



Examensarbete i omvårdnad, 15 hp

# Sjuksköterskans erfarenheter av att bedriva omvårdnad på mixade vårdsalar

Sofie Hidnäs

Handledare: Ewy Olander  
Sjuksköterskeprogrammet, kurs: OM1434  
Blekinge Tekniska Högskola, Institutionen för hälsa  
Karlskrona juni 2015

# Sjuksköterskans erfarenheter av att bedriva omvårdnad på mixade vårdssalar

Sofie Hidnäs

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Mixade vårdssalar innebär att män och kvinnor vårdas på samma sal. På detta sätt utnyttjas sjukhusens vårdplatser till fullo och färre patienter som är i behov av sjukhusvård behöver placeras på en avdelning inom en annan specialitet eller transporteras till andra sjukhus. Flera engelska studier pekar på att det finns en problematik i att bevara patientens integritet på en mixad vårdssal vilket väckte ett intresse att undersöka sjuksköterskans erfarenheter av omvårdnad på mixade vårdssalar i Sverige. Syfte: Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att bedriva omvårdnad på mixade vårdssalar i slutna somatiska vård med fokus på patientintegritet. **Metod:** För studien användes en kvalitativ forskningsansats. Datasamlingen skedde genom intervjuer med fem sjuksköterskor som hade erfarenhet av mixade vårdssalar. Den insamlade datan analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) innehållsanalys. Resultat: Analysen ledde fram till två kategorier och fem underkategorier. Kategorierna var: Att vårda utan att kränka och Faktorer som påverkar möjligheten att bevara integritet. Resultatet visade att det var i omvårdnadssituationer på mixade vårdssalar som det upplevdes mest problematiskt att bevara patientens integritet. **Slutsats:** För att sjuksköterskan ska kunna bedriva en personcentrerad vård med patientens integritet i fokus krävs det att verksamheten har de rätta förutsättningarna. Det är av vikt att det finns en medvetenhet om att sjuksköterskan inte själv kan påverka de förutsättningar som råder utan att det krävs ett engagemang från verksamhetsledningen. **Nyckelord:** Integritet, mixade vårdssalar, omvårdnad.

Inledning .....	5
Bakgrund.....	5
Integritet.....	5
Omvårdnadens etiska principer.....	7
Mixade vårdssalar.....	8
Syfte .....	10
Metod .....	10
Urval .....	11
Datainsamling .....	11
Etiska överväganden .....	13
Resultat .....	14
Att vårda utan att kränka.....	15
Mixade salar skapar ökad fokus på integritet. ....	15
Omvårdnadssituationer ökar risk för integritetskränkning .....	15
Respektera patientens rätt att bestämma. ....	16
Förutsättningar som försvårar bevarad integritet.....	17
Undermålig utrustning och hjälpmedel.....	17
Avsaknad av direktiv och information.....	18
Diskussion.....	19
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion.....	21
Slutsatser .....	25
Referenser .....	26
Bilaga 1, Brev till verksamhetschefer.....	29
Bilaga 2, Informationsbrev till intervjudeltagare.....	30
Bilaga 3, Intervjuguide.....	31
Bilaga 4, exempel på analys av meningsenheter .....	32
Bilaga 5, Etisk egengranskning.....	33

## Inledning

Sjukhus med avdelningar för somatisk vård i Sverige inför allt oftare på att patienter av olika kön får dela vårdsal. Borgström (2011) menar att mixade vårdssalar medför att sjukhusets vårdplatser kan utnyttjas till fullo och att fler patienter som behöver sjukhusvård kan erbjudas vårdplats.

Engelska studier visar att patienter upplevde en viss stress av att dela vårdsal med människor av annat kön. Bland annat skriver Baillie (2008) att det hos vissa patienter finns en rädsla för att bli exponerade för sina medpatienter och att patienter kan uppleva en förlust av värdighet om de blir blottade inför patienter av annat kön. Vidare skriver Baillie att även vårdpersonal kan känna sig obekväma och maktlösa då de inte har kontroll över situationen.

Vid sökning i databaserna Cinahl och Medline upptäcktes att det fanns få studier som beskriver förhållanden med mixade vårdssalar i Sverige. I Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763, 2 a §) står att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska bygga på patientens självbestämmande och integritet (ibid). Studien kan komma att göra nytta då den kan öka medvetenheten kring problematiken i att bevara patientens integritet under omvårdnad på mixade vårdssalar.

## Bakgrund

### Integritet

Andersson (1994) och Kemp (2001) skriver att ordet integritet har sitt ursprung i latinet och betyder hel, oskadad. Integritet används i flera olika sammanhang, men i grunden handlar det om en helhet, ett territorium, en gräns för den enskilda människan. Integritet är en helhet i ett ursprungligen oberört tillstånd, en personlig sfär vars gränser individen själv kan bestämma över (ibid). När en människa drabbas av förlust, skada eller sjukdom, hävdar Sundström (1996) att integriteten och helheten påverkas. Det är endast den enskilda människan som kan uppleva om just hans/hennes personliga sfär och helhet har påverkats. Upplevelsen av skada är olika hos människor och för att kunna respektera människors integritet måste sjuksköterskan vara medveten om detta (ibid). Andersson (1994) menar att respekt för patientens integritet förutsätter medvetenhet om och hänsynstagande till att människor är olika sårbara. Respekt för patientens integritet som helhet innebär att den enskilda patientens

behov och önskemål utifrån sin upplevelse av sjukdom och dess konsekvenser alltid skall beaktas. Andersson (1994) påtalar även att respekten för patientens integritet handlar om respekten för det sammanhang som existerar i kraft av minnen och livshistoria.

Integritetsprincipen betonar att alla människor har rätt att bli bemötta med respekt vad gäller olikheter med avseende på de värderingar och önskemål som för varje människa dels påverkar upplevelsen av integritet som tillstånd av helhet, dels bestämmer gränserna för integriteten som personlig sfär (ibid).

Deltagare i Baillie's (2008) studie påtalade att både miljöfaktorer och personalens beteende påverkade patienternas integritet. Både personal och patienter upplevde att omvårdnad på mixade vårdssalar var sämre när det kom till patienternas integritet. Patienter i studien jämförde känslan av bevarad integritet med tidigare vårdtillfällen på icke mixad sal (ibid). Sjuksköterskor, läkare och andra som ingår i vård- och behandlingsteam kommer enligt Stryhn (2007) så nära patientens personliga sfär att det krävs en hårfin balansgång för att inte kränka patientens integritet (ibid). Enligt Andersson (1994) har patienterna som vårdas på sjukhus begränsad kontroll över sin integritet och vårdpersonalen måste ha i åtanke att det som för personalen ses som självklart kanske inte är lika självklart för patienterna. Att dela rum med andra sjuka människor kan ha stor inverkan på patientens känsla av integritet. Hur man upplever att vårdas på samma sal som andra styrs av hur sjuk patienten är och vilka vanor medpatienterna har (ibid). Wikström (1997) skriver att varje patient bör ha tillgång till sin skyddade sfär där störningsmoment kan stängas ute eftersom att dela rum med andra sjuka människor kan ha stor påverkan på patientens känsla av integritet (ibid).

Arlebrink (2006) menar att integriteten begränsas till två plan, kroppslig och själslig. Den kroppsliga integriteten kränks när patienten till exempel inte klarar av att sköta sin personliga hygien själv och måste lämna över det ansvaret till en annan person. Den själsliga integriteten är patientens privata sfär som bland annat innehåller minnen, information eller liknande som patienten inte vill dela med sig av till andra. Den själsliga integriteten kan bli kränkt i situationer som exempelvis när sjuksköterskan vill förstå varför en patient inte vill ta emot behandling. Som vårdpersonal har man inte rätt att ställa integritetskränkande frågor. Detta kan vara svårt att balansera (ibid). Andersson (1994) påvisar att åtgärder som bevarar patientens integritet exempelvis kan vara att se till så patienten vet vilka rättigheter han/hon har. Både muntlig och skriftlig information kan behövas för att säkerställa detta. Att dela rum med en annan patient kan ha stor påverkan på patientens integritet och personalen bör försöka

få en förståelse för var patientens gräns där integriteten kränks går (ibid). Enligt Baillie (2008) når en patient på en mixad vårdsal sin gräns där integriteten blir kränkt tidigare vilket ökar kravet på personalen när de ska ge omvårdnad på en mixad sal.

