelar för personalen och lägre kostnader (Ulrich 1991).

Att färger, inte bara som del i inredning, kan användas som ett förtydligande av miljön för äldre människor med Alzheimers sjukdom har visats i studier. Färgerna talar till människor med senil demens och kan brygga över en del kommunikationshinder och förenkla dessa människors vardag. Färguppfattning och våra färgpreferenser sitter djupt och bevaras länge i livet trots demenssjukdom (Wijk 2001).

Respektfullt bemötande är beskrivet som att ha förmågan att våga vara närvarande i samtalet och att ha ett empatiskt förhållningssätt gentemot patienten. I bemötandebrist ingår otillräcklig information, bristande respekt och bristande empati. Negativa möten som uppstår kan ge upphov till förtroendebrist, osäkerhet och oro hos patienten även om den medicinska vården har upplevts tillfredsställande (Jangland 2011).

”Jag blev behandlad som den jag är och inte som ett objekt” berättar en patient i en studie som syftade till att beskriva patienters upplevelse av omhändertagandet inom ambulanssjukvården i samband med akut smärta. Sex kategorier identifierades i studien: ”Att få vara delaktig i sin vård”, ”Bemötandet har betydelse i omhändertagandet”, ”Att känna förtroende för ambulanspersonalen”, ”Att bli hörd”, ”Samtalets betydelse” och ”Att få och ta emot information”. Innehållet mynnade ut i två teman: ”Att inbjudas i vårdandet” och ”Att känna sig respekterad” (Lurén och Stake 2008).

”Att vara väntad”, ”Att se och att bli sedd”, ”Viljan att tjäna”, ”Att det lilla extra görs”, ”Ett lugnt tempo” och ”Att känna sig trygg och säker” har framkommit som uttryck för ett gott bemötande och vårdande i studier om vårdatmosfär (Edvardsson 2005).

Edvardsson har funnit att fenomenet vårdatmosfär är beroende av människors förväntningar och att vårdatmosfären influerar människors upplevelse av identitet. Utifrån sina studier har Edvardsson tolkat att vårdatmosfär består av två interagerande och sammanvävda dimensioner nämligen den fysiska vårdmiljön och människors varande och görande i miljön.

Fenomenen privacy (avskildhet), autonomy (självständighet) och identity (identitet) framträder sammanflätade och interagerande i en observationsstudie av en kvinna med svåra beteendestörningar och hennes vårdgivare (Graneheim, Norberg & Jansson, 2001). Att interaktionen eller kommunikationen mellan patient och vårdgivare är nödvändig för ett bra vårdresultat framgår tydligt i denna studie.

Vid sju kirurgavdelningar intervjuades 17 sjuksköterskor om sin uppfattning om yrkesrollen. I materialet utvecklades fyra grupperingar med olika syn på sin yrkesroll. Grupp 1 fokuserade framförallt på sina medicinska arbetsuppgifter. Grupp 2 fokuserade på att ge god service och vara spindeln i nätet förutom att väl utföra de medicinska uppgifterna. Grupp 3 lade till att göra patienten delaktig i vården genom att hjälpa och stötta utifrån individuella behov och grupp 4 av sjuksköterskorna slutligen såg som sin roll att förutom ovanstående uppgifter också bjuda in patienten att vara delaktig och ta sitt eget ansvar. Då handlar det om empowerment och att patienter har olika resurser och förmågor att ta del i vården (Jangland 2011). Utifrån detta synsätt blir personalens kunskap och värderingar avgörande för det bemötande som möter patienten.

Kan patienters situation förbättras och kvalitetssäkras genom rutiner eller andra insatser? Vid en interventionsstudie genomförd på kirurgavdelningar med utvärdering av patienters delaktighet visades positiva resultat efter en enkel intervention. I studien utvärderades om vårdkvaliteten kunde förbättras vad gäller delaktighet, kvalitet på information, engagemang, respekt och empati. Patienterna fick skriva ned vad som var viktigt för dem varje dag på ett kort på sängbordet. Korten skulle fungera som en del i den dagliga dialogen med patienten. ”Att inte bli bortglömd”, ”Att få prata med någon sjuksköterska då jag blir velig och har ont” är exempel på vad patienter skrev på korten. Studien visade signifikanta förbättringar i interventionsgruppen vad gäller delaktighet och bemötande (Jangland 2011).

Jangland visar också att genom ett samtal och möjlighet att få berätta om sina upplevelser kan förbättringar för patienter ske. Det är oerhört viktigt för patienterna att få berätta om sina erfarenheter. De flesta är nöjda med den medicinska vården, men de tycker inte att de har fått tillräckligt psykologiskt stöd och tillräcklig information. Femton utvalda patienter berättar om sina upplevelser av detta vid djupintervjuer efter att deras anmälningar, tillsammans med ytterligare 90 anmälningar till patientnämnden, studerats (Jangland 2011).

I intensivvårdssituationer vid livets slut är vårdarna avgörande för hur atmosfären upplevs konstateras i en avhandling om vårdmiljö, vård och omvårdnad vid livets slut. Vårdmiljön är dock inte utan betydelse. Författaren menar att vård i livets slutskede beskrivs och bedrivs i huvudsak i relation till patienternas närstående. De närståendes behov i vårdmiljön sammanfattas som behov av närhet (proximity) till sin nära och avskildhet (privacy) ifrån omgivningen (Fridh 2009). Det är inte överraskande att relationen till människorna, dvs. personalen, har en avgörande betydelse när livstråden är som skörast, men forskningen visar att behoven hos anhöriga också kan mötas genom en genomtänkt vårdmiljö, t.ex. tillgång till enkelrum som medger både närhet och avskildhet. Dessa fynd stämmer väl överens med teorin Stödjande Design (Ulrich 1991). Vårdmiljöns betydelse vid intensivvård undersöks nu vidare i ett större pågående forskningsprojekt vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås. I en interventionsstudie undersöks hur patienter och anhöriga har upplevt vårdmiljön vid en intensivvårdsvistelse. Ett vård rum har inrättats efter principer från Evidence Based Design (Evidensbaserad design) och patienter och närstående intervjuas efter sjukhusvistelsen. En kontrollgrupp som vårdas i ett ordinarie intensivvårds rum intervjuas på samma sätt (Olausson 2011).

#### **1.4. Sjukhusarkitektur i Norden.**

Idag sprids och används kunskaper från vårdbyggnadsforskning över stora delar av världen. I ”västvärldens länder” påminner insatserna mycket om varandra. En stor del av forskningen kring vårdbyggnader kommer från USA. Stora sjukhuskomplex med mycket avancerad teknik skapas. I hela Norden är sjukhusbyggandet på stark frammarsch. Flera stora sjukhusbyggnader vid universitetssjukhusen är under planering, byggande eller står färdiga. Miljömålen sätts högt och även s.k. mjuka värden för patientnytta får stor uppmärksamhet. Att sjukhusbyggnaderna skall ge positiva hälsoeffekter har blivit en självklarhet. Brukardialoger och samverkan är vanligt förekommande och kommer tidigt in i planeringen. Vid planeringen av det nya Universitetshospitalet i Aarhus där byggnationen startar 2012 har brukarmedverkan skett sedan 2009. Sjukhuset beräknas stå färdigt år 2016. Det nya sjukhuset i Trondheim är ett gott exempel på modern sjukhusarkitektur där Evidens Based Design har spelat stor roll. Arkitekterna har bl.a. influerats av den amerikanska Planetree rörelsen som arbetar för goda sjukhusmiljöer med god behandling och ett gott bemötande. Planetree rörelsen ger mycket stöd till personalen eftersom deras agerande är avgörande för patienternas upplevelse av sjukhusvistelsen. I Trondheim har man också låtit sig inspireras av Carl Jung och hans symbollära. I Sverige har nya psykiatribyggnaden på Östra sjukhuset/ Sahlgrenska Universitetssjukhuset vunnit flera utmärkelser och rönt stor uppmärksamhet för sin arkitektur som inbegriper grönskande gårdar. Brukare har haft inflytande under planeringen. Den somatiska sjukvården har vid Södra Älvsborgs Sjukhus i Borås fått en modern vårdbyggnad där kunskaper från vårdbyggnadsforskning har fått stort utrymme. Enkelrum är dominerande. Enkelrum har i Sverige debatterats under lång tid. Idag finns forskning som visar att spridning av infektioner reduceras avsevärt när patienter vårdas i enkelrum. Övriga effekter av att vårdas i enkelrum ger inte lika tydliga ekonomiska effekter som minskad smittspridning. Möjligheten för

anhöriga att besöka på tider som passar dem och patienten och även vid behov stanna över natten ger en effekt som i forskning benämns Socialt stöd, en viktig komponent i Stödjande Design (Ulrich 1991). Effekten av enkelrum för smittspridning har nyligen undersökts i en studie som presenterats i en MPH uppsats vid NHV. I denna studie har inte något samband mellan minskad smittspridning av magbakterien *Clostridium difficile* och enkelrum kunnat påvisas. Författaren menar dock att enkelrum ger större möjligheter att förebygga smitta men att det inte räcker som enda åtgärd (Börseth 2011).

I Sverige finns organisationen ”Forum för vårdbyggnadsforskning” som är en nationell förening som stödjer och informerar om utvecklingsarbete, forskning och utbildning inom området fysisk miljö för vård och omsorg. Forum medverkar till att öka kunskapen om goda vårdmiljöer och erbjuder mötesplatser för verksamhetsansvariga, planerare, praktiker och forskare (Forum för vårdbyggnadsforskning).

I Sverige finns också Stiftelsen för arkitekturforskning sedan 1991 vars ändamål är att främja vetenskaplig forskning inom arkitektur, samhällsplanering, byggnadsplanering och projektering.

Vid Chalmers tekniska högskola i Göteborg finns inom område Arkitektur en professur i Vårdbyggnadsforskning. Professuren ger området uppmärksamhet externt och skapar intresse bland studenterna internt.

Inom Nordisk sjukhusarkitektur väcker antroposofernas sjukhus Vidarkliniken i Ytterjärna stor internationell uppmärksamhet. Sjukhusbyggnaden är till sitt yttre olik andra sjukhusbyggnader men har sina främsta kvalitéer på insidan. Arkitekten som står för designen är Erik Asmussen. Arkitekt Asmussens principer för s.k. Livshöjande design kan kort sammanfattas.

1. Samverkan mellan form och funktion
  2. Polaritet, t.ex. färger, former och material i kontrast.
  3. Metamorfos av former, ytor, färger och utrymmen.
  4. Harmoni med naturen och platsen.
  5. ”Den levande väggen” t.ex. Fönster vid sängen som är placerat i rätt höjd för att ge utsikt mot naturen. Målning av rummets väggar i lasyrteknik som ger fantasin utrymme.
  6. Klara färger utvalda för sin funktion.
  7. Dynamisk balans av rumsliga upplevelser
- (Coates 1997)

Särskilt den femte principen om den levande väggen har rönt stort intresse och utsikt mot naturen genom ett fönster har bland annat i en välkänd och tidigare nämnd studie av miljöpsykologen Ulrich visat sig ha goda effekter på återhämtning efter operation (Ulrich 1984).

Naturens närvaro i form av en utsikt eller som direkt omgivning används i hälsopromotiva, läkande och rehabiliterandesammanhang (Annerstedt 2011; Schmidtbauer, Grahn & Lieberg 2005).