## Omvårdnadens etiska principer

Svensk Sjuksköterskeförening (2010) belyser att omvårdnad på patientens villkor strävar efter att skydda patientens integritet. Att respektera integritet definieras som att respektera patienten som person, att vara lyhörd för patientens sårbarhet och människors olikheter. Integritet finns hos alla människor, oavsett fysiskt tillstånd och intellektuell kapacitet. Att vara patient innebär att hamna i ett beroendeförhållande till de som ger professionell vård. För sjuksköterskan är det viktigt att i förhållandet till patienten arbeta för att bevara dennes integritet och autonomi. Alla människor har rätt att få sin integritet respekterad och integriteten kan inte överlåtas utan endast respekteras eller kränkas. Att bevara patientens integritet innebär att sjuksköterskan tar hänsyn till patientens livssammanhang, livshistoria och kulturella normer (ibid).

Sarvimäki och Stenbock-Hult (2011) skriver att grunden i omvårdnadens etik alltid har varit att ge de som är i behov av sjuksköterskans omsorger en god omvårdnad. Människan, människans villkor och de mänskliga relationerna står i fokus. De skriver vidare att utmaningar som vårdpersonal ställs inför måste granskas ur ett etiskt perspektiv, att människan har ett moraliskt rum och en etisk utsiktspunkt. Ordet etik kommer från grekiskans ethos och betyder seder, vana, tradition, anda och karaktär. Etik kan alltså sammanfattas som människors handlingar, de seder och vanor som styr vårt handlande samt i vilken anda handlandet sker (ibid).

Beauchamp och Childress (2001) belyser sjuksköterskans plikter att främja hälsa, förebygga sjukdom, återupprätta hälsa samt lindra lidande. De etiska principerna måste därför vara utformade för att hjälpa sjuksköterskorna att fullgöra denna förpliktelse. Det är av vikt att de etiska principer som kan bidra till att skydda den enskilda människans värdighet och rätt till självbestämmande är klargjorda (ibid). I Hälso- och Sjukvårdslagen (1982:763) står det att vården skall bygga på respekt för patienters självbestämmande och integritet. Rätten till självbestämmande, autonomiprincipen är nära knuten till integritet, eftersom integriteten stärks när självbestämmande stötts (ibid). Birkler (2007) skriver att sjuksköterskan enligt autonomiprincipen ansvarar för att se till så patienten självständigt får fatta beslut efter sina

egna värderingar och behov. Patientens krav på autonomi erkänns genom att patienten får ett ökat medinflytande. För sjuksköterskan innebär det att patientens autonomi bör respekteras i de beslut som ska fattas (ibid). Bryant och Adams (2009) pekar på att de patienter som inte får information om de mixade vårdsalarna förrän de anländer till avdelningen kan bli stressade och därmed inte vilja neka. De vårdas då på en mixad sal trots att de egentligen inte vill (ibid). Baillie (2008) beskriver hur patienter känner extra stor oro över att bli exponerade på en mixad vårdsal.

Den enskildes värderingar måste tas i beaktande när vård eller omsorg planeras och genomförs enligt Bondevik och Nygaard (2004). Detta överensstämmer med International Council of Nurses (ICN)(2007) etiska kod för sjuksköterskor där det understryks att patientens individuella värdesystem och livsstil alltid måste beaktas vid planering och utförande av omvårdnad. Sjuksköterskans etiska kod handlar om att omvårdnad ska utövas med respekt för mänskliga rättigheter och med hänsyn till människors värderingar, vanor och tro. Den professionella etiken innefattar att företräda patientens intressen, visa ödmjukhet och respektera patientens rätt till självbestämmande. En förutsättning för att patienter ska kunna ta egna beslut och uppnå informerat samtycke är att de erhåller den information som behövs (Ibid).

### Mixade vårdsalar

Mixade vårdsalar innebär att män och kvinnor vårdas på samma sal. Sökningar i databaserna Cinahl och Medline efter studier om mixade vårdsalar i svensk hälso- och sjukvård gav väldigt få resultat. Ett mindre antal artiklar fanns att finna i dagstidningar och på hemsidor. Folcker Aschan (2010) skrev i en artikel att bristen på vårdplatser gjorde att sjukhus allt oftare vårdade kvinnor och män på samma sal och att det var mer patientsäkert med mixade vårdsalar än att vårda patienter i korridor (ibid).

Enligt Philblad (2006) införde bland annat medicinkliniken på ett sjukhus i mellersta Sverige mixade vårdsalar. Tanken var att det på så sätt skulle frigöras mer tid till patienterna (ibid). I en intervju av Sveriges radio år 2009 med vårdenhetschefen för medicinkliniken framkom det att projektet avbröts två år senare. Skälet till detta var etiskt då man såg att patienterna fann sig obekväma i situationen.

Enligt Bryant och Adams (2009) Finns det stora mängder forskning om mixade vårdssalar i England där det ansågs vara ett så stort problem att vårda patienter på mixade vårdssalar att The Labour Governments election år 1997 skrev ett manifest angående avskaffandet av mixade vårdssalar. Dock nyttjas mixade vårdssalar fortfarande i stor utsträckning i England. Resultatet av studien av Bryant och Adams (2009) ökade den offentliga pressen. Englands hälsominister vid tidpunkten, Andy Burnham, tillkännagav att de sjukhus som efter år 2010 har mixade vårdssalar inte kommer att erhålla statlig ersättning för utförd vård (ibid).

I en studie av Beaumont (2008) framkom att det finns faktorer som kan förbättra situationen med mixade vårdssalar, både för patienter och vårdpersonal. Faktorerna delades upp i tre rubriker: mänskliga faktorer, organisatoriska faktorer samt miljöfaktorer. Enligt Beaumont (2008) omfattar de mänskliga faktorerna vikten av att förklara och be om ursäkt till patienterna då de måste vårdas på mixade vårdssalar. Beaumont (2008) skriver även att utökad personalstyrka och en förstärkt hög standard för respekt skulle vara användbart. Organisatoriska faktorer innehöll dokumentation av alla tillfällen då mixade vårdssalar användes, önskan om fastslagna rutiner runt mixade vårdssalar och ett fortlöpande förbättringsarbete i frågan. Miljöfaktorerna rörde möjligheten att ha män och kvinnor i varsin sida av rummet, könsbundna toaletter, en möjlighet att erbjuda könsbundna vårdssalar i vissa fall och rejäla avskärmningar (ibid).

Enligt Baillie (2008) tar man som sjuksköterska på en vårdavdelning ofta emot nya patienter och placerar dem på en lämplig sal. För sjuksköterskan fanns ett stressmoment i att placera en patient på en sal där det vårdades patienter av annat kön. Studien visade att personalen eftersträvade att hålla salarna manliga respektive kvinnliga och i situationer där de var tvungna att blanda försökte de så fort som möjligt flytta patienten till ett samkönat rum. Även det var ett stressmoment som tog tid från patienternas övriga omvårdnad (ibid). Patienter i Baillies (2008) studie uttryckte en oro över att vårdas på mixade vårdssalar. De var oroliga över att få sin integritet kränkt och för att bli exponerade för sina medpatienter. Intervjuade patienter i studien uppgav olika exempel på situationer där de kände att de fått sin integritet kränkt. Förflyttning från sängen och vid ombyte av kläder var situationer som togs upp. Känslan av att behöva skylla sig trots att det var varmt i salen diskuterades också. Enligt Baillie (2008) kunde situationer som dessa ha motverkats genom att ha haft gardinerna fördragna mellan sängarna hela tiden. Personalen ansåg dock att det försämrade



observationsmöjligheterna och var missgynnande för patientsäkerheten (ibid). Bryant och Adams (2009) beskrev att patienter var beredda att acceptera att vårdas på mixade vårdssalar och det fanns förståelse för att vårdplatserna behövde fyllas. Det framkom även att informationen från vårdpersonalen ofta var undermålig. Vårdpersonalen var införstådda med problemet men det fanns en oro att informationen skulle få patienterna att vägra och på så sätt orsaka problem och ta tid. Den gemensamma åsikten hos patienter och personal var att systemet inte var optimalt (ibid).

## Syfte

Studiens syfte var att belysa sjuksköterskans erfarenheter av att bedriva omvårdnad på mixade vårdssalar i slutenvård med fokus på patientintegritet.

## Metod

Studien framställdes med en kvalitativ forskningsansats. Enskilda intervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide som utgjorde grunden för insamlad data. En kvalitativ innehållsanalys med manifesta och latenta inslag användes för att analysera det insamlade materialet.