## 2. Folkhälsoperspektiv

I en framtidsbild för behovet av hälso- och sjukvård fram till 2050 ur Socialdepartementets perspektiv (Regeringskansliet 2010) tecknas en bild av ett samhälle med en betydligt större andel åldrad befolkning. Andelen äldre förväntas öka med 30 % mellan 2010 och 2050. Bättre hälsa ger minskade vård- och omsorgskostnader men eftersom fler blir äldre så ökar ändå kostnaderna. En ökad andel hälso- och sjukvård av BNP från idag 13 % till 16 % år 2050 förutspås. Personalbehoven beräknas öka med 50 % från dagens situation. Rapporten fokuserar på bättre hälsa, mindre sjuklighet och mer effektiv verksamhet. Den effektivisering som rapporten beskriver berör information och informationsteknik så att patienter, brukare och anhöriga kan få rätt information, kunna vara delaktiga, söka och välja vård. Vidare poängteras patient- och brukarinflytande som en del av en evidensbaserad vård och omsorg, då delaktighet visat sig vara en viktig komponent för vårdens resultat. Vidare berörs utvecklingen mot egenvård och samproduktion, där brukare, patienter och anhöriga arbetar tillsammans med professionen. Rapporten benämner detta med orden empowerment och co-production. Bland formulerade förbättringsområden nämns att göra patienter, brukare och anhöriga delaktiga och anpassa verksamheten efter deras behov och önskemål. Även samverkan med andra sektorer och huvudmän inom varje verksamhet betonas.

Tanken att den enskilda människan ska erövra större kontroll över sin egen hälsa är en grundpelare i hälsopromotiva sammanhang. Det aktiva erövrandet benämns Empowerment. Hälsopromotion anses vara holistiskt inriktad medan den kliniska medicinen framställs som atomistisk. De människor som berörs av det hälsopromotiva arbetet ska vara delaktiga (Korp 2004).

WHO:s definition av Hälsa från 1948 ger en hög målsättning för allt folkhälsoarbete. Den utgår ifrån människan som en helhet där våra hälsoinsatser måste beakta alla delar av begreppet Hälsa. "Health is a complete state of physical, mental and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity" (Korp 2004).

Relationen mellan hälsa och sjukdom kan beskrivas med tre modeller:

- Hälsa är detsamma som frånvaro av sjukdom i den medicinska modellen.
- Ett salutogent perspektiv där hälsa och sjukdom utgör ytterligheterna på ett kontinuum.
- Hälsa och sjukdom är två skilda dimensioner där hälsa ses som en resurs, erfarenhet eller en process

(Annerstedt 2011)

Förenklat kan hälsoprevention resp. hälsopromotion beskrivas:

Hälsoprevention innebär att samhället strävar mot att förhindra sjukdom medan hälsopromotion innebär att sjukdom förhindras genom den enskilda människans kontroll över sin egen hälsa.

Vid WHO:s hälsokonferens i Ottawa i Kanada 1986 formulerades fem grundläggande handlingsstrategier för det hälsopromotiva arbetet:

- Skapa en hälsoinriktad samhällspolitik
- Skapa stödjande miljöer för hälsa
- Stärka möjligheterna till insatser för lokal nivå
- Utveckla personliga färdigheter
- Förnya hälso- och sjukvården

(Bowling 2004; Korp 2004)

I verkligheten drabbas människor av och till av sjukdom, ohälsa och även permanenta funktionsnedsättningar. En rimlig tolkning av WHO:s handlingsstrategier i Ottawa - Charter för folkhälsoarbete bör kunna vara, att när människor vistas på sjukhus eller i hälso- och sjukvården bör det, vid dessa tillfällen, finnas en strävan mot ett fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande för människan som patient med hjälp av de fem handlingsstrategierna.

### **3. Motiv för studien**

All den tid som någon människa tillbringar som patient bör ges värdighet. I värdigheten ligger bland annat vårdatmosfären med sina ingredienser. Många människor lever en stor del av sina liv som patient när hälsan sviktar. I själva verket tillbringar de flesta människor någon del av sitt liv som patient. Det är alltså inte bara att nå målet hälsa enligt WHO:s definition som är hälso- och sjukvårdens uppgift. Att se till att tiden som patient, när hälsan inte är fullständig, ändå upplevs kunna ge välbefinnande är nog så viktigt. Upplevelsen av en vårdatmosfär är en sak och det medicinska resultatet av vård och behandling en annan. Oavsett om bot, bättring, lindring eller tröst är resultatet finns en upplevelse hos patienten eller patientens anhöriga som hälso- och sjukvården är medansvarig för.

De viktigaste komponenterna som människan påverkas av i den fysiska miljön är enligt Florence Nightingale: ljus, ljud, lukt, ventilation och värme. Nightingale betonade miljöns betydelse för välbefinnande och tillfrisknande. Hon uttryckte att om omgivningen är optimal hjälper det patienten i den naturliga läkningsprocessen. Miljön bör utformas för att stödja kroppens egen läkande kraft. Den medicinska vården är alltså inte den enda botande faktorn (Vårdförbundet 1989; Wikström 2003).

Värdet av goda möten i vården tycks vara en viktig grundsten. Det är kring goda möten i komplicerade situationer, som miljön i 2000-talets sjukhus måste utformas (Fridell 1998).

En realitet idag är att många patienter upplever sig få ett dåligt bemötande. Dåligt bemötande utgör 15 % av alla ärenden till patientombudsmannen, en inte obetydlig andel av 26 000 klagomålsärenden per år i Sverige (Jangland 2011). Det finns all anledning att närmare utforska vad dessa missnöjen består i och hur bemötandet och relationerna mellan patienter och professionella i hälso- och sjukvården kan förbättras.

Patientinflytande eller delaktighet är en annan viktig del av hälso- och sjukvården. Utvecklingen går mot egenvård och samproduktion där brukare, patienter och anhöriga arbetar tillsammans med professionen (Regeringskansliet 2010; Swedberg 2010). Denna inriktning och förutspådda utveckling är beroende av att goda relationer till patienter och anhöriga skapas och att patienter och deras anhöriga bjuds in att samverka kring sin egen vård.

Många exempel på delaktighet för patienter finns då brukargrupper med representanter från patient- och handikapporganisationer inbjudits att delta i planeringsprocessen för nya sjukhusbyggnationer. Modeller för olika arbetssätt för att uppnå delaktighet finns och behöver utvecklas ytterligare för att skapa läkande, funktionella och hållbara vårdbyggnader vilket förstås gynnar både patienter, personal och samhällsekonomin (Dimberg 2009).

Forskningen har visat att det personliga bemötandet och det bemötande som miljön står för är ihopkopplade och beroende av varandra (Edvardsson 2005). Området vårdatmosfär, som Edvardsson utforskat, är ännu inte ett stort forskningsområde. Vi behöver veta mer om patienters, anhörigas och personalens upplevelser för att kunna skapa läkande vårdatmosfärer. En viktig del i ett sådant arbete är att fokusera på patienters och anhörigas berättelser om sina upplevelser och uppfattningar av vårdatmosfär.

Forskning från flera områden visar att den omgivande miljön i form av människors relation till andra människor, till byggnader och till natur, har stor betydelse för välbefinnandet. Genom litteraturstudier kan vi finna belägg för att det förhåller sig så. Hur det förhåller sig för patienten på exempelvis en primärvårdsrehabiliteringsenhet kan vi bara få kunskap om genom att lyssna till berättelser från den patientgruppen.

## **4. Syfte och forskningsfrågor**

Syftet med studien är att undersöka hur patienter upplever och uppfattar vårdatmosfären vid besök på en rehabiliteringsenhet i primärvård. Svar på följande frågor ska belysa detta.

- Vilka begrepp använder patienter för att beskriva en läkande vårdatmosfär?
- Vilka upplevelser påverkar patienters uppfattning om vårdatmosfären?

## 5. Metod

Då människors egna berättelser av sina upplevelser och uppfattningar eftersöks är det naturligt att använda intervjuer och kvalitativ analys. Informanternas genuina upplevelser, som för oss kan vara okända, är speciellt angeläget att få fram.

### 5:1 Design

I en explorativ kvalitativ studie utfördes kvalitativa forskningsintervjuer med 13 patienter vid en primärvårdsrehabiliteringsenhet. Informanterna delgav sina upplevelser och uppfattningar om vårdatmosfären på den aktuella vårdenheten men även närliggande erfarenheter och upplevelser ifrån andra vårdenheter. Genom att informanterna själva berättade och formulerade sina upplevelser kunde oväntade uppgifter komma fram. Tolv av 13 intervjuer genomfördes i ett samtalsrum på rehabiliteringsenheten i lugn och ro och vid en avtalad tid som passade informanten. En av intervjuerna genomfördes i informantens hem då hans hälsotillstånd inte medgav att intervjun genomfördes på rehabiliteringsenheten. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant strax efter intervjutillfället.

### 5:2 Deltagare i studien

En bred representation ifrån enhetens patientunderlag eftersträvades. När flera intervjuer hade genomförts söktes aktivt efter patienter utifrån kön och ålder. Gruppen som söktes för studien var kvinnor och män från 18 år där mer än ett besök genomförts eller planerades. Ett ytterligare kriterium var att samtalet skulle kunna genomföras på svenska. Antal informanter uppdelat i kön och ålder illustreras i tabell 1.

tabell 1. Informanternas antal utifrån kön och ålder

|                    | 30 - 40 | 40 - 50 | 50 - 60 | 60 - 70 | 70 - 80 | Summa |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|-------|
| Kvinna             |         | 2       | 2       | 2       | 2       | 8     |
| Man                | 1       | 1       | 1       | 2       |         | 5     |
| Summa              | 1       | 3       | 3       | 4       | 2       | 13    |
| Medelålder = 57 år |         |         |         |         |         |       |

### 5.3 Datainsamling

Personal som skulle rekrytera informanter var sjukgymnaster och arbetsterapeuter vid en primärvårdsrehabiliteringsenhet i Göteborg. All personal informerades noggrant i

förväg om studien vid en arbetsplatsträff och fick tillfälle att lämna synpunkter på metoden för rekrytering av patienter och innehållet i studien.

Patienter tillfrågades sedan av sin behandlare om deltagande i studien och fick skriftlig och muntlig information av densamme. Information om sekretess och frivillighet lämnades till alla som tillfrågades. Patienter som tackade ja till att delta i studien kontaktades sedan per telefon av intervjuaren.

Intervjuerna varade mellan 39 och 70 minuter. Samtyckesformulär skrevs under av alla informanter före intervjun. En temaguide utarbetades inför intervjuerna. Intervjuerna spelades in och transkriberades omgående.

## **5.4 Kvalitativ forskningsintervju**

Skrivna berättelser och intervjuer är metoder som lämpar sig väl för kvalitativ forskning. Genom intervjun vänder sig forskaren till människors egen livsvärld. Intervjupersonen delar sin erfarna livsvärld med någon. I intervjun hjälper intervjuaren den intervjuade att rikta uppmärksamheten mot ett fenomen av intresse (Dahlberg 1993). I detta sammanhang riktades uppmärksamheten mot fenomenet vårdatmosfär och upplevelser och uppfattningar om detta fenomen.

Intervjuaren styr samtalet till de teman som undersökningen avser. Intervjuaren strävar efter att inte ta något för givet. Frågorna är öppna och informanten får tillfälle att tänka efter, berätta och beskriva (Dahlberg 1993). I öppna intervjuer går det att få upplysningar om sådant man inte direkt frågar om (Möller 1985). En lugn omgivning och lugnt tempo ger utrymme för informanternas tankar och berättelser. Intervjusituationen underlättar möjligheten att göra förtydliganden och därmed minskar risken för missförstånd (Bowling 2004).