## Design

Den kvalitativa design som användes valdes utifrån syftet för att få fram ett djupare och mer individuellt perspektiv på sjuksköterskans erfarenheter av att ge omvårdnad på mixade salar med integritet i fokus. Sjöberg och Wästerfors (2008) beskriver att kvalitativ design kräver ett förutsättningslöst förhållningssätt där varje situation alltid ska betraktas som ny. Med kvalitativ design finns utrymme att beskriva en mångfald av verklighetsuppfattningar och den fokuserar på att fånga komplicerade och sammansatta sociala strukturer (ibid).

Giorgi (1997) förklarar att forskaren i kvalitativ forskning har intentionen att se på varje situation som den vore ny samt att ha ett förutsättningslöst förhållningssätt (ibid).

Polit och Beck (2011) skriver att kvalitativ design kan ha en induktiv utgångspunkt, där slutsatser och teorier kan bildas utifrån enskilda data. Ett holistiskt tankesätt genomsyrar den kvalitativa designen, vilket innebär en strävan efter att förstå helheten i sitt sammanhang (ibid). För att förstå helheten av fenomenet tillåts metoden vara flexibel där forskaren kan röra sig fram och tillbaka mellan metodens olika steg.

## Urval

För studien användes ett ändamålsenligt urval. Holloway och Wheeler (2002) beskriver ändamålsenligt urval som att urvalet av undersökningsgruppen är kriteriebaserad. Med det menas att särskilda kriterier som gäller för urvalet specificeras (ibid). Deltagare i studien var sjuksköterskor som arbetar på avdelningar med mixade vårdssalar på ett sjukhus i södra Sverige. Sjuksköterskorna som intervjuades var tillsvidareanställda eller visstidsanställda för att säkerställa erfarenhet av omvårdnad på avdelningar med mixade vårdssalar. Avdelningar där patienter vårdats 24 timmar eller kortare exkluderades då det bör finnas en kontinuitet i omvårdnaden för att säkerställa att intervjudeltagarna var medvetna om patienternas åsikter om mixade vårdssalar och bevarandet av integriteten på dem. Även sjuksköterskor som det fanns en privat eller professionell relation till exkluderades från studien.

Forskaren bestämde ett urval av fem sjuksköterskor med erfarenhet av omvårdnadsarbete på mixade vårdssalar för att delta i studien. Verksamhetschefer vid det aktuella sjukhusets kliniker som använde sig av mixade vårdssalar kontaktades via email för medgivande att genomföra studien (bilaga 1). Avdelningsföreståndare på berörda avdelningar kontaktades och erhöll ett informationsbrev (bilaga 2) om studien som kunde läsas upp eller delas ut till presumtiva intervjudeltagare. Avdelningscheferna förde ut frågan om deltagande till sjuksköterskor anställda på avdelningen. De sjuksköterskor som passade in i urvalskriterierna fick anmäla sitt intresse för deltagande till avdelningschefen som i sin tur meddelade forskaren namn på och kontaktväg till deltagarna.

## Datainsamling

En testintervju genomfördes för att utvärdera kvaliteten på frågorna. Den intervjuade sjuksköterskan hade stor erfarenhet av mixade vårdssalar och kunde därmed ge forskaren en bra bild av intervjuguidens innehåll. Trost (2010) menar att testintervjuer ger forskaren möjlighet att öva sig på att intervjuja samtidigt som frågorna som ska ställas blir testade. Testintervjun ledde inte till några ändringar i intervjuguiden.

För att kunna beskriva sjuksköterskans erfarenheter ur ett individuellt perspektiv valdes kvalitativa intervjuer som metod för datainsamling. Deltagarna informerades om frivilligheten i att delta och om deras möjlighet att när som helst, utan att behöva ange anledning, avbryta och dra sig ur. Denna information gavs både skriftligt genom informationsbrevet (bilaga 2) i god tid innan intervjuerna ägde rum, samt muntligt vid

intervjutillfället. Information om konfidentialiteten i studien gavs innan intervjuerna startade. Deltagarna erhöll informationsbrevet samt fick muntlig information om studien vid intervjutillfällena.

En semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 3) användes vilket innebär att alla deltagarna får samma frågor men att svaren är öppna. Polit och Beck (2011) skriver att semistrukturerade intervjuer används när forskaren vill belysa ett speciellt område och säkerställa områdets specifika ämne. På så sätt koncentreras fokus på intervjun och intervjudeltagarnas upplevelser och erfarenheter tillvaratas (ibid). Trost (2010) menar att intervjuguiden används som ett redskap för att finna och belysa det området som är av betydelse då frågorna i intervjuguiden är uppställda i ordningsföljd (ibid). Intervjuguiden bestod av 5 frågor. Varje intervju tog ca 30 minuter att genomföra. Deltagarna fick själva välja plats för genomförandet av intervjuerna vilket resulterade i att alla intervjuerna skedde i ostörda avskilda lokaler på deltagarnas arbetsplatser.

## Dataanalys

Kvalitativ innehållsanalys har enligt Graneheim och Lundman (2004) fokus på tolkning av texter eller på att beskriva variationer genom att identifiera likheter och skillnader i texters innehåll. Metoden som användes var kvalitativ med induktiv ansats vilket innebär att texterna analyseras förutsättningslöst. Induktiv ansats innebär att forskaren utgår från innehållet i texten utan en given modell eller teori. Insamlad data analyserades med en manifest innehållsanalys med latent inlag. På så sätt får forskaren fram det uppenbara men även det underliggande i texten (ibid). Kristensson (2014) skriver att en manifest innehållsanalys innebär att fokus läggs på att få fram skillnader eller likheter som framträder i texten. Latenta inlag innebär att innebörden i den ursprungliga texten står kvar men att en viss tolkning görs av texten (ibid). De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant. De transkriberade intervjuerna lästes genom ett flertal gånger för att en djupare förståelse för texterna skulle uppnås. Därefter valdes meningar eller fraser som kunde relateras till syftet ut. Efter kontroll att var meningsenhet enbart hade en innebörd kondenserades de så essensen i texten bevarades samtidigt som omkringliggande text sorterades bort. Graneheim och Lundman (2004) beskriver att kondensering av en meningsenhet innebär att meningsenheten förkortas utan att förlora sin innebörd. Vid kodning förkortas meningsenheten ytterligare till ett fåtal bärande ord (ibid.). De kondenserade enheterna kodades för att få en bättre överblick och

grupperades därefter i underkategorier och kategorier för att hitta likheter och skillnader i materialet.

(Bilaga 4)

## Etiska överväganden

Northern Nurses' Federation (2003) beskriver de fyra etiska principerna för omvårdnadsforskning. De omfattar principen om autonomi, principen om att göra gott, principen om att inte skada och principen om rättvisa (ibid). Genom att intervjudeltagarna hade möjligheten att när som helst under studien dra tillbaka sitt deltagande kunde autonomiprincipen beaktas.

Enligt Northern Nurses' Federations (2003) princip om att göra gott säger att forskningen ska vara till potentiell nytta för omvårdnaden eller den grupp forskningen avser (ibid). Studien genomfördes med tanken att göra gott genom att lyfta fram ny kunskap i ämnet, lokalisera fördelar och svagheter samt lyfta fram intervjudeltagarnas förslag på hur integriteten kan förbättras för patienter på mixade vårdssalar. Deltagare och verksamhetschefer kommer att få tillgång till studien som även kommer att publiceras elektroniskt på Blekinge Tekniska Högskolas web-plats Diva.