## **5.5 Analys**

Metoden kvalitativ innehållsanalys fokuserar på tolkning av texter och anses lämplig när ett område som är relativt outforskat skall studeras. Kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats valdes till den här studien därför att intervjuer som analyseras förutsättningslöst ger utrymme för nya beskrivningar och utveckling av nya begrepp och modeller (Malterud 2009). Enligt Malterud är varje forskningsprocess en blandning av deduktivt och induktivt tillvägagångssätt. Var tyngdpunkten och målsättningen ligger varierar mellan olika studier. Enligt vissa författare är abduktion en framgångsrik väg till nya upptäckter. Abduktion är en växelverkan mellan induktion och deduktion, en växelverkan mellan observationer och idéer (Starrin & Svensson 1994). Fokus vid kvalitativ innehållsanalys är att beskriva, gestalta och karaktärisera fenomen med variationer som sedan uttrycks i kategorier och teman. Det samlade resultatet organiseras genom en uppdelning i domäner som ger en grov grundstruktur åt materialet

och kan identifieras med låg grad av tolkning. Under varje domän organiseras sedan materialet i kategorier och vid behov underkategorier. Vägen till domäner, kategorier och teman går via en transkribering av varje intervju. En intervju kan betraktas som en analysenhet som bör transkriberas nära inpå intervjutillfället. En noggrann genomläsning av texten följs av identifiering av meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna reduceras och abstraheras till koder. Ett antal koder organiseras under lämplig kategori och ibland underkategorier. Att finna domäner i materialet innebär att gruppera kategorierna utifrån en grov struktur med låg grad av tolkning. En sådan uppdelning kanske är uppenbar redan innan analysarbetet startat. Koder, kategorier och domäner representerar det manifesta innehållet (Granskär & Höglund-Nielsen 2008; Graneheim & Lundman 2004; Malterud 2009).

Att identifiera ett tema innebär att finna en röd tråd som håller samman kategorierna. Framväxten av ett tema kan ske under hela analysarbetet. Teman innebär att en hög grad av tolkning har tillämpats och baseras på texten som helhet. Ett tema benämner det uttalade, det latenta innehållet, som kan läsas in mellan raderna.

Intervjuerna i den här studien transkriberades successivt och därmed kunde 12 av 13 intervjuer berika de påföljande intervjuerna.

Kategorierna har också relaterats till en antonym; ett begrepp med motsatt betydelse vilket har givit betydelsen av begreppen en dynamik då grader av upplevelser blivit tydligare (Walter 2007; Möller 1985).

Arbetet har successivt och vid ett flertal tillfällen stämts av med handledaren.

## **5.6 Etiska överväganden**

Etikprövningsnämnden har kontaktats vid ansökan och lämnat besked om att den här typen av studie inte behöver etikgranskas (besked 2010-02-25).

Personalen vid primärvårdsrehabiliteringsenheten i Majorna informerades direkt vid en planeringsdag för att kunna rekrytera personer till studien på ett korrekt sätt och med hänsyn taget till patienterna. Patienter tillfrågades av sin behandlare om deltagande. Både skriftlig och muntlig information om studiens syfte och genomförande lämnades. Deltagarna fick också lämna ett skriftligt samtycke till att delta. Om patienten accepterade lämnades kontaktuppgifter till intervjuaren som ringde upp för att gemensamt finna en lämplig tidpunkt för intervju. Information gavs om sekretess och möjlighet att när som helst lämna studien.

I intervjusituationen har informanterna själva valt att berätta. Frågorna har varit öppna och det har hela tiden varit möjligt att inte svara.

Alla inspelade och transkriberade intervjuer förvaras enligt rådande föreskrifter på ett säkert sätt.

## 6. Resultat

Genom att intervjua patienter i öppna intervjuer om deras uppfattning om vårdmiljö och bemötande har många synpunkter, tankar och funderingar kommit fram. De 13 intervjuer som studien omfattar visar alla att det finns en vilja och ibland ett behov av att få berätta om sina upplevelser i hälso- och sjukvården. Öppenheten har varit påfallande och alla har generöst delat med sig av sina erfarenheter.

Det samlade resultatet har organiserats i tre domäner som ger en grundstruktur åt materialet. Två domäner identifierades med låg grad av tolkning. Dessa två har också identifierats i tidigare forskning (Edvardsson 2005). Den tredje domänen växte successivt fram ur intervjumaterialet. De funna domänerna är Fysisk miljö, Bemötande och Organisation. Under varje domän har sedan materialet organiserats i kategorier och i några fall underkategorier.

Under domänen *Fysisk miljö* har fyra kategorier organiserats: Känsla av kontroll, Fysiska förutsättningar för att bli uppmärksammas och sedd, Subjektiva upplevelser av miljön samt Tillämpade kunskaper om miljöns effekter.

Under domänen *Bemötande* återfinns åtta kategorier: Uppmärksammar och bekräftar, Kommunikerar, Helhetssyn, Har patienten i fokus, Erbjuder delaktighet, Visar empati, Erbjuder det jämlika mötet samt Kan göra ”det lilla extra”.

Under domänen *Organisation* slutligen finns följande åtta kategorier: Innehåll och utbud, Tillgänglighet, Kontinuitet, Vårdkedjor och samverkan, Jämlig vård, Patientens rättigheter, Bemötandeanda samt Förbättrings och utvecklingsanda.

I materialet har ett tema så småningom framträtt som sammanfattar stora delar av den känsla som informanterna förmedlat. Ett stort behov av att bli sedd och att inte negligeras utan att istället få känna sig värdefull. Temat har fått benämningen Att vara sedd, att vara värdefull. Temat springer ur alla domänerna. I domänen Fysisk miljö visas att de fysiska förutsättningarna i miljön kan underlätta för patienten att bli sedd men också utgöra ett hinder. Personalens bemötande kan ge patienten omedelbara signaler om att vara sedd och att vara värdefull eller visa motsatsen. Organisationen slutligen ger förutsättningar som stödjer behovet uttryckt i temat eller ger inget stöd till detta. En verksamhet där organisationen inte betonar att patienten alltid är i fokus riskerar att patienter upplever sig negligerade. Om tillgängligheten inte ger utrymme för patienten att komma till sjukvården i rimlig tid kan det upplevas som nonchalans och att inte vara värdefull. Personalens bemötande återverkar direkt på patienter och saknas bemötandepolicy inom organisationen kan patienten uppleva att personalens uppträdande skiljer sig åt, eller att personalen brister i kommunikation med varandra, vilket kan skapa osäkerhet och upplevas som ett dåligt bemötande.

## 6. 1. Domäner, kategorier, underkategorier och tema för vårdatmosfär

En uppställning av resultatet redovisas i tabell 2 följt av en utförlig beskrivning av alla ingående delar.

Tabell 2. Domäner, kategorier, underkategorier och övergripande tema för Vårdatmosfär.

| <b>Tema</b><br>Att vara sedd, att vara värdefull |                                                               |                                |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>Domän I-III</b>                               | <b>Kategori 1-20</b>                                          | <b>Underkategori</b>           |
| I Fysisk miljö                                   | 1. Känsla av kontroll                                         | Orienterbarhet                 |
|                                                  |                                                               | Personlig känsla i byggnaden   |
|                                                  |                                                               | Tydlighet                      |
|                                                  | 2. Fysiska förutsättningar för att bli uppmärksammad och sedd | planlösning                    |
|                                                  |                                                               | Inredning                      |
|                                                  |                                                               | Närvaro av personal            |
|                                                  | 3. Subjektiva upplevelser av miljön                           | Första intryck                 |
|                                                  |                                                               | Möjlig förströelse             |
|                                                  |                                                               | Uttryck för omtanke            |
|                                                  | 4. Tillämpade erfarenheter och kunskaper om miljöns effekter  | Förekomst av natur och grönska |

|              |                                |                                    |
|--------------|--------------------------------|------------------------------------|
|              |                                | Material, form, färg och inredning |
|              |                                | En miljö för alla                  |
| II Bemötande | 5. Uppmärksammar och bekräftar | Ögonkontakt                        |
|              |                                | Ett leende                         |
|              | 6. Kommunikerar                | Lyssnar                            |
|              |                                | Tillåter frågor                    |
|              |                                | Informerar                         |
|              |                                | Ansikte mot ansikte                |
|              | 7. Helhetssyn                  |                                    |
|              | 8. Har patienten i fokus       |                                    |
|              | 9. Erbjuder delaktighet        |                                    |
|              | 10. Visar empati               |                                    |
|              | 11. Erbjuder det jämlika mötet |                                    |
|              | 12. Kan göra ”det lilla extra” |                                    |
|              | 13. Innehåll och utbud         |                                    |

|                     |                                       |  |
|---------------------|---------------------------------------|--|
| III<br>Organisation | 14. Tillgänglighet                    |  |
|                     | 15. Kontinuitet                       |  |
|                     | 16. Vårdkedjor och samverkan          |  |
|                     | 17. Jämlik vård                       |  |
|                     | 18. Patientens rättigheter            |  |
|                     | 19. Bemötandepolicy                   |  |
|                     | 20. Förbättrings- och utvecklingsanda |  |

## 6.2. Kategoriers och underkategoriers innebörd och variation illustrerade med citat ur intervjuerna

De redovisade 20 kategorierna med underkategorier motsvarar alla en del i begreppet vårdatmosfär utifrån intervjumaterialet i studien. Varje kategori har en motsats; en antonym, som innebär en negativ inverkan på vårdatmosfären. Mellan motpolerna finns ett utrymme, en variation, där informanternas olika erfarenheter och uttryck för vårdatmosfär kan placeras.

### Domän: Fysisk miljö

#### 1. Känsla av kontroll - utsatthet:

Ett samlat begrepp för de förutsättningar som skapats för att patienten ska uppleva trygghet i yttre och inre miljö. Patientens möjlighet att hitta och förstå byggnaden från utsidan och in på enheten. Tydlighet har skapats så att patienten förstår var och hur han/hon ska agera. Känsla av kontroll handlar till största delen om vad patienten upplever innan något möte med personal har skett eller när personal inte är närvarande i rummet. Utsatthet uppstår när svårigheter att hitta eller förstå miljön inträder.

## **Underkategorier**

### 1.1. Orienterbarhet – vilsenhet, osäkerhet:

Innebär att det finns en tydlighet vid entrén, gärna möjlighet till utblickar genom fönster, möjlighet att hitta genom skyltning och en logisk planlösning. Motsatsen till en orienterbar miljö är en miljö där patienten går fel eller att osäkerhet kan uppstå och en allmän känsla av vilsenhet infinner sig. Långa och oöverblickbara korridorer försvårar för patienten. Skyltning som är svår att förstå eller är ologisk gör patienten osäker och obekvämt.

- *Vårdavdelningen X är sliten och gammal och det är vindlande korridorer. Där kan man verkligen prata om att man inte hittar rätt. Du får gå in bakom... och så är det nåt litet bås, det känns inte bra alls.*

- *Det var väldigt svårt att hitta och det var långt och dåligt skyltat så det var väldigt negativt.*

### 1.2. Personlig känsla i byggnaden – anonymitet:

En personlig känsla i byggnaden ger uttryck så att människor kan känna sig välkomna och uppleva trivsel. I intervjumaterialet framhålls att höga byggnader påverkar negativt, de kan ge en känsla av att vara liten och obetydlig och osäkerhet kan uppstå hur man kan ta sig ut i händelse av brand eller någon annan nödsituation. Motsatsen till en personlig inbyggd känsla är att byggnaden känns anonym och opersonlig. Patienten kan uppleva ett opersonligt mottagande på grund av att miljön inte "bjuder in". Byggnadens storlek, material och form medverkar till intrycket.