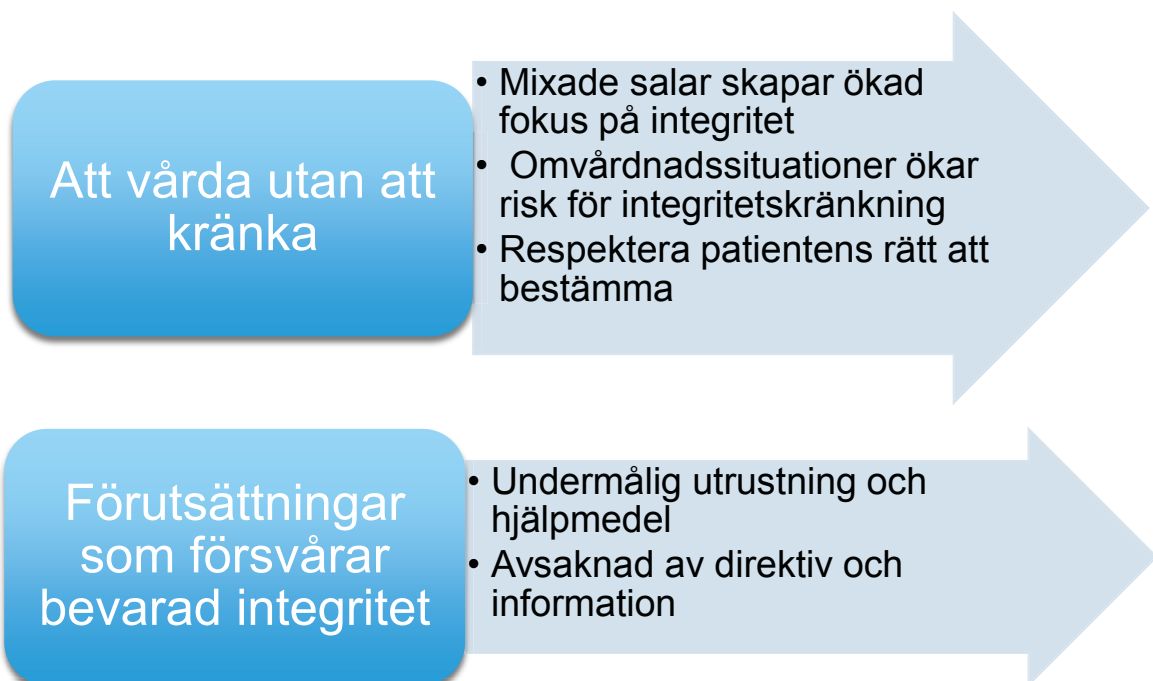
Principen om att inte skada innebär enligt Northern Nurses' Federation (2003) att forskningen inte får ha skadlig inverkan på de personer som deltar (ibid). Forskaren identifierade möjliga risker och formade arbetet med intervjuguiden för att minimera dessa. Enligt Polit och Beck (2011) finns det i kvalitativa intervjuer en risk att djupgående frågor exponerar känslor av rädsla och ångest (ibid). Principen om rättvisa menar Northern Nurses' Federation (2003) betyder att alla människor ska behandlas rättvist (ibid). I studien fick alla deltagarna samma information, samma frågor och samma tid för reflektion och svar.

En etisk egengranskning (bilaga 5) skickades in till Etikkommitté Sydost som gav gensvar i form av en etisk rådgivning (dnr. EPK 243-2014). Denna rådgivning togs i beaktande och ändringar genomfördes utifrån det för att få studien så etiskt riktig som möjligt. Bland annat togs risken för intervjudeltagarnas reflektioner över sina svar upp. Enligt Polit och Beck (2011) måste konsekvenserna av en studie uppmärksammas beträffande vilken skada och vilken nytta den kan ha för deltagarna (ibid). Trots att känsliga uppgifter riskerade att

presenteras av deltagarna, där olika svåra känslor kunde komma upp till ytan, var ändå nyttan större än den möjliga risken i studien. Innan intervjun påbörjades försäkrade forskaren sig om att deltagaren hade förstått innebörden av att medverka. Forskaren uppmanade deltagarna att vara försiktiga med att nämna information som skulle kunna bidra till att de kunde identifieras på det inspelade materialet. Deltagarna informerades om att den insamlade informationen behandlades konfidentiellt genom att intervjuerna avidentifierades och försågs med nummer istället för namn. Inga uppgifter om deltagarnas ålder, kön eller arbetsplats förekom i den insamlade datan. Datafiler med intervjuer och texter sparades i låsta datafiler på forskarens lösenordsskyddade dator.

## Resultat

Vid analysen av intervjumaterialet framkom två kategorier och fem underkategorier om sjuksköterskans erfarenheter av att ge omvårdnad på mixade vårdssalar med fokus på patientintegritet. (figur 1).



Figur 1: Kategorier och underkategorier

## Att vårda utan att kränka

Analysen visade att mixade vårdssalar i sig inte upplevdes som ett stort problem men vid omvårdnadssituationer upplevde intervjuedeltagarna en ökad risk att kränka patientens integritet. Det framkom även att de intervjuade sjuksköterskorna tänkte mer på integritet när de gav omvårdnad på en vårdssal där både män och kvinnor vårdades. Sjuksköterskorna upplevde att patientens autonomi måste stå i centrum när beslutet om att vårda en patient på en mixad sal fattades. Genom att informera patienten och samtidigt ge en valmöjlighet genom att fråga om de kan vårdas på en mixad sal så minskade man risken med att kränka patientens integritet i omvårdnadsarbetet. Detta framkom ur tre underkategorier, *mixade salar skapar ökad fokus på integritet, omvårdnadssituationer ökar risk för integritetskränkning samt respektera patientens rätt att bestämma.*

### *Mixade salar skapar ökad fokus på integritet.*

Det framkom att intervjuedeltagarna ansåg att patienternas integritet är viktig på alla salar men att funderingarna och arbetet med att bevara integriteten blev mer påtagligt på en mixad vårdssal. Upplevelsen var att det fanns en större öppenhet på icke mixade vårdssalar och att patienterna inte var lika privata inför en medpatient av samma kön. De intervjuade sjuksköterskorna var dock medvetna om att arbetet med att bevara patienternas integritet skulle vara på samma nivå oavsett om det var en mixad vårdssal eller ej.

*”Ja det gör det nog, ehh, jag tror jag har mera tänk, alltså i de situationerna där det är mixat, så tänker jag mera på integriteten och dra för och sådana saker än vad jag skulle ha gjort om det inte var det.”*

Intervjudeltagarna belyste vikten av att utföra patienternas omvårdnad så integriteten bevarades i bästa möjliga mån, bland annat genom att tänka på hur man samtalar med patienten runt omvårdnaden.

### *Omvårdnadssituationer ökar risk för integritetskränkning*

Att skapa en mixad vårdssal och ha en man och en kvinna på samma sal upplevdes i sig inte som något stort problem av intervjuedeltagarna. Ingen av de intervjuade sjuksköterskorna såg mixade vårdssalar som något odelat positivt men vid olika omvårdnadaktiviteter som

personlig hygien, toalettbesök, såromläggningar och liknande som de upplevde sig känna störst risk för att kränka patienternas integritet. Intervjudeltagarna upplevde att den intima omvårdnaden på en mixad sal var speciellt svår att genomföra med patientens integritet fullt bevarad då personalen ofta måste kommunicera med varandra och därmed kände att de exponerade patienterna. Yngre kvinnor upplevdes behöva extra stark respekt för integriteten och därmed vara mer benägna att neka till att vårdas på mixad sal. Sjuksköterskornas erfarenheter var också att patienterna skämdes mer över saker som att få blöjan bytt, intimhygien utförd och liknande omvårdnad där patienten behöver exponeras när det vårdades en patient av annat kön på samma sal. Det fanns en oro över att patienten bredvid skulle förstå vad för omvårdnad som utfördes eller att medpatienten skulle kunna se dem exponerade under omvårdnadsarbetet. De intervjuade sjuksköterskorna upplevde att den oron var större på de mixade vårdsalarna än de icke mixade.

*”Rent vårdmässigt bryr jag mig liksom inte. De ska ha sin vård. Patienten liksom båda två. Men jag kan tycka att det är jobbigt med omvårdnaden, när det kommer till den biten när det är en blandsal.”*

*Respektera patientens rätt att bestämma.*

De intervjuade sjuksköterskorna upplevde att en stor del av patienterna inledningsvis var negativa till mixade vårdssalar men att större delen av patienterna ändå accepterade att vårdas på en mixad sal. Det fanns en oro hos sjuksköterskorna att patienterna accepterade mot sin vilja av rädsla att annars bli utan vård. Intervjudeltagarna upplevde att arbetet på en mixad vårdssal fungerade bättre då patienterna blivit tillfrågade och själva godtagit att vårdas på en mixad sal. Patienternas autonomi bevarades och det upplevdes stärka patienternas egen känsla av bevarad integritet. Vikten av att fråga den patient som skulle placeras på salen men även patienten som redan vårdades där lyftes fram. De intervjuade sjuksköterskorna upplevde att det gemensamma beslutet mellan patienterna och personalen skapade en bättre stämning på salen vilket i sin tur gjorde omvårdnadsarbetet enklare. Vissa intervjudeltagare menade att alla patienter som var aktuella för att vårdas på en mixad sal tillfrågades före och där ett nekande svar gavs arrangerade man om så att patientens val blev respekterat.

*”Alla patienter blir tillfrågade, av mig i alla fall. Om alla gör det kan ju inte jag svara på. Men tanken är att de. Alla ska ha rätt att säga nej om de inte vill.”*

Religiös bakgrund kunde enligt intervjudeltagarna vara problematisk. Upplevelsen var att kvinnor av muslimsk bakgrund av religiösa skäl inte kunde vårdas på samma sal som en man. När platsbrist rådde och alternativen var få valde man därför att vårda dessa patienter i korridoren eller på behandlingsrum. Behandlingsrummen fann intervjudeltagarna dock vara problematiskt då de rummen behövdes för undersökningar och behandlingar till andra patienter. Även korridorvård upplevdes negativt då patientens integritet kändes mer utsatt. Det vägdes dock upp en del av att patienten fått valmöjlighet i frågan om att vårdas på en mixad sal och att personalen då respekterat patientens tro.

*”Däremot så har jag också träffat på kulturella skäl att inte, att man inte vill vara i en blandsal. Och då, då har det blivit mycket liv. Det har faktiskt varit muslimska kvinnor, ja. Och då har det varit, och då ska det vara kvinnor liksom. Och visst, jag förstår att de har sitt, men ibland det kan vara väldigt pressande.”*

Förutsättningar som försvårar bevarad integritet.

Under analysen framkom att det fanns en del praktiska problem förknippade med mixade vårdssalar. Dels när det kom till att skydda patienten från exponering men intervjudeltagarna saknade även direktiv och riktlinjer om hur de skulle förhålla sig med mixade vårdssalar. Det framkom även att det till viss del fanns brister i informationen om mixade vårdssalar till patienterna. Underkategorierna som påvisade detta var *undermålig utrustning och hjälpmedel* samt *avsaknad av direktiv och information*.

*Undermålig utrustning och hjälpmedel.*

Intervjudeltagarna upplevde att de skärmskydd som fanns på salarna var otillräckliga. På vissa salar var skärmskydden för låga vilket medförde att patienten som vårdades bredvid kunde se över skärmskyddet om de reste sig upp. På vissa salar var skärmskydden för korta vilket resulterade i att det var undermåligt skydd vid fotänden på sängen. De intervjuade sjuksköterskorna ansåg att de gjorde vad de kunde för att skydda patienten mot exponering men att det inte alltid gick. Intervjudeltagarna menade att för att bevara patientens integritet på en mixad vårdssal skulle skärmskydden behöva uppdateras så det fanns möjlighet att stänga runt hela sängen när de utförde omvårdnad. Det fanns på vissa arbetsplatser mobila skärmskydd men dessa användes inte fullt ut då det emellanåt inte fanns tid till att hämta dem.



*”De är ju lite undermåliga, de skydden vi har på vissa salar, inte alla salar, men på vissa salar så är det väldigt lätt å se runt och se över så att säga”*

#### *Avsaknad av direktiv och information*

De intervjuade sjuksköterskorna upplevde att informationen till patienterna behövde vara tydligare och komma till patienten i ett tidigare skede. Det fanns en önskan om att broschyrer eller ett informationsblad skulle finnas tillgängligt redan på akutmottagningen så att patienterna hade tid på sig att reflektera över mixade vårdssalar. Intervjudeltagarna upplevde att patienter som fått information redan innan de kom till avdelningen var mer positivt inställda till att vårdas på en mixad sal. Detta ledde till att patienternas välbefinnande ökade vilket i sin tur ledde till en känsla av bevarad integritet.

I analysen framkom att deltagarna upplevde att beslutet om att ha mixade vårdssalar inte var konsekvent för hela sjukhuset, något som ibland skapade dålig stämning och irritation mellan kollegor. Det fanns en önskan om att direktiven skulle vara samma för alla avdelningar där mixade salar var möjligt. Den allmänna uppfattningen hos intervjudeltagarna var att direktiv behövs då det upplevdes att beslutet var fattat men att det var upp till personalen att lösa det praktiska runt de mixade vårdssalarna.

*”Men riktlinjer alltså, ja precis. Hur gör vi? hur snabbt måste vi åtgärda? Finns det någon gräns på det? Alltså lite så. Vad gör vi om vi verkligen inte kan åtgärda en blandsal just nu men måste för att det är kaos på den salen. Hur gör vi?”*

Intervjudeltagarna upplevde att information till patienterna hade en stor betydelse för patientens inställning till att vårdas på en mixad sal. Patienter som kom från en annan avdelning och alltid var informerade hade en större acceptans till att dela sal med en patient av annat kön. Även de patienter som var återkommande till avdelningen och därmed kände till rutinerna var accepterande i sin inställning till mixade vårdssalar. De intervjuade sjuksköterskorna menade att tidig information till patienterna gav dem en chans att reflektera över mixade salar vilket gjorde patienterna mindre överraskade och därmed mer positivt inställda. Sjuksköterskorna upplevde att patienter som var väl förberedda och positivt inställda till mixad vårdssal var mindre benägna att känna att integriteten blev kränkt.

Intervjudeltagarna delade uppfattningen om att information ute på mottagningarna i form av plakat eller broschyr, helst på flera olika språk, skulle kunna underlätta arbetet då mindre tid behövde användas till att informera patienterna när de kom till avdelningen.

## Diskussion

### Metoddiskussion

En kvalitativ studies trovärdighet utvärderas enligt Graneheim och Lundman (2004) i relation till de metoder som använts för att komma fram till resultatet. En kvalitativ studies trovärdighet och överförbarhet styrks genom att öka möjligheterna att få syftet belyst utifrån många olika aspekter (ibid). Elo och Kyngäs (2008) beskriver pålitlighet som en klar och adekvat beskrivning av forskningen som är utförd. En läsare ska kunna bedöma om studiens resultat går att överföra till en annan kontext. Forskaren bör därför presentera data i studien så att läsaren kan sätta resultaten i andra sammanhang (ibid). Resultatet i denna studie kan vara överförbart då syfte, urval, deltagare, den insamlade datan och analysprocessen finns noggrant beskriven samt att intervjudeltagarnas åsikter i mycket stor utsträckning var eniga.

Holloway och Wheeler (2002) beskriver ändamålsenligt urval som att urvalet av undersökningsgruppen är kriteriebaserat. Med det menas att särskilda kriterier som gäller för urvalet specificeras (ibid). Frågan om deltagande fördes ut av avdelningsföreståndarna och intervjudeltagarna fick frivilligt anmäla sig till studien. Avdelningsföreståndarna meddelade forskaren vilka deltagare som var aktuella vilket innebär att det inte kan garanteras av forskaren att utvalet var slumpmässigt. En avdelningschef skulle kunna välja ut de personer han/hon anser mest lämplig för att besvara frågorna ur ett visst perspektiv vilket kan påverka resultatet i en studie. För urvalet av sjuksköterskorna var antalet bestämt till fem sjuksköterskor för att kunna genomföra studien. Trost (2010) förklarar att det är möjligt att begränsa sig till ett litet antal intervjuer och att detta är att föredra då för många intervjuer skapar mycket material och att den stora mängden data kan göra att arbetet blir svåröverskådligt (ibid). De fem sjuksköterskor som deltog i intervjuerna var av olika kön, i varierande åldrar samt att det fanns en variation i erfarenhet. Antalet ansågs vara rimligt för att få en bild av sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta på mixade vårdssalar. Ett lågt deltagarantal kan innebära att resultatet inte upplevs som tillförlitlig. Deltagarna i studien delade upplevelserna och uppgav likvärdiga svar. Detta ökar trovärdigheten i studien trots det

låga antalet deltagare. Deltagarna fick själva välja lokal för intervjuerna vilket ledde till att alla intervjuerna genomfördes på deltagarnas arbetsplats. Alla intervjuerna utom en genomfördes avskilt och ostört. Kvale och Brinkmann (2009) belyser hur viktigt det är att intervjuer genomförs på en lugn och ostörd plats. Detta skapar trygghet för intervjudeltagaren vilket i sin tur resulterar i att deltagaren kan fokusera på svaren och detta leder i sin tur till ökad tillförlitlighet (ibid). I den intervju som inte upplevdes lugn och ostörd hade deltagaren valt att intervjuas på en expedition. Detta resulterade i att intervjun fick avbrytas vid två korta tillfällen då arbetande personal behövde tillgång till expeditionen. Forskaren upplevde inte att detta orsakade några problem för intervjudeltagaren att ta upp intervjun igen.