- *Stora komplex är inte så trevligt att gå in i när man är sjuk, ... som patient när man är liten från början.*

- *Sahlgrenska är ju så stort... man är ett nummer bara.*

- *När jag såg det här huset då kändes det - rött tegel, va trivsamt.*

- *Nånting med entréns utformning, det är den här cirkeln... cirkelformen är ju alltid omhuldande.*

### 1.3. Tydlighet – otydlighet:

Att patienten kan förstå av miljön vad han/hon ska och får göra. I vilken ordning olika moment ska göras vid ankomst behöver var tydligt. Tydligheten ger en trygghet. Det är i regel vid första besöket som osäkerhet uppstår. Vid det andra och tredje besöket o.s.v. finns en förvärvad erfarenhet som förenklar. När det inte framgår vad som ska göras och i vilken ordning blir patienter osäkra och kanske inte kan koppla av i väntan på sin tur. "Jag känner tryggheten i miljön... det är en väldigt känd miljö för mig... jag har varit mycket sjuk"

## **2. Fysiska förutsättningar att bli uppmärksam och sedd finns – finns ej:**

Att bli mottagen innefattar att anmäla sig. I regel sker anmälan till en fysisk person. Om det är tydligt hur och var patienten ska anmäla sig känns det i regel tryggt och lugnt. När det inte finns en plats med en person att anmäla sig till uppstår för många en osäkerhet i själva situationen. En synlig kölappsautomat nära entrén signalerar att det är dags att ta en kölapp. Tydliga nummerdisplayer vid sittplatserna i väntrummet ger information om att det går bra att sitta ned och vänta på sin tur att anmäla sig i receptionen.

## **Underkategorier**

### 2.1. Stödjande planlösning finns – stödjande planlösning saknas:

Placeringen av receptionen underlättar eller kan skapa tveksamhet. Planlösningen i området entré/reception/väntrum kan ge förutsättningar för att snabbt kunna upptäcka en person att anmäla sig till men också motsatsen. Det är många intryck som möter patienten och många är dessutom oroliga för sin hälsa vilket kan påverka perceptionen och förmågan att läsa av miljön.

*- Att montern (receptionsdisken) står ute i rummet och möter besökaren och personen som står bakom är servitörselegant så där öppen på vad man vill ha och behöver.*

### 2.2. Stödjande inredning finns - stödjande inredning saknas:

Om receptionen är öppen upplever patienterna i regel att personalen lättare uppmärksammar dem. Om receptionen är försedd med en glaslucka ger det för många en känsla av distans. Bekväma möbler att sitta i där det är möjligt att ha uppsikt över reception och väntrum kan ge en stunds avkoppling innan besöket. Många patienter vill komma i god tid och uppskattar då en trevlig möblering.

*- Det är så mycket bättre när man kommer till en öppen reception än när de sitter bakom en lucka i glas, för då känner jag att då är jag inget hot. Jag känner mig mer keep distance! – håll dig på din sida, när det är en lucka.*

### 2.3. Närvaro av personal – ej närvaro av personal:

Närvarande personal i området med entré/reception/väntrum ger ett lugn för alla. Då finns det någon att fråga och det är också tydligt var patienten ska anmäla sig. När det inte finns personal närvarande blir många patienter oroliga och söker efter någon att fråga. Information som ersätter en person ger inte samma trygghet.

*- ... oftast är det ju en irritation av att man inte blir sedd. De flesta människor tror jag är beredda att vänta om de vet att någon har sett dig, vet varför du är där.*

*- De ser mig så fort jag kommer in och ska ta på mig såna här plastsockor. Då ser dom mig och hejar... hon ser mig och vinkar och säger att allt är klart och då har hon bokat mig.*

### **3. Subjektiva upplevelser av den fysiska miljön.**

Patienten påverkas av mötet med miljön, det kan kännas trivsamt men också ogästvänligt. Doft, ljud och ljus påverkar trivselkänslan. Ordning eller oreda ger en bild av hur verksamheten fungerar. Omsorg om patienterna som är manifesterad i rummet kan ge extra krafter.

#### **Underkategorier**

##### **3.1. Första intryck är positivt – första intryck är negativt:**

Den första känslan som infinner sig påverkar patienten och kanske också det fortsatta besöket. Den första känslan kan sätta patienten i stämning. Blommor och gröna växter uppskattas av många. Ett väntrum där det är ordning och det känns välstädat ger en känsla av att också verksamheten är i ordning. Oordning i väntrummet kan ge en känsla av att personalen inte bryr sig om hur patienterna har det och ibland ett bristande förtroende för verksamheten. Dofter skapar ofta associationer och många patienter har tråkiga sjukhusminnen från sin barndom där dofter är centrala.

*- När det är väldigt stökigt så får man nån slags känsla av att det inte är riktigt ordnat. Det är ju viktigt att man känner den tryggheten att här är det ordning och reda.*

*- Jag blev faktiskt överraskad när jag kom hit första gången. Jag tyckte det var fantastiska lokaler.*

*- Nu har fåtöljerna en varm grön färgton när de är omklädda. Det gör så mycket när du kommer dit och blommor som är framme, det gör jättemycket.*

*- Där är ju både doft och ljud, alla sinnen så. Det behövs så litet för att det ska vända åt ena eller andra hållet tror jag. Om vi kan sammanfatta det så. Det är väldigt lite för positiva eller negativa reaktioner och resultatet för hela läkningsprocessen.*

##### **3.2. Möjlig förströelse erbjuds – erbjuds ej:**

Väntetider är ibland oundvikliga och de flesta förstår det. Naturligtvis blir det lättare att vänta om det finns förströelse och distraktioner i miljön som kan ge väntetiden mening och/eller lugn. Musik att lyssna till avskilt eller i hörlurar, konstnärlig utsmyckning att betrakta, tidningar och böcker att läsa och leksaker och böcker för barn uppskattas.

Möjlighet att arbeta vid sin dator en stund kan för många vara en bra aktivitet under väntetiden. Om det inte finns förströelse i någon form kan oro över situationen och irritation över väntetider få utrymme. Gamla och slitna tidningar är inte positivt för den som väntar. När barnen inte välkomnas med möjlighet till aktivitet så kan det innebära att de blir oroliga och även stör andra väntande patienter.

*- Det är viktigt att det finns böcker och tidningar att bläddra i.*

*- Det skulle ju faktiskt kunna ligga litet... en bok t.ex. för det ligger ofta gamla slitna tidningar.*

### 3.3. Uttryck för omtanke finns – uttryck för omtanke finns ej:

Handlingar som utförs av personalen för att göra miljön trevlig för patienterna uppfattas och uppskattas av många. När personalen har ansträngt sig har de visat att de bryr sig om patienterna. En vårdad miljö kan av patienterna tolkas som att de är värdefulla. Motsatsen uppstår när miljön inte bär några spår av omtanke. En känsla av att inte vara värdefull kan uppstå.

- *Till påsk t.ex. hade dom lagt en fin liten vepa på bordet och så var det påsk fjädrar och det var väldigt ja, det var mysigt mot att komma in i sjukvården på ett sjukhus.*
- *Det är pyssligt här... idag är det nya fina vaser och snäckor.*

### 4. Tillämpad kunskap och erfarenhet om den fysiska miljöns effekter:

Det ska inte se ut som hemma i sjukvårdens lokaler, men det ska vara trivsamt och kännas bekvämt och förmedla kraft. Det skapas positiva känslor av grönska och natur. Färger kan göra rummet inbjudande och välkomnande. Brist på färg, grönska och vackra material, kan innebära att miljön känns trist och opersonlig.

#### **Underkategorier**

##### 4.1. Förekomst av natur och grönska finns – finns ej:

Flera av informanterna i den här studien uttryckte positiva effekter av grönska i inomhusmiljöer och vistelse i natur. En parkeringsplats utanför vårdrummet skapar negativ känsla medan en utsikt mot natur kan ge välbehövlig kraft och ork. När möjlighet att vistas i natur eller att vila blicken på utsikt mot natur eller t.ex. bilder av natur saknas då uteblir också de goda effekterna av naturnärhet.

- *Vi valde ett rum så att han skulle kunna se från sängen, träden och vitsipporna och det var en skogsbacke” (när maken lades in på Hospice).*

När första barnet föddes: - *Stora fönster, inga gardiner som täckte, man såg bara klarblå himmel. Det var så högt upp så du såg inte liksom träd... när jag tittade ut på denna klarblå himmel och fantastiska vädret, alltså jag är i sjunde himlen och levererar detta mirakel.* När andra barnet föddes: - *Persiennerna var neddragna för att parkeringsplatsen låg utanför... de här stålpersiennerna, det var stålgrå persiennor och jag låg och kämpade där.*

##### 4.2. Material, former, färg och inredning som stödjer patienterna – stödjer ej:

Människor påverkas av material, former och färger. Informanterna talar om påverkan från färg, form och material utifrån sin personliga upplevelse. Flera uttrycker en preferens för varma färger och att vitt och grått känns kallt och ogästvänlig. De

uttrycker att det har stor betydelse hur det ser ut för välbefinnandet och de visar med sina berättelser att uppmärksamheten på miljön är stor vid besök i sjukvården.

- *På den avdelningen fanns ingenting som var positivt, det var förskräckligt (avser sjukhus X).*

- *Ju mer välkomnande en lokal är ... det handlar om luft, ljus, stimulerande färger osv. så ökar ju välbefinnandet hos dom som kommer.*

- *Det är jätteestetiskt, trägolv, parkett. Det är lugnande, hela miljön är ju lugnande... Det är fina färger, bra belysning.*

- *När de gjorde om så använde de färg, lite' lila, det blev med en gång mer värme.*

*Alltså lokalerna är desamma men det blev ändå en varmare känsla.*

#### 4.3. Miljön är skapad för alla människor – miljön passar inte alla människor:

Nedslitna och trista lokaler för barn och unga gör besöket onödigt tråkigt. En genomtänkt miljö med stimulans och upplevelser kan underlätta och även medföra att inplanerade återbesök blir mer angenäma att ha framför sig. I Miljöer för barn och unga ska också deras föräldrar trivas.

- *Barnavdelningen på Östra Sjukhuset, den tycker jag är... det är Östtyskland alltså. Men det beror ju på undermåligt underhåll... jag tycker att den miljön är bedrövlig faktiskt*

### **Domän: Bemötande**

#### 5. Uppmärksammar och bekräftar – nonchalerar, negligerar:

En tidig bekräftelse på att vara sedd vid inträdandet till en hälso- och sjukvårdsenhet är positivt. Det är viktigt att få en bekräftelse på att vara sedd i form av en hälsning i form av en kommentar, en blick eller ett leende.

### **Underkategorier**

#### 5.1. Ögonkontakt – ej ögonkontakt:

En blick är en tydlig bekräftelse och uppfattas av de flesta. När ögonkontakten uteblir kan osäkerhet uppstå, en känsla av nonchalans från personalen kan få fotfäste. Vid besök i sjukvården är det extra viktigt att bli bekräftad. Detaljerna i personalens beteende talar ett språk som många patienter mycket tydligt uppfattar och kommer ihåg.

- *Satkärringen i luckan på den andra vårdcentralen hon säger aldrig hej.*

- *Nu slussar de in en till olika ställen så blir man sittande där utanför. Det finns inte en människa eller informationsdisk eller nånting så att man kan tala med någon. Man måste då, när sköterskor och personal kommer ut, då får man liksom ta i dom för att få besked (avser sjukhus X).*

- Ibland håller de på med nånting å så ska man anmäla sig och så står man och väntar och vet inte om man ska sätta sig ner eller. Om personen inte ägnar mig en blick som kanske kan visa att jag kan sätta mig ner, att det dröjer en stund utan jag blir helt ignorerad (avser besök på sjukhus X).
- Det är inte så mycket, det kan vara en blick bara, det är jättelitet som behövs för att det ska bli en motsatt effekt.
- En liten nonchalans, ett översitteri, en blick nånting, det behövs bara så lite så är det förtroendet bara borta... man ska känna sig sedd, det är pyttesmå detaljer alltså, ett ögonkast en ... kroppsspråk, det är jätteviktigt.

## 5.2. Ett leende – inget leende:

Ett leende är en tydligare bekräftelse än en blick och ger en känsla av trygghet. I och med leendet så uppfattas att någon har sett mig och tagit ansvar. Ett leende kan förmedla medmänsklighet och ett uteblivet leende kyla och ointresse.

- ... När jag har kommit in genom dörren och de har sett mig där borta i informationen, man anmäler sig ju där. Då liksom, har de liksom mött mig med blicken och lett lite, bara det!

## 6. Kommunicerar – kommunicerar ej:

Kommunikation är nödvändigt i relationen patient och personal. Patienten har ofta stora förväntningar på mötet och samtalet med personalen. Den egna berättelsen behöver få utrymme och alla frågor måste få ställas och få svar. Patienten är inte alltid i bästa form för att kommunicera tydligt och snabbt, vilket ställer stora krav på anpassning från personalen.

### **Underkategorier**

#### 6.1. Lyssnar till berättelsen – lyssnar ej:

Att lyssna färdigt kan ta tid men när det får ta tid så har en bra grund skapats. Det är en stor tillfredsställelse för patienten att få ha personalens hela uppmärksamhet en stund. Patienten är fylld av sin berättelse och behöver berätta den. Flera intervjuer innehåller episoder där lyssnandet inte har fått utrymme och det efterlämnar en besvikelse. Här följer ett exempel på när patienten tar över ansvaret för en dålig kommunikation med en personal.

- Sen då så luska jag lite vad hon hade för intresse, hon hade ju hästar då och grejer. Sen prata jag mycket om hästar med henne så hon var så käck sen så (avser sjukhus X).
- Jag tycker faktiskt att det är roligt om man kan fnissa och skratta lite grann också.
- Jag får en känsla av att personen i fråga är duktig i sin profession och det får man när personen lyssnar, är observant, kanske frågar nånting.
- Det har funnits TID att få prata och de har lyssnat.

## 6.2. Tillåter att frågor ställs – frågor får inget utrymme:

Att lyssna är en del av kommunikationen, att ge utrymme för frågor ökar kvalitén på kommunikationen. När det inte ges tid att fråga uppstår ofta missförstånd som t.o.m. kan äventyra resultatet. Patienternas frågor ger ofta värdefull information till personalen.

## 6.3. Informerar – informerar ej:

Informanterna berättade att de känner behov av att få information både om praktiska ting i samband med besöket och, ännu viktigare, i relation till sjukdomen. Deras berättelser handlar både om att få sådan information och att inte få det. Den som inte fått den information han/hon behövde kände sig ofta orolig och osäker men också negligerad och nedvärderad. Den som fått den information han/hon behövde beskrev känslor av trygghet och bekräftelse. Många informanter ville gärna ha både muntlig och skriftlig information.

## 6.4. Ansikte mot ansikte – vänder ryggen till:

Ett samtal som försiggår ansikte mot ansikte ökar möjligheten för båda parter att förstå. Ansiktsuttryck blir en del i kommunikationen. Att tala med ryggen vänd mot patienten upplevs som ett ointresse och en oartighet.

- *De ska ju lyssna, det är ju viktigt att dom lyssnar på vad jag säger, att dom inte håller på med nånting annat samtidigt som jag pratar med dom.*

- *Ja, först och främst så bör dom vara som vi är nu, man bör sitta ner och se ansiktet på den personen man talar med. Man ska inte komma till en doktor t.ex. och han står och vänder ryggen mot en och ställer sig och tittar ut genom fönstret och pratar till en.*

- *Han var hyperstressad hela tiden och medan jag pratar så ställer han sig upp och tvättar händerna och jag satt bakom hans rygg och så berätta jag (avser sjukhus X).*

## 7. Syn på patienten holistisk – atomistisk:

Behovet hos patienten är stort att bli betraktad som en hel människa. Inte alla angav att de känt sig som hela människor i sin kontakt med sjukvården. I stället har de känt sig betraktade som en sjukdom eller en åkomma. När man kände sig bekräftad som en hel människa mår man betydligt bättre och kände sig också mer benägna att lämna information.

Om informantens doktor på vårdcentralen: - *Hon är en individ som ser en och nu frågade hon om relationen till min mor (ett telefonsamtal under intervjun ifrån denne doktor). Hon har koll på läget och inte bara sjuksynen på den sjuka individen, kroppen liksom utan ser helheten.*

- Sjukgymnasten X har ju varit väldigt professionell alltså, otroligt. Hans bemötande är ju, vi pratar ju mycket... diskuterar. Och det handlar ju inte bara om skadan utan det handlar ju om att jag... ja, allting runtomkring.
- Jag har inte tid med sånt så han till mig då, du är ju här för handen (avser sjukhus X).

## **8. Patienten i fokus – uppgiftsorienterad:**

Då patienten känner att personalen är koncentrerad på honom/henne och samtalet, ökar förtroendet och tid sparas för båda parter. Uppmärksamhet uppfattas lätt av patienten och ger negativa effekter.

- Om jag står där och pratar så tycker jag att jag ska va i fokus och det tycker jag att jag har blivit här.
- Det är en stor skillnad att man får va en del i strukturen så, som patient så är man egentligen det. Man är inte i ett hörn. Då är man verkligen väldigt central.
- Det är precis som att det är så fullt upp att göra, att göra listor, så att mänskorna som man är där för, man ser inte dom (avser sjukhus X).
- Om jag har henne framför mig så här då har jag hennes totala eller hon har sin totala uppmärksamhet på precis mig. Det kan springa folk runt omkring men hon håller ögonen på mig, ingen annan.

## **9. Erbjuder delaktighet – utanförskap:**

Då patienten känner sig inbjuden till att delta i planering av vård och behandling känner han/hon sig delaktig. Patienten upplever sig i regel som expert på sig själv och då är det självklart att vara med i planeringen. Det innebär också ett ansvar för patienten att delta i planeringen och det ger en större motivation för nödvändiga förändringar av livsstil etc. Att presenteras en färdig plan utan föregående diskussion ger inte samma motivation till att förändra när så är nödvändigt.

- Jag har en väldigt god känsla av att komma hit. Jag ser det som en arbetsplats med mina kolleger.
- När man är med i ett team också, så som jag fått ynnesten att få vara med. En arbetsterapeut, en kurator och en sjukgymnast som bildar ett nät kring mig och ser till att det inte ska göra så ont när jag faller så.
- Man ska kunna lämna över sig lite grann, men ändå är man med. ... Resonerar och pushar, det uppskattar jag också. Både när jag varit hos kurator och hos sjukgymnast, det är nyttigt. Inte bara mjäkar med utan man får både ock.

## **10. Visar empati – uppträder med likgiltighet:**

När personal visar empati så får patienter ofta större tillit till sjukvården och till att behandlingen är korrekt. Likgiltighet ifrån personal skapar en förtroendeklyfta och osäkerhet kan uppstå. Genom ett empatiskt förhållningssätt från personalen kan

patienten våga vara sig själv och berätta också om sådant som känns generande och obekvämt att berätta.

- *Just att man är intresserad av människor. Det säger nog de flesta som jobbar i vården att de är, men frågan är om alla är det egentligen.*
- *Dom var väldigt fina, de tog emot oss och de höll kontakten med oss och frågade hur vi mådde (i samband med makens död på Hospice).*
- *Ja, du har diskbräck och så har du migrän och så ont i armarna, vad är det mer då sa han till mig, vad har du mer för fel (avser sjukhus X)?*
- *Jag säger att idag är jag dålig. Jag sa det till sjukgymnasten X och jag kan säga det utan att det känns jobbigt.*

### **11. Erbjuder det jämlika mötet – det ojämlika mötet:**

I det jämlika mötet finns en ömsesidig respekt men inte rädsla. I ett jämlikt möte är det lättare att ställa frågor och att själv föreslå åtgärder som patient. Det ojämlika mötet resulterar ofta i att frågorna uteblir och därför blir obesvarade. Många patienter upplever att sjukvården fortfarande är hierarkisk och ojämlik.

- *Det är ju en jämlik relation att man ska jobba ihop med att lösa nånting, att förbättra nånting.*
- *I sjukvården har det hänt ganska lite med relationen mellan patient och sjukvården. Det har inte hänt så mycket under ganska lång tid... sjukvården lever kvar i den här gamla hierarkiska strukturen.*

### **12. Kan göra ”det lilla extra” – kan bara göra det absolut nödvändigaste:**

När det oväntade görs och den extra omsorgen blir synlig får det positiva konsekvenser. Patienten kan uppleva att det egna värdet ökar när personal gör något utöver det som måste göras. När omsorgen uteblir och patienten bara erbjuds det absolut nödvändigaste kan det innebära att patientens upplevelse blir färgad av den ogenerösa attityden som personalen uppvisar. ”Det lilla extra” som görs fastnar för alltid i minnet hos många patienter men det gör också den motsatta situationen när bara det nödvändigaste erbjuds.

Patienten väntade på röntgenläkaren som var på lunch. Hon går till cafeterian för att köpa en glass under väntan. - *När jag skulle åka upp igen då kom sköterskan ner i hissen med svaret och remissen och allt var klart och färdigt för att kunna åka vidare till ortopedden... så kom hon ner för att det skulle gå fortare för min del... det gjorde att jag orkade vidare (avser besök på sjukhus X).*

- *Det är trevligt om dom gör lite grann trevligt för en som en kopp kaffe eller nånting att dricka eller bara nånting. Det där EXTRA, bara lite, lite grann. För man är ju... är man där så är man dålig.*
- *När jag mådde som sämst..., då hade jag mycket med kuratorn att göra här. Det var en fråga på jobbet som jag inte lyckades få svar på, på jobbet och hon engagerade sig fantastiskt på det och det var skärtorsdag och hon gick inte hem förrän hon hade fått*

*tag på min chef. Det glömmar jag aldrig. Det var fantastiskt, jag grät och hon gav sig inte.*

## **Domän: Organisation**

### **13. Hälso- och sjukvårdens innehåll och utbud är stort och brett – smalt och litet:**

Den hälso- och sjukvård som erbjuds påverkar naturligtvis patientens hälsosituation. Upplevelsen att bästa möjliga resultat kan nå gynnas av att all vård och behandling som det finns kunskap om också finns att tillgå. När brister i utbudet är tydliga kan patienten tappa förtroendet för verksamheten.

*- Jag gick och behövde läkarkunskap. Jag gick till vårdcentralen och där hände ingenting och jag gick till X akuten och det var ingen som hörde på vad jag hade för behov... jag gick på många ställen och jag fick ingen hjälp... det var ingen som tog sig tid till nånting som inte passade in i deras mall.*

*- Det var mycket mer personal här. Man kunde ju få flera undersökningar här, det finns ju gynekolog och litet av varje. Det är ju faktiskt positivt.*

### **14. Hälso- och sjukvårdens tillgänglighet är hög – låg:**

Tillgänglighet handlar om att nå organisationen för bokning av tid och att det finns tider att boka. Det handlar också om huruvida det finns möjlighet att söka sjukvård direkt eller om patienten istället måste ha en remiss. Telefonköer, informationssystem, fysisk tillgänglighet, operationsköer, som också är aspekter av organisationens tillgänglighet, angavs som exempel på viktiga faktorer av informanterna. Att finnas i en operationskö utan information om framskridandet i kön eller intresse från sjukvården hur det går under väntetiden är en del av en bristande tillgängligheten.

*- Ja, sen är det väntan, att man alltid ska vänta, att man inte kan komma till skott. Att nu är det din tur och nu är det så. Jag står på första tur sen i april förra året (1,5 år) och det finns inga operationssalar. Det är ju inget försvar.*

*- Jag frågar varför folk passerar mig – jamen du har ju redan varit hos läkare... jag tjata lite grann och till slut fick jag komma in. Då hade det gått rätt många timmar. Vad vi inte visste då... var att jag hade en brusten blindtarm (avser besök på akutmottagning X).*

*- Att lura ut vart jag skulle gå med den här remissen det tog en stund. Jag sökte på Internet... hemsidan är ju ingen höjdare.*

### **15. Hälso- och sjukvården eftersträvar kontinuitet – eftersträvar ej kontinuitet:**

Att få träffa samma behandlande personal vid flera tillfällen ger trygghet och förenklar då behandlaren är införstådd med situationen. Personkemi omnämns i studiens intervjuer som viktig. Ibland är dålig personkemi orsak till att patienten upplever ett

dåligt bemötande medan bra personkemi ger både glädje och trygghet i kontakten. Att kunna byta behandlare när t.ex. personkemin inte stämmer är patientens rättighet.