För utvärdering av kvalitativa studier används inte termerna validitet och reliabilitet som i den kvantitativa forskningen. Här diskuteras enligt Graneheim & Lundman (2004) i stället begrepp som tillförlitlighet, giltighet och överförbarhet. All forskning lämnar utrymme för tolkning av den nyfunna informationen, det är därför viktigt att kunna visa trovärdighet av sina resultat (ibid). Forskaren som intervjuade hade ingen relation till intervjudeltagarna vilket anses stärka studiens trovärdighet. För att ytterligare stärka trovärdigheten valde forskaren att ta med citat från intervjuerna. Det var av stor vikt för forskaren att framkomna resultat skulle vara relevanta för studiens problemområde. Giltigheten handlar om hur sanna resultaten är, om det finns en variation i upplevelserna som intervjudeltagarna angett. Resultatet anses som giltigt om det lyfter fram det karaktäristiska för det som var avsatt att beskriva. Trovärdighet handlar också om hur överförbart ett resultat är, det vill säga hur det kan överföras till andra grupper och situationer (ibid). En kvalitativ studies tillförlitlighet handlar enligt Polit och Beck (2011) om stabiliteten i datamaterialet över tid (ibid). Tillförlitligheten blir stärkt genom att samtliga deltagare har fått svara på exakt samma intervjufrågor. Intervjuerna spelades in på diktafon med deltagarnas tillåtelse, alla inspelningarna var av mycket god kvalitet vilket säkrade att transkriberingen kunde utföras ordagrant. Forskarens brist på erfarenhet och kunskap i hur en intervjustudie skulle genomföras skapade eventuellt en risk i tillvägagångssättet som kunde påverka resultatet. Forskaren var medveten om risken att leda in patienten på egna spår i samtalet. Denna risk minimerades genom att forskaren studerade litteratur i ämnet samt utförde en testintervju.

De fem sjuksköterskor som deltog i intervjuerna var av olika kön, i varierande åldrar samt att det fanns en variation i erfarenhet. Antalet ansågs vara rimligt för att få en bild av sjuksköterskans erfarenhet av att arbeta på mixade vårdssalar. Ett lågt deltagarantal kan

innebära att resultatet inte upplevs som tillförlitlig men att de intervjuade sjuksköterskorna delade flera av upplevelsorna och uppgav likvärdiga svar kan anses stärka tillförlitligheten i studien.

## Resultatdiskussion

Resultatet i studien visade att sjuksköterskorna upplevde mixade vårdssalar som något negativt när fokus sattes på patienternas integritet. Det var omvårdnaden på en mixad vårdssal som ansågs vara den situation då patientens integritet var svårast att bevara, inte själva vistelsen på salen. Anmärkningsvärt är att det endast nämndes exempel med kvinnliga patienter i resultatet. Bäck och Wikblad (1998) menar att kvinnor värderar integritet högre än män och att integriteten är viktigare för yngre patienter än äldre. De tillfällen då patienterna i Bäck och Wikblads studie krävde extra stark respekt för integriteten var vid hygien, toalettbesök och samtal med läkare (ibid). För att bevara integriteten bättre på en mixad vårdssal skriver Baillie (2008) att patienterna i största möjliga mån ska assisteras ut till toaletten i stället för att toalettbehov ska utföras på salen. Toaletterna bör vara könsbundna, inte rumsbundna. I de fall då patienten enbart kan sköta sina behov på salen pekade Baillie på vikten av att skärma av ordentligt samt att hålla patientens kropp så övertäckt som möjligt. Även intima åtgärder som t.ex. katetrisering bör ske på en avskild plats och inte på salen. I de situationer då intim omvårdnad inte kan utföras någon annanstans menade Baillie att personalen måste tänka på att hålla samtalet och omvårdnaden diskret och privat för att i största möjliga mån respektera patientens integritet (ibid).

I resultatet framkom att sjuksköterskorna tänkte extra mycket på integriteten på en mixad vårdssal. De var alla eniga i att det borde vara samma nivå av integritet oavsett vad patienten bredvid hade för kön men att det kändes mer viktigt att skydda en patient på en mixad sal. Socialstyrelsen (2009) tar i sin hälso- och sjukvårdsrapport upp att sjukvården i större utsträckning bör präglas av ett patientfokuserat förhållningssätt. Vården ska utföras med lyhördhet och respekt för varje människas specifika värderingar och behov. Sjuksköterskans grund i sitt yrkesutövande är respekten för varje människas egenvärde och personliga integritet och all vård och omsorg måste byggas på respekten för den enskilda människans egenvärde och livsföring. På så sätt blir varje patients värderingar behandlade med respekt oavsett vilken livssyn och personlig uppfattning sjuksköterskan har (ibid). Uppfattningen hos intervjudeltagarna var att det inte ska förekomma skillnader i hur patienternas integritet bevaras på en mixad vårdssal jämfört med en vårdssal med patienter av samma kön. För att

stärka arbetet med att bevara integriteten hos varje patient behöver personalen arbeta personcentrerat. Detta bekräftas av Socialstyrelsen (2009) som skriver att personcentrerad omvårdnad kan öka integriteten och självständigheten hos patienten. McCance och McCormack (2013) skriver att målet med personcentrerad omvårdnad är att främja hälsa och att ge varje persons unika perspektiv likvärdig giltighet som de professionellas. Personcentrerad vård ska sträva efter att tillgodose andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i samma omfattning som de fysiska behoven (ibid). Sjuksköterskornas strävan efter att arbeta personcentrerat med patientens integritet bevarad försvåras i de fall där patienterna inte är helt positiva till att vårdas på en mixad sal. Resultatet kan tolkas som att anledningen till vårdpersonalens rädsla för att exponera en patient på en mixad vårdsal är att det förutsätts att patienter är mer måna om sin integritet inför en medpatient av annat kön.

I resultatet framstod patientens rätt att bestämma som ett viktigt ämne. Analysen visade att de negativa reaktionerna oftast uteblev då patienterna blev medvetna om att de hade en valmöjlighet. Detta gjorde patienterna villiga att prova att vårdas på en mixad sal. Hadden och Dearden (1993) menar att patienter som blev informerade om mixade vårdssalar först när de kom till avdelningen reagerade starkt negativt. Patienternas upplevelser kunde liknas med en chockreaktion. Resultatet från Hadden och Dearden's (1993) studie stämmer väl överens med det resultat som framkom i denna studie. Intervjudeltagarna upplevde att de patienter som fått informationen redan på mottagningen, eller den avdelning de förflyttats ifrån, var väl förberedda och mer positivt inställda till att vårdas på en mixad sal. Baillie (2009) skriver att patienter som får information om mixade vårdssalar först när de kommer till avdelningen snabbt måste fatta beslutet om de vill vårdas på mixad sal. Risken finns enligt Baillie att patienterna accepterar mot sin vilja då de kan uppleva en oro över att inte få någon plats alls utan bli hemskickade (ibid). Detta framkom även i resultatet där sjuksköterskorna menade att patienter kan tänkas säga ja till att vårdas på en mixad vårdsal mot sin vilja av rädsla att annars bli utan vård. Burell (2003) skriver att patienter som vårdades på mixade vårdssalar på grund av risken att få integriteten kränkt inte ville ställa de frågor de önskade. Detta kunde orsaka att patienterna inte kände sig fullt informerade om sin sjukdom (ibid). Ett sätt att motverka detta kunde vara att klargöra för patienten att möjligheter finns till enskilda samtal. Burell (2003) visar även på att patienter som inte blev erbjudna något alternativ till mixad sal fann det svårt att ifrågasätta placerandet på en mixad sal (ibid). I resultatet framkom att sjuksköterskorna upplevde att återkommande patienter var mer accepterande till de mixade vårdssalarna. Det framkom dock inte att patienterna blev informerade och tillfrågade då de

återkom som patienter på avdelningen. Detta skulle kunna innebära att patienterna fann det svårt att ifrågasätta de mixade salarna och därmed felaktigt ansågs acceptera dem.

I resultatet framkom att informationsplakat eller broschyrer på mottagningarna om mixade vårdssalar och dess innebörd skulle kunna underlätta för personalen när de var tvungna att skapa en mixad vårdssal. Burell (2003) pekar på ett sjukhus i Nya Zeeland som i sin patientinformation informerade att risken fanns att bli vårdad på en mixad vårdssal. Informationen innehöll även en garanti om att personalen skulle arbeta aktivt för att kunna förflytta patienten till en vårdssal med samma kön så fort som möjligt. Patienterna uppmanades även kontakta personalen om de var oroliga eller hade funderingar angående risken att vårdas på mixad vårdssal. Burell pekar samtidigt på att det finns en risk att information sätter en negativ prägel på de mixade salarna och att informationen måste vara väl genomtänkt för att inte skapa oro istället för trygghet hos patienten (ibid). Detta motsägs av Bryant och Adams (2009) som menar att brist på information och brutna löften om att snabbt bli flyttade till en icke mixad vårdssal gjorde patienterna mer upprörda än själva vistelsen på den mixade vårdssalen.