*- Läkaren informerade mig på ett dåligt sätt... jag är ju glad att jag kan medicin... så att vi kunde gå vidare... vi tog kontakt med en annan läkare där och fick hjälp att reda ut det.*

#### **16. Hälso- och sjukvårdens vårdkedjor och samverkan internt och externt. Tydliga vårdkedjor utan glapp med god samverkan – ständiga vårdsolitärer med låg grad av eller ingen samverkan:**

Vårdkedjor är nödvändiga för att patientens väg genom sjukvården skall vara säker. Brist på vårdkedjor kan innebära att patienter glöms bort och inte kommer vidare vid remittering. Patientens berättelse förvaltas av personal och ska överföras till nästa instans. Många patienter upplever att information inte har gått fram från remittenter, att provsvar fattas m.m. Vid sjukdom finns inte alltid kraften och orken att berätta sin historia gång på gång och kanske inte heller att ta kontakt med vården då vårdkedjan brutits.

*- Viktigt att personen har tagit dig på allvar och informerar nästa... det värsta jag vet är när man kommer till en läkare och de inte vet varför jag är där... den här förberedelsen är viktig.*

*- Visserligen har jag tre olika läkare en trappa upp här, men alla har lyssnat på varandra och alla har tagit vid där den andra har släppt och alla har försökt hitta fram till lösningar. Och alla har respekterat att jag är väldigt mycket hos sjukgymnasten. Så läkarna och sköterskorna och framförallt dom här sköterskorna som jobbar inne på lab., de har varit jätterara mot mig hela tiden. Å så då ner till sjukgymnastiken här och så vidare till sjukgymnastik vid mottagning X. Hela vägen har varit underbar!*

#### **17. Jämlikhet i hälso- och sjukvården – ojämlikhet:**

Jämlik hälso- och sjukvård innebär att alla ska få samma möjligheter till vård och behandling. Informanter har berättat om att olika behandlingar erbjuds i olika delar av landet och även att kötider varierar på olika orter. Intervjuerna innehåller berättelser om åldersdiskriminering i sjukvårdssammanhang och att kontakter kan innebära att det går fortare på akuten.

*- Har man inte kontakter inom vården eller kompisar så får man vänta.*

#### **18. Patientens rättigheter respekteras – respekteras ej:**

Patienter kan uppleva sig rättslösa i förhållande till sjukvårdspersonal. Om kontakten med en personal inte fungerar är det inte så lätt att få sina rättigheter tillgodosedda.

*- Det får du ta med den läkaren som har opererat dig, och nu har det snart gått ett år och jag har fortfarande inte fått återbesöks tid till den läkaren som har opererat mig...*

*jag fick en telefontid till honom och när jag ringde upp honom sa han att jag har fem minuter (avser sjukhus X).*

### **19. Bemötandet är bra – bemötandet är dåligt:**

Informanterna uppfattar snabbt vad som är bra respektive dåligt bemötande. Även om patienten förstår att ett dåligt bemötande beror på stress så kan det ändå ha negativ effekt. Glapp i kommunikationen mellan olika vårdgivare uppfattas av patienter som ett dåligt bemötande då det kan innebära att olika besked lämnas av olika vårdgivare. Patienterna uppfattar ibland att det finns ett gemensamt förhållningssätt för bemötande bland personalen, en bemötande anda som all personal ger uttryck för.

- Jag var hos en doktor på vårdcentralen en trappa upp och där blev jag också bemött fint... på lab. då tyckte inte den flickan att jag skulle ta provet eftersom jag inte var fastande. Jag sa att nu har ju doktorn sagt att hon vill ha dom proverna, så ta dom proverna. Du vet jag stod ju på mig.*
- Här kan man ju känna att även om alla de andra har sina patienter med så finns ändå plats för att hälsa och lite hejarop å så där.*
- Jag har så otroligt många tråkiga bemötanden.*
- Jag tycker att det verkar som att det är bättre bemötande överallt nu.*

### **20. Förbättrings- och utvecklingsanda finns – finns ej:**

Informanterna berättade både om exempel på förbättringar och på försämringar inom vården. Det har exempelvis blivit mycket lättare att komma fram per telefon till sjukvården, en utveckling som gynnar patienterna. Det upplevs positivt att kunna kontakta rehabiliteringsenheten direkt som patient utan remiss. En informant sade att det borde finnas en drivande kraft inom sjukvården för ständig utveckling.

- Tragiskt att det ska behövas en konkurrenssituation för att man ska kunna se några förbättringar. Att inte det ska kunna vara en sån drivande kraft inom all verksamhet att – ska vi bli lite bättre idag?*
- De skickligaste försvinner ju, det är ju så det är. Jo men det är så för att de går till mer avancerade uppgifter.*

## **6.3. Ett tema, som det framkommit ur det latent innehåll i intervjuerna.**

Ett genomgående tema i alla intervjuer är behovet av att vara sedd och uppmärksammas. Att inte uppmärksammas blir indirekt en indikation på att inte vara värdefull. Kategorierna under respektive domän passar mer eller mindre in under temat Att vara sedd – att vara värdefull. Den fysiska miljön med sin planlösning och inredning avgör hur lätt patienten blir uppmärksammas av personalen och hur patienten själv kan hitta rätt. Personalens beteende ger direkt besked till patienten om att vara sedd eller inte sedd och därmed en bekräftelse om att vara värdefull eller inte. Organisationen ger

förutsättningar, genom tillgänglighet - att ha tillgång till vård, genom att rådande kultur uttrycker att patienten är i centrum och att en bemötandepolicy stödjer patientrollen. För att patienten i sin redan utsatta roll inte ska riskera att bli än mer utsatt genom att den egna identiteten och självbilden utarmas, måste innehållet i alla de tre identifierade domänerna beaktas. Först då kan patienter uppleva sig sedda och värdefulla.

## 7. Diskussion

Studiens syfte var att undersöka patienters upplevelser av och uppfattningar om vårdatmosfären på en rehabiliteringsenhet i synnerhet och på vårdenheter i allmänhet. De 13 intervjuer som genomfördes i studien och det parallellt pågående analysarbetet har mynnat ut i ett resultat som ger en god uppfattning om hur patienter på en rehabiliteringsenhet kan uppleva och uppfatta vårdatmosfär. Det finns en variation i beskrivningen av upplevelser och uppfattningar mellan informanterna men inga direkta motstridigheter. Det som har framkommit är inte några revolutionerande upptäckter men strukturen i sammanställningen med tre tydliga domäner kan förenkla förståelsen av fenomenet vårdatmosfär. Det som dessutom framkommit är att de tre domänerna bär viktiga ingredienser som alla på sitt sätt är nödvändiga för att en god vårdatmosfär ska uppstå. Mängden kategorier vittnar om att materialet innehåller många detaljer och att det ofta är detaljerna som avgör hur ett besök i primärvården värderas.

Huvudfrågan för studien ”Finns en läkande vårdatmosfär?” besvaras utifrån uppfattningar som studiens informanter förmedlar. Det samlade resultatet ger en fyllig bild av begreppet vårdatmosfär. Studiens tema ”Att vara sedd, att vara värdefull” kan infrias först när den fysiska miljön ger möjligheter, när personalens bemötande fungerar och när organisationen har skapat förutsättningar.

Tidigare forskning inom området vårdatmosfär är framförallt David Edvardssons avhandling från 2005. Edvardsson identifierar två domäner nämligen den fysiska miljön och människors varande och görande i miljön. Edvardsson betonar också att det saknas kunskap inom området vårdatmosfär som kan betraktas som ett tvärvetenskapligt område med aspekter från bl.a. psykologi, arkitektur, hälsogeografi och sociologi (Edvardsson 2005). Eva Jangland förmedlar kunskaper om personalens oerhört stora inflytande över patientens uppfattning om bemötandet i sin avhandling från 2011 (Jangland 2011). Amerikansk forskning om vårdmiljöer (Ulrich 1991) ger oss generella kunskaper om de kvalitéer som behövs för att vårdmiljöer skall fungera stödjande och läkande.

De resultat som den här studien har givit stämmer väl med vad dessa forskare har redovisat. Studiens tredje domän; organisationen ger en indikation på att det inte enbart är individerna bland personalen som avgör vårdatmosfärens kvalitet. Det är till stor del en organisationsfråga där ledningen för organisationen bär det yttersta ansvaret. För att göra en utveckling av fysisk miljö och bemötande möjlig, krävs att dessa frågor diskuteras organiserat och får ett utrymme. Inom personcentrerad vård betonas

lyssnandet på personens egen berättelse (Swedberg 2010). Jangland finner i sina studier att information och hur den lämnas har ett stort värde för patienter och att det är organisationens ansvar att tillse detta. Vidare betonas att en metod för att förbättra kvalitén i vården är att genomföra kontinuerliga undersökningar i form av intervjuer och fokusgrupper om patienters uppfattning om vårdkvalitet (Jangland 2011). I studien "Finns en läkande vårdatmosfär" betonas informanternas betydelsen av en lyssnande behandlare. Behovet av att få delge sin berättelse är tydligt.

Hur kan den här studiens resultat överföras till andra sammanhang? Intervju-materialet är unikt och ett begränsat antal personer är intervjuade. Studien avspeglar uppfattningar som finns hos dessa informanter men ett rimligt antagande är att dessa uppfattningar kan vara giltiga även för andra människor. Resultatet ifrån studien uppvisar en bredd i uppfattningar och upplevelser som kan vara användbar i praktiska sammanhang och som en utgångspunkt för andra studier. Uppdelningen av resultatet i tre domäner kan praktiskt användas. Kategorierna kan vara vägledande för hur den fysiska vårdmiljön inom primärvård kan gestaltas och hur personalens bemötande påverkar patientens upplevelse och slutligen vilka möjligheter organisationen har att förändra och utveckla till en läkande vårdatmosfär.

Resultatets trovärdighet kan inom kvalitativ forskning värderas genom begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Ett validitetskriterium är att studieresultatet kan komma till nytta (pragmatism). Flera tolkningar av resultaten är möjliga och kan vara giltiga även om de är olika. Materialet i den här studien har genomgått ett flertal gånger och "stötts och blöts" om och om igen. Ständiga diskussioner har förts med handledare och kolleger. Åtgärdsordningen och grupperingen av materialet har följt etablerade forskares modell (Lundman & Hällgren-Graneheim 2008). Skapandet av kategorier och underkategorier har omvärderats vid flera tillfällen tills det har uppstått en intern logik. De egna erfarenheterna ifrån tio års arbete i projekt med utveckling av vårdmiljöer har medfört en förförståelse för ämnet. Vid intervjuerna har jag varit medveten om den egna förförståelsen och försökt samtala med informanterna enbart utifrån deras erfarenhet och inte den egna förförståelsen. Min strävan har varit att ta fram dessa människors genuina uppfattningar genom att lyssna på deras berättelser. Vid analysarbetet har materialet behandlats som ett unikt material utan att andra studier har tillåtit påverka resultatet. Den egna förförståelsen kan dock ha haft någon inverkan på analysen av resultatet såtillvida att resultatet kunnat sättas i samband med den praktiska verkligheten och kunnat jämföras med tidigare samt pågående forskning och utveckling.

Det är framförallt två riskfaktorer vid tolkningen av resultaten från föreliggande studie. Den ena gäller urvalet. Dels är det möjligt att urvalet av intervjupersoner har snedvridits i en eller annan riktning genom att de valdes av personalen och dels kan det inte uteslutas att resultaten skulle bli annorlunda om fler personer skulle ha intervjuats. Naturligtvis kan det också tänkas att resultaten skulle blivit annorlunda om en annan patientkategori intervjuats. Den andra riskfaktorn är min egen förförståelse, som trots försöken att eliminera effekterna av den ändå kan ha påverkat resultaten.

Min inställning till vårdatmosfär vid starten av studien, att människor påverkas av relationer till de omgivande människorna, de omgivande vårdmiljöerna och den omgivande naturen, har stöd i forskning. Edvardssons analys av vårdatmosfär, Janglands studier av bemötande och Ulrichs analys av patienters reaktioner på naturutsikt kontra utsikt mot en tegelvägg är exempel på forskning som behandlar ämnet vårdatmosfär utifrån olika utgångspunkter. Teorier som ligger till grund för den här studien är dels Kaplan & Kaplans teori om återhämtning från mental utmattning och koncentrationsförmåga benämnd ART (The Attention Restoration Theory) dels Ulrichs teori om estetisk och- och känslomässig respons på naturmiljöer och återhämtning från stress (Affective-Aesthetic Theory) (Schmidtbauer, Grahn & Lieberg 2005; Annerstedt 2011). Dessa teorier har sitt ursprung i miljöpsykologin och är teorier som ligger nära uppsatsämnet då de berör upplevelser av omgivningen.

Varför är då inte alla vårdmiljöer läkande och funktionella? Det är en berättigad fråga. Svaret är inte enkelt men skapandet av goda, funktionella och läkande vårdmiljöer innebär ofta komplexa och långa processer och någon genväg finns inte. Vägen dit kräver att många samhällsfunktioner involveras i processen och att dialogprocesser startas tidigt med medborgargrupper. Det innebär ett tidsödande arbete att bedriva medborgardialoger men det ger värdefull information tillbaka och en start på en fortgående dialog under processen. Den fysiska miljön i offentlig verksamhet måste för att bli bra skapas med hjälp av de kunskaper och de forskningsresultat som idag finns om hur människor påverkas av omgivande miljöer.

Har alla människor samma tillgång till hälso- och sjukvård? Nej förmodligen inte, men regelverken säger att det ska vara lika. Alla människor behöver hälso- och sjukvårdens verksamhet någon gång. Offentliga miljöer ska fungera för de människor de är avsedda för. Vissa miljöer är framförallt avsedda för en viss åldersgrupp men ska ändå fungera för alla åldrar. Människor med funktionshinder ska kunna fungera i alla hälso- och sjukvårdsmiljöer. Offentliga miljöer skall tjäna alla människor oavsett geografi, kön, ålder eller etnicitet.

Personalens bemötande kan aldrig vara en privatsak för varje enskild anställd. Bemötandet bör styras av den organisation som bedriver hälso- och sjukvård. Det är organisationens ansvar och bör fastslås i en bemötandepolicy. En fastslagen policy för bemötande som aktivt kommuniceras inom organisationen ger större möjlighet för patienter och anhöriga att få ett bra bemötande. En policy ger också möjlighet för personal att rätta varandra till följsamhet med policyn. Bemötandet får inte bero på en individuell människosyn, stress, dålig bemanning etc. Ett gott bemötande av patienter ska vara kvalitetssäkrat i organisationen. Ett gott bemötande bör också innebära att all personal håller samma linje. Dock påverkar naturligtvis faktorer som personlighet och kompetens det nödvändiga individuella uttrycket i kontakten med patienter.

Organisationer har möjlighet att förbättra vårdresultatet genom att stödja personalen på olika sätt. En öppen organisation ger ofta större utrymme för ansvarstagande individer. Stöd till personalen kan bestå i aktiva utbildningsplaner och utbildningsinsatser och en positiv inställning till FoUU verksamhet (forskning, utveckling och utbildning).

Ansvar för utveckling ligger både hos organisationen och hos den anställde. Ständigt pågående förbättringar av den fysiska och den psykiska arbetsmiljön är nödvändiga. Arbetsmiljön behöver ständig tillsyn och översyn. Sjukvårdens psykiska arbetsmiljö är ofta i riskzonen för att stress ska utvecklas och ge ohälsa bland personalen. Den fysiska miljön kan ge möjligheter inte bara för patienter utan också för personal. En vacker och funktionell miljö kan ge stolthet och arbetsglädje hos personalen. Goda möjligheter till kompetensutveckling och en positiv inställning till förslag från personal om utveckling av verksamheten är andra faktorer som kan ge gynnsamma effekter.

Goda exempel i nutid på vårdverksamheter där den fysiska miljön har ett starkt fokus och där personalen åtnjuter extra omsorg ifrån arbetsgivaren är Planetree rörelsen som startade i USA 1978. Planetree arbetar, som nämnts tidigare, aktivt för att skapa läkande vårdmiljöer. Idag är Planetree internationellt ansedd som en ledande organisation för patientcentrerad vård både i USA, Canada och Europa. Vårdfilosofin utgör en grund för skapandet av den fysiska miljön. Vårdfilosofin riktar sig till kroppen, sinnet och själen hos både patienter och personal. Rörelsen har identifierat nio element för en relationsbaserad vårdfilosofi med patienten i centrum: Mänsklig interaktion, undervisning, läkande kompanjonskap med patientens familj och vänner, integration av komplementär medicin, läkande konst och läkande vårdmiljöer är några av dessa element (Stichler & Jaynelle 2008).

I Sverige har, som nämns inledningsvis, forskning inom området personcentrerad vård eller patientcentrerad vård tagit ett kliv framåt då inom Sahlgrenska Akademien ett centrum har bildats för utvecklande av PCC forskning. Grunderna för vården är att personens egen berättelse är vägledande och att den tillsammans med relaterad evidens utgör grunden för den behandlingsplan och de behandlings mål som upprättas tillsammans med personen. Egenvård och egenbehandling ska också uppmuntras.

Även det internationella nätverket Hälsofrämjande sjukhus är intressant i detta sammanhang. I Sverige finns nätverket sedan 1996. Organisationer, sjukhus, landsting och regioner är medlemmar. Nätverkets syfte är att utveckla en hälsofrämjande hälso- och sjukvård till gagn för patienter, medarbetare och det omgivande samhället. Varje sjukhus ska ha en skriftlig policy för främjande av hälsa för patienter, anhöriga och medarbetare. Organisationen är skyldig att säkerställa bedömningen av patientens behov av hälsofrämjande insatser, förebyggande behandling av sjukdomar och rehabilitering. Organisationen ska informera patienten om deras sjukdom, hälsotillstånd eller insatser inom hälsoområdet. Vidare bär ledningen ansvar för att skapa förutsättningar för utveckling av sjukhuset som en hälsosam arbetsplats. Till sist krävs en strategi för samverkan med övriga aktörer i vårdkedjan (Hälsofrämjande sjukhus 2011; WHO 2004).

Planetree rörelsen, Personcentrerad vård och Hälsofrämjande sjukhus bär sinsemellan stora likheter. Dessa rörelser bär på kvalitéer som efterfrågas av informanterna i föreliggande studie.

Behovet ”Att vara sedd ” återkommer i studiens intervjuer gång på gång. Behovet av att bli sedd grundas i en känslighet för att inte bli sedd (Möller 1998). Ett ofta förekommande problem i sjukvården beror på en oförmåga hos hälso- och sjukvårdspersonal att möta detta behov. Kanske är behovet att bli sedd det mest grundläggande behovet i allvarliga livssituationer som t.ex. sjukdom och skada. Möller beskriver en behovstrappa över människors behov i situationer när liv, identitet och livssituation hotas.

Tablå 3. Behovstrappa när livssituationen är hotad (Möller 1998).

Att bli sedd och mött som ett ”jag”  
Att få respekt och bli bekräftad.  
Att få kunskap  
Att kunna identifiera och uttrycka känslor, tankar, frågor  
Att få bearbeta känslor, erfarenheter, konflikter, tankar  
att få känslomässigt stöd  
Att lära sig adekvat coping  
Stressreduktion.

Behovstrappan åskådliggör väl hur patienter fungerar i många situationer i kontakt med sjukvården. Om det mest elementära - behovet av att bli sedd - inte fungerar så drabbas den fortsatta relationen med sjukvården och dess representanter. Temat ”Att vara sedd – att vara värdefull” och flera av kategorierna i resultatet från studien om läkande vårdatmosfär får stöd i behovstrappan ovan.

Det fodras kunskap både för skapande och bevarande av goda vårdmiljöer. I vårdverksamheter är det vårdpersonalen som är nyckelpersoner för att bevara de goda vårdmiljöerna. Det vilar ett stort ansvar på vårdorganisationen och dess beslutsfattare att tillse att personalen får tillräckliga kunskaper om detta samt om patienters behov av goda vårdmiljöer. Den fysiska miljöns komplexitet bär möjlighet att framkalla känslor och en miljö som saknar stimulans kan rentav orsaka skada (Wikström 2003). Kunskaper om människors behov i normalsituationer är nödvändiga för att förstå de mänskliga behoven i kritiska situationer. Det vilar även ett ansvar på de lärosäten som utbildar personal att tillse att personalen har nödvändiga kunskaper för att förstå människors behov.

All hälso- och sjukvård vilar på kommunikation mellan människor och en bra kommunikation förutsätter en någorlunda jämlig relation där patientens beroendeställning inte får missbrukas. Redan Hippokrates framhöll detta. En modernare tolkning av kommunikation beskriver den som en situation där något görs gemensamt i en dynamisk interaktion, eller snarare en transaktion där alla parter ömsesidigt påverkar och tar hänsyn till varandra i både produktionen och tolkningen av meddelanden (Möller 1998). Kommunikation förutsätter alltså en, åtminstone hyggligt, jämlig relation där man med gemensamma ansträngningar kan nå en ömsesidig förståelse. Detta är något som kommit fram tydligt i intervjuerna.

Enligt många forskare är kommunikation en nyckel till interaktion och kommunikationsprocessen är vägen till en etablerad relation med patienten (Jangland 2011). I "A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context" beskrivs kommunikationen utifrån fyra huvudingredienser. 1. Fokus på interaktionen med varje deltagares mål för kommunikationen. 2. Deltagarna med sina behov, skicklighet, värderingar och känslor. 3. Kommunikationsprocessen med hur budskap förmedlas och tas emot verbalt, icke-verbalt och under tystnad och till sist 4. Omgivningen där kommunikationen sker (Feldman-Stewart, Brundage, Tishelman 2005). Kommunikation ansågs av informanter, i studien om en läkande vårdatmosfär, vara nödvändig i relationen patient-personal. Patienter har ofta stora förväntningar på mötet och samtalet, den egna berättelsen behöver få utrymme.

En framtida studie inom området vårdatmosfär skulle med fördel kunna vända sig till människor som har varit inlagda på sjukhus där den fysiska miljön och bemötandet blir påtagligare och patienten kan uppleva större utsatthet än vad som är fallet vid vård inom primärvård. Troligen ger olika sjukdomar och sjukvårdssammanhang upphov till skilda behov av vårdmiljö och bemötande. Begreppet vårdatmosfär skulle därför med fördel kunna undersökas genom intervjuer och fokusgrupper med olika patientgrupper och deras anhöriga. Intervjuer och fokusgrupper med personal från olika typer av vårdenheter skulle ge en värdefull komplettering av bilden. Enkäter som sjukvården ofta använder för att mäta patientnöjdhet har den svagheten att de personliga erfarenheter som illustrerar svagheter och styrkor i organisationen, hos personalen och i den fysiska miljön, inte alltid kommer fram. En fördel med enkäter är att betydligt fler röster kommer till tals än i intervjuer eller fokusgrupper. Om problemen ska belysas för att skapa förändring kan det vara klokt att kombinera kvalitativa intervjuer med större kvantitativa enkätundersökningar. Det är oomtvistat värdefullt att lyssna på patienter i frågor som rör hälso- och sjukvård och särskilt lämpligt när det gäller bemötande och personliga uppfattningar om sjukvården som helhet. Ett intressant och utmanande forskningsområde är vad som gör ett bemötande till ett gott bemötande och varför vissa människor bemöter väl och andra mindre väl.