Att ta emot och placera patienter från en annan kultur eller religion på en mixad vårdssal beskrevs av intervjudeltagarna som ett problem. Det uppstod emellanåt diskussioner som kunde uppfattas som hetsiga med både patienter och anhöriga. Ofta fanns det språkförbistringar med i bilden och att vänta på en telefontolk var inte alltid möjligt. Worth (2009) beskriver att patienter med annan religiös bakgrund anser att god vård innefattar att personalen ber patienten och närstående om råd hur de vill bli vårdade enligt deras religion eller kulturella värderingar. Det ska finnas en bra kommunikation som baseras på öppenhet och en vilja att prata om svåra och känsliga ämnen. Sjuksköterskan har ett ansvar att vara flexibel att förstå patientens behov (ibid). ICN (2014) beskriver att sjuksköterskan i vårdarbetet ska främja en miljö där mänskliga rättigheter, värderingar, sedvänjor och trosuppfattningar hos enskilda personer, familjer och allmänheten respekteras (ibid). Detta uppnås genom att arbeta personcentrerat. Svensk Sjuksköterskeförening (2010) skriver att personcentrerad omvårdnad kräver att personalen har en god kunskap om personen och hans/hennes behov, synsätt, intressen och vanor. Sjuksköterskan ska låta patienten göra egna val utifrån sina önskemål utan att moralisera över dessa. Vidare står det att läsa att det krävs en värdegrund med personliga men även organisatoriska förutsättningar som ger

sjuusköterskorna stöd till att ge personcentrerad omvårdnad och stötta patienten i den roll patienten vill behålla i sitt aktuella sjukdomstillstånd (ibid).

Intervjudeltagarna upplevde att informationsblad på flera olika språk om mixade vårdsalar skulle underlätta och säkerställa att patienter av annan härkomst informerades korrekt.

Tydliga och konsekventa direktiv med en handlingsplan för olika situationer upplevdes också som en åtgärd som skulle kunna säkerställa att patienterna blev rättvist behandlade men även fungera som ett stöd för sjuusköterskorna i de situationer alternativ till mixad vårdsal saknades.

Bryant och Adams (2009) beskriver hur direktiv kan hjälpa till att säkerställa att patienter på en mixad vårdsal fortast möjligt blir omplacerade till en icke mixad vårdsal.

Detta genom att ett beslut fattas om en tidsgräns för hur länge en patient kan vara placerad på en mixad sal. Risken finns dock att detta blir ett stressmoment för sjuusköterskorna i de fall då det inte finns någon ledig plats på en icke mixad sal inom tidsgränsen. Resultatet av en sådan tidsgräns skulle kunna bli att patienten fick flytta till en annan avdelning istället (ibid).

Sjuusköterskornas upplevelse var att bättre avskärmningar skulle skapa en bättre vårdmiljö för patienter och personal. En bra vårdmiljö med passande hjälpmedel ökar förutsättningarna att utföra omvårdnad utan att kränka patientens integritet. Sarvimäki och Stenbock-Hult (1991) förklarar att vårdmiljö innefattar den sociala, fysiska och psykiska omgivningen.

Fridell (1998) menar att den fysiska miljön måste vara anpassad så att patienten kan känna trygghet och trivsel och att patientens säkerhet tillvaratas. En behaglig vårdmiljö skapar ett ökat välbefinnande hos patienten vilket i sin tur stärker patientens känsla av bevarad integritet (ibid). Detta faller väl samman med sjuusköterskornas upplevelse av att otillräckliga

avskärmningar kan skapa en otrygghet hos patienten och leda till att patienten upplever sin integritet kränkt. De intervjuade sjuusköterskorna upplevde brister i den utrustning som fanns på rummen och var avsedda för att skärma av patientern. Mobila skärmskydd sågs inte som ett bra alternativ då det upplevdes som tidsödande att leta efter dessa på avdelningen.

Resultatet i studien stämmer väl överens med Bryant & Adams (2009) som skriver att sjuusköterskor ser bristfälliga avskärmningar som ett stort problem som skapar svårigheter att ge patienten en omvårdnad som inte kränker deras integritet. De syftade till att avskärmningarna runt sängarna inte hindrade andra på salen att höra och se vad som pågick (ibid).

## Slutsatser

Resultatet i studien visade att intervjudeltagarna strävade efter att ge patienterna omvårdnad med respekt för integriteten men att de blev ställda inför flera problem när det kom till att bevara patientens integritet på en mixad vårdsal. För att sjuksköterskan ska kunna bedriva en personcentrerad vård med patientens integritet i fokus krävs det att verksamheten har de rätta förutsättningarna. Det är av vikt att det finns en medvetenhet om att sjuksköterskan inte själv kan påverka de förutsättningar som råder utan att det krävs ett engagemang från verksamhetsledningen. Dels i form av lokaler som är anpassade för att ha mixade vårdsalar, men även i form av direktiv om hur det praktiska arbetet på mixade vårdsalar ska fungera. För att patienterna ska få en så god upplevelse som möjligt av att vårdas på en mixad sal behövs ett väl fungerande informationssystem men även en möjlighet för patienten att kunna säga nej och då kunna bli erbjuden ett alternativ.

En del av de problem som framkommit under intervjuerna kunde även appliceras på salar med mer än en patient i allmänhet. De problemen var således inte exklusiva för mixade vårdsalar, men upplevdes av intervjudeltagarna som mer problematiska när de var förknippade med en mixad vårdsal.



## Referenser

- Andersson, M. (1994). Integritet som begrepp och princip. En studie av vårdetiska ideal i utveckling. *Diss. Åbo Universitetet*.
- Arlebrink, J. (2006). *Grundläggande vårdetik- teori och praktik*. Studentlitteratur Lund AB.
- Arver, S., Dhejne, C., & Öberg, K. (2011). *Transsexualism*. Hämtad från: [http://www.internetmedicin.se/dyn\\_main.asp?page=3422](http://www.internetmedicin.se/dyn_main.asp?page=3422) (2015-05-10)
- Baillie, L. (2008). Mixed-sex wards and patient dignity: nurses' and patients' perspectives. *British Journal of Nursing*, 17, 1220-1225.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2001). *Principles of Biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Birkler, J. (2007). *Filosofi och Omvårdnad. Etik och Människosyn*. Stockholm: Liber AB.
- Bondevik, M. & Nygaard, H. (2004). *Geriatrik: Ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur AB.
- Borgström, A. (2011). Delad sal vinst eller nödvändigt ont? *Läkartidningen*, 22 november.
- Bryant, D. & Adams, J. (2009). Experience of mixed-sex bays in a general hospital. *Nursing Standard*, 24, 41-46.
- Burell, B. (2003). Mixed-sex rooms- invading patients' privacy? *Nursing New Zealand*. 9(4), 26-28.
- Bäck E. & Wikblad K. (1998). Privacy in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 27, 940-945.
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115.
- Folker Aschan, A. (2010). Kvinnor och män på samma vårdsal. *DN*. Hämtad från; <http://www.dn.se/sthlm/kvinnor-och-man-pa-samma-vardsal/> (2014-10-02).
- Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten*. Stockholm: Tekniska Högskolan.
- Giorgi, A. (1997). The theory, practice and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology*. 28, 235-260.
- Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

- Hadden, D.S.M., & Dearden, C.H., Ross, G. (1993). Mixed - sex wards: a survey of patient's opinions. *Emergency Medicine*, 10, 354 - 356.
- Hairon, N. (2007). Improving patients' privacy and dignity on mixed-sex wards. *Nursing Times*, 103, 23-25.
- Holloway, I. & Wheeler, S. (2002). *Qualitative research in nursing*. Oxford: Blackwell.
- Hälso- och Sjukvårdslagen. (1982:763) Stockholm: Socialstyrelsen.
- ICN'S Etiska Koder för Sjuksköterskor. (2007). Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.
- Kemp, P. (2001) Etikens verden. 1: Bjerrum, M. & Lund-Christiansen, K. (red.) *Filosofi – Etik – Videnskabsteori*. Köpenhamn: Akademisk förlag.
- Kihlgren, M & Thorsén, H (1998) Long-term care staff's view, over time, of violating a patients' integrity. *European Nurse*, 3(4), 254-263.
- Kvale S. & Brinkmann, S. (2009). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.
- McCance, T., & McCormack, B. (2013) Personcentrerad omvårdnad. I Leksell, J. & Lepp, M. (Red.), *Sjuksköterskans kärnkompetenser* (s. 81-110). Stockholm: Liber AB.
- Northern Nurses' Federation. (2003). *Ethical guidelines for nursing research in the Nordic countries*. *Vård i Norden*. Hämtad från: <http://www.codex.vr.se/etik9.shtml> (2015-05-10).
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen, kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Stockholm: Liber AB.
- Pihlblad, M. (2006). *Mixade salar på medicinkliniken*. Norrköpings Tidningar, 6 april.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2011). *Nursing research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sarvimäki, A & Stenbock-Hult, B. (2011) *Omvårdnadens Etik: Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber AB
- SFS1982:763. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Sjöberg, K. & Wästerfors, D. (2008). *Uppdrag: Forskning*. Malmö: Liber AB.
- Socialstyrelsen (2009). *Hälso- och Sjukvårdsrapport*. Hämtad från: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-126-72> (2015-05-10]
- Stryhn, H. (2007). *Etik & Omvårdnad*. Köpenhamn: Studentlitteratur AB.
- Sundström, P. (1996). *Sjukvårdens etiska grunder*. Uddevalla: Daidalos.