## 8. Slutsatser

Bemötande och fysisk vårdmiljö är sannerligen inte försumbara ingredienser i vård-sammanhang. Dessa utgör tillsammans en vårdatmosfär (Edvardsson 2005). Vårdatmosfär har sällan utgjort fokus för forskning. Bemötande och fysisk miljö har i regel undersökts var för sig.

En ytterligare ingrediens i begreppet vårdatmosfär, som träder fram i de genomförda intervjuerna, är organisationen. Begreppet organisation i denna studie innefattar vårdutbud, tillgänglighet, kontinuitet, vårdkedjor och samverkan, jämlik vård,

patientens rättigheter, bemötandepolicy och förbättrings- och utvecklingsanda. De tre domänerna i studien; Fysisk miljö, Bemötande och Organisation griper in i varandra och är tillsammans en förutsättning för att en god vårdatmosfär ska uppstå. En god vårdatmosfär har möjlighet att verka som en läkande vårdatmosfär.

Att bli sedd betraktas som ett grundläggande psykologiskt behov hos människan. Även i denna studie understryks detta behov av informanterna. Förutsättningar för att bli sedd finns i lokalens planlösning och dess inredning. Möjlighet och ansvar för att uppmärksamma ligger hos personalen och i organisationskulturen. Subtila uttryck som ögonkontakt eller ett leende är tillräckligt för att förstå att ”jag” är sedd.

Uttrycken för omtanke i vårdmiljön kan vara små men har stor betydelse. Personalens insatser för att välkomna patienterna uppfattas och uppskattas. När personal gör ”det lilla extra” som inte patienten förväntar sig, ger det oproportionerligt gynnsamma effekter. Människor förväntar sig inte att få något mer än det nödvändiga.

Kommunikationen är oundgänglig i sjukvården. Personalen bär ett stort ansvar för en god kommunikation. Förmågan att lyssna, att ge tillräckligt med tid för frågor och att tala med varandra ansikte mot ansikte ger förutsättningar för ett gott samtal och framhölls av informanterna i intervjuerna.

Patientens delaktighet framstår som en nödvändighet i hälso- och sjukvårdssammanhang. I intervjuerna framhölls ofta vikten av delaktighet och i utredningar för framtidens hälso- och sjukvård får delaktighet stort utrymme. Delaktighet är också en förutsättning för jämlik vård, liksom jämlikhet i vårdrelationer är en förutsättning för delaktighet.

En välmående personal har större möjligheter att ge god vård än en personal som inte mår bra. Utifrån denna slutsats är insatser inriktade mot personalens hälsa, kompetensutveckling och personliga utveckling möjliga vägar till en förbättrad patientvård.

Förekomst av natur och grönska i vårdssammanhang har gynnsamma effekter. De flesta människor påverkas positivt av utsikt mot natur, levande inomhusväxter och konstnärlig utsmyckning med naturmotiv. Möjlighet att få vistas i park och natur skapar välbehag och ger goda hälsoeffekter.

I en läkande vårdatmosfär ingår, som tidigare påpekats, många ingredienser. Denna studie har visat på den stora betydelsen av fysisk miljö, personalens bemötande och vårdens organisation. När miljöer för vård, rehabilitering och medicinska insatser ska skapas eller förändras bör dessa tre områden alltid beaktas.

## **9. Omnämningen**

Jag vill varmt tacka min handledare Anders Möller som inspirerat mig att djupdyka i materialet och generöst delat med sig av sina erfarenheter och kunskaper inom kvalitativ innehållsanalys, egen forskning och egen yrkesmässig praktik. Jag är oerhört tacksam för all inspiration som jag fått till att ta del av kunskap och forskning inom anknytande eller närliggande områden. Att fortsätta med en fördjupning i ämnet och dess närliggande områden känns idag oerhört motiverande och lockande.

Jag vill också tacka min första handledare Ulrika Hallberg som lockade mig till de kvalitativa metoderna och de stora möjligheter som dessa metoder ger att formulera frågor och upptäcka nya frågeställningar.

Tack också till FoU enheten för Primärvården Göteborg som biföll min ansökan om ekonomiskt bidrag vilket gjorde det möjligt att genomföra en länge efterlängtd studie i ett ämne som fångat mitt intresse sedan sjuksköterskeexamen i Falun 1977.

Tack också till Högskolan för Folkhälsovetenskap för möjligheten att studera folkhälsovetenskap i ett hälsosamt studieklimat och för möjligheten att utforska frågor av skiftande slag inom området folkhälsa. Att kombinera arbete och studier innebär att studierna tar lång tid och efterlängtd examina under lång tid känns nästan omöjliga att erövra. Det fantastiska är, detta till trots, att få möjlighet att studera och fördjupa sig i frågor som uppkommit i yrkeslivet och möjlighet att bredda kunskaper och egna vyer långt fram i yrkeslivet. Livslångt lärande blir en realitet.

Ett stort tack vill jag rikta till de 13 personer på primärvårdsrehabiliteringsenheten i Majorna som ställde upp med att bli intervjuade och generöst delade med sig av sina högst personliga erfarenheter. Utan dessa välvilliga insatser hade det inte blivit någon studie.

Ett stort tack vill jag också rikta till Personalen vid Primärvårdens Rehabiliterings-enhet i Majorna som stöttat, engagerat sig i och underlättat denna studie. Verksamhetschef Tone Lindersköld Burell med medarbetare har mött mig med hjälpsamhet och intresse, vilket har gjort denna studie möjlig, tack för det!

Sist i raden av tack kommer mitt tack till Olle och mina barn Julia och Elias som inte bara har stått ut med mig och min uppsats under en längre tid utan också bistått mig på alla upptänkliga sätt.

## **10. Referenser**

Annerstedt, M., 2011, Nature and Public Health. Aspects of promotion, prevention and intervention. Alnarp, Sweden: Faculty of landscape planning, horticulture and agriculture science Alnarp

Bowling, A. 2004, Research methods in health, Open University Press 2<sup>nd</sup>ed.

- Börseth, W.A. 2011, Enerom, et smitte- og sykdomsforebyggende tiltak i sykehus? Göteborg, Sverige: NHV
- Coates, G.J. 1997, Erik Asmussen, architect, Byggförlaget Stockholm, Sweden
- Dahlberg, K. 1993, Kvalitativa metoder för vårdvetare, Studentlitteratur
- Dahlquist, G. 2011, Hippokrates i vår tid, Läkartidningen 2011, no 47, pp. 2438-2440
- Dilani, A. (ed.) 2001, Design and Health – The Therapeutic Benefits of Design, AB Svensk Byggtjänst, Stockholm
- Dimberg, I. 2009, Brukarmedverkan – exempel på verktyg för arkitekter i dialog med brukare, Examensarbete vid Chalmers Arkitekter, Göteborg
- Edvardsson, D. 2005, Atmosphere in Care Settings, Towards a broader understanding of the phenomenon, Dissertation. Department of Nursing, Umea University, Umeå Universitet
- Engelsk Ordbok, 1993, Bokförlaget Prisma, Stockholm
- Feldman-Stewart, D., Brundage, M.D., Tishelman, C. 2005, A conceptual framework for patient-professional communication: an application to the cancer context, Psycho-Oncology 14 (10), pp. 801-809
- Forum för Vårdbyggnadsforskning. [www.vardbyggnad.nu](http://www.vardbyggnad.nu)
- Fridell, S. 1998, Rum för Vårdens Möten – Om utformning av fysisk vårdmiljö för god vård, akademisk avhandling KTH
- Fridh, I. 2009, Vårdmiljö, vård och omvårdnad vid livets slut inom intensivvård, Akademisk avhandling Göteborgs Universitet. Göteborg
- From, L. & Lundin, S. 2009, Arkitektur som medicin – arkitekturens betydelse för behandlingsresultatet inom psykiatri, ARQ rapport 2:2009
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. 2004 Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, Nurse Education Today, 24, pp. 105-112
- Graneheim, U.H., Norberg, A. & Jansson, L. 2001, Interaction relating privacy, identity, autonomy and security. An observational study focusing on a woman with dementia and "behavioural disturbances" and on her care providers, Journal of Advanced Nursing, vol.36 iss. 2, p 256

- Granskär, M. & Höglund-Nielsen B. (eds.) 2008, Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård, Studentlitteratur AB, Lund
- Hippokrates, 1994, Om läkekonsten, Urvalet är hämtat ur De hippokratiska skrifterna, Nya Doxa, Nora
- Hälsofrämjande sjukhus. 2011 [www.natverk-hfs.se](http://www.natverk-hfs.se)
- Jangland, E. 2011, The Patient-Health-professional Interaction in a hospital setting, Doktorsavhandling Uppsala Universitet
- Korp, P. 2004, Hälsopromotion, Studentlitteratur, Lund
- Lundman, B. & Hällgren-Granheim, U. 2008, Kvalitativ innehållsanalys ur Granskär, M. & Höglund-Nielsen B. (eds.) 2008 Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård, studentlitteratur AB, Lund, pp. 159-172
- Lurén, A. Stake, G. 2008, Patienters upplevelser vid det prehospitala omhändertagandet av akut smärta, Höskolan i Borås 2008:11
- Malterud, K. 2009, Kvalitativa metoder i medicinsk forskning, Studentlitteratur AB, Lund.
- Möller, A. 1998, Hjälprelationer i omsorg och vård, Studentlitteratur, Lund
- Möller, A. 1985, Psykologiska aspekter på infertilitet, Doktorsavhandling vid Psykologiska institutionen Göteborgs Universitet
- Norfolk, D. 2000, Läkande trädgårdar, Natur och Kultur, Falun
- Olausson, S. 2011, föreläsning: Utveckling av en patientsäker vårdmiljö i Sverige – ett exempel från intensivvården, Forum Vårdbyggnad Göteborg
- Ottosson, J. 1997, Naturens betydelse i en livskris, Movium sekretariatet för den yttre miljön vid SLU Alnarp, Stad & Land nr 148
- Reberg, A. 2000, Guide till antroposofiska verksamheter i Järna, Antroposofiska Sällskapet i Järna. Trosa Tryckeri, Trosa.
- Regeringskansliet, 2010, Den ljusnande framtid är vård, Delresultat från LEV-projektet
- Schmidtbauer, P., Grahn, P. & Lieberg, M. 2005, Tänkvärda trädgårdar, När utemiljön blir en del av vården, Formas, Stockholm
- Starrin, B. & Svensson, P.-G. 1994, Kvalitativ metod och vetenskapsteori, Studentlitteratur, Lund

Stichler & Jaynelle, F. 2008, Healing by Design, The journal of Nursing Administration volume 38(12), 505-509

Swedberg, K. 2010, Personcentrerad vård – klinikerns comeback, Läkartidningen 2010, no 6, pp. 320-321

Ulrich, R.S. 1984, View through a window may influence recovery from surgery, Science 224:420-421

Ulrich, RS. 1991, Effects of interior design on wellness: Theory and recent scientific research, Journal of Health Care Interior Design 1991, 3:97-109

Walter, G. 2007, Ord och motsatsord, Svensk antonymordbok, Bonnier Pocket, Stockholm

WHO, 2004, Standards for Health Promotion in Hospitals

Wijk, H. 2001, Colour Perception in Old Age, Colour discrimination, colour naming, colour preferences and colour/shape recognition, Dep. of Geriatric Medicine Göteborg University, Göteborg, Sweden.

Wikström, B-M. 2003, Estetik och omvårdnad, Studentlitteratur, Lund

Vårdförbundet SHSTF. 1989 FoU rapport 31, Florence Nightingale, Anteckningar om sjukvård.....ur vårt tidsperspektiv