Svensk Sjuksköterskeförening. (2010). *Omvårdnadens värdegrund*. Stockholm: Svensk Sjuksköterskeförening.

Tranöy, K.E. (1993). *Medicinsk Etik i Vår Tid*. Lund: Studentlitteratur AB.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur AB.

Wiklund Gustin, L. & Lindwall, L. (2012). *Omvårdnadsteorier i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Wikström M-B. (2003). *Estetik och omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB.

Worth, A. (2009). Vulnerability and access to care for South Asian Sikh and Muslim patients with life limiting illness in Scotland: prospective longitudinal qualitative study. *TheBMJ*.338:b183.

## Bilaga 1, Brev till verksamhetschefer

Till verksamhetschefer på Medicinkliniken och Kirurgkliniken på Blekingesjukhuset i Karlskrona och Karlshamn.

Förfrågan om medgivande till intervjuundersökning till studien Sjuksköterskans erfarenheter av omvårdnadsarbete på mixade vårdssalar.

Mitt namn är Sofie Hidnäs. Jag studerar termin 5 på sjuksköterskeprogrammet vid Blekinge Tekniska Högskola. Under hösten kommer jag att skriva min kandidatuppsats.

Min avsikt är att genomföra en empirisk studie med kvalitativ design om sjuksköterskors erfarenhet av att arbeta på mixade vårdssalar. För att kunna genomföra detta behöver jag ett medgivande från Er. Studiens syfte är att öka förståelsen för hur omvårdnaden genomförs på mixade vårdssalar för att bevara patienterna integritet.

Idag är det vanligt att patienter av olika kön får dela sal när de vårdas på sjukhus. Att ta bort de könsbundna vårdssalarna medför att sjukhusets vårdplatser kan utnyttjas till fullo. Vetenskapliga studier från England visar att patienter upplever en viss stress av att dela vådrum med patienter av det motsatta könet. Studierna visar att det hos vissa patienter finns en rädsla att de ska bli exponerade för sina medpatienter. Studien kan komma att göra nytta genom att öka medvetenheten kring den etiska problematiken i vårdarbetet på mixade vårdavdelningar och på sätt vara en del av förbättringsarbete.

Jag önskar intervjua sjuksköterskor som arbetar på avdelningar med mixade vårdssalar på Blekingesjukhuset i Karlskrona och Karlshamn. Det ska vara sjuksköterskor som har tillsvidare eller visstidsanställning då jag vill säkerställa erfarenhet av omvårdnad på avdelningar med mixade vårdssalar. Akutvårdssavdelningar exkluderas. Planerat antal deltagare är 5 sjuksköterskor då det är en kvalitativ studie med mycket datamängd.

Om medgivande ges av Er kontaktas avdelningsföreståndaren på berörda avdelningar via email och bli ombedd att föra fram min förfrågan om deltagande genom det informationsbrev som jag kommer att sända ut till avdelningsföreståndarnas email. Deltagarna godkänner sin medverkan genom en muntlig överenskommelse. Intervjuerna kommer att behandlas konfidentiellt och deltagarna kommer även att informeras om att det är frivilligt att delta och om deras möjlighet att när som helst avbryta och dra sig ur.

Intervjuerna beräknas ta 30 minuter och det är önskvärt att de genomförs på deltagarnas arbetsplats men på en avskild plats.

Återkoppling kan ske genom att studien skickas ut till de som så önskar efter den har blivit publicerad. Finns intresse kan jag även komma ut till arbetsplatsen och presentera min studie.

Med vänlig hälsning,

Sofie Hidnäs

Sjuksköterskeprogrammet T5

Blekinge Tekniska Högskola

Email: Telefon:

## Bilaga 2, Informationsbrev till intervjudeltagare

Informationsbrev Till sjuksköterskor om deltagande i studien Sjuksköterskans erfarenheter av omvårdnadsarbete på mixade vårdssalar.

Mitt namn är Sofie Hidnäs. Jag studerar termin 5 på sjuksköterskeprogrammet vid Blekinge Tekniska Högskola. Under hösten kommer jag att skriva min kandidatuppsats. För att kunna genomföra den behöver jag intervjua fem sjuksköterskor som har erfarenhet av omvårdnadsarbete på mixade vårdssalar.

Idag är det vanligt att patienter av olika kön får dela sal när de vårdas på sjukhus. Att ta bort de könsbundna vårdssalarna medför att sjukhusets vårdplatser kan utnyttjas till fullo. Vetenskapliga studier från England visar att patienter upplever en viss stress av att dela vårdtrum med patienter av det motsatta könet. Studien kan komma att göra nytta genom att öka medvetenheten kring den etiska problematiken i vårdarbetet på mixade vårdavdelningar och på sätt vara en del av förbättringsarbete.

Intervjun kommer att bestå av 5 stycken öppna frågor. Alla deltagare kommer att få svara på samma frågor. Intervjun kommer att spelas in med bandspelare och användas som underlag i mitt examensarbete. Intervjun beräknas ta en halvtimme och kommer att genomföras på ett avskilt ställe på Er arbetsplats.

Ni är fria att när som helst innan och under intervjun ta tillbaka ert deltagande och dra Er ur studien. Alla uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt externt och i den mån det går internt. Ert namn kommer inte att nämnas någonstans utan ersättas med en kod. Det inspelade materialet kommer att förvaras enligt lärosätets riktlinjer och obehöriga kommer inte ha tillgång till något material. Efter intervjun ska det inspelade materialet skrivas ner och en innehållsanalys göras. Resultatet ska presenteras i en kandidatuppsats.

Med vänlig hälsning,

Sofie Hidnäs

Sjuksköterskeprogrammet T5

Blekinge Tekniska Högskola

Email:

telefon:

Handledare

Ewy Olander

Universitetslektor

Blekinge Tekniska Högskola

Institutionen för hälsa

Email [ewy.olander@bth.se](mailto:ewy.olander@bth.se)

Telefon 0455-385413

## Bilaga 3, Intervjuguide

Intervjuguide för studien Sjuksköterskans erfarenheter av att ge omvårdnad på mixade vårdssalar.

1. Hur känner du inför att vårda män och kvinnor på samma vårdssal?
2. Vad är din uppfattning om patienters upplevelse och reaktioner av att dela vårdssal med det motsatta könet?
3. Agerar du annorlunda när du ska ge omvårdnad till en patient när det vårdas en person av motsatt kön på samma sal? Om så är fallet fall, på vilket sätt skiljer ditt agerande sig från en sal med bara män eller kvinnor?
4. Hur kan man skapa de bästa förutsättningarna för att omvårdnaden på mixade vårdssalar ska bli så etiskt korrekt som möjligt?
5. Skulle till exempel utbildning och/eller resurser kunna hjälpa för att utföra arbetet på mixade vårdssalar på ett etiskt optimalt sätt? Vilka resurser skulle det kunna vara?

## Bilaga 4, exempel på analys av meningsenheter

Men det skulle bli bra om man hade informationen på flera språk. Redan där innan man hamnar på avdelningen så att man blir förberedd.	Det skulle vara bra med information på flera språk att förbereda patienten med	Vikten av information	Avsaknad av direktiv och information	Förutsättningar som försvårar bevarad integritet
Men sen utforma salarna så att det går att dela av helt och hållet ehmm med förbättrade skärmskydd och sådana saker. Det finns ju skärmskydd idag med men de är inte tillräckligt höga anser jag.. alla gånger. ehh så det det är också något man skulle kunna göra.	Utforma salarna med förbättrade skärmskydd, de är inte tillräckligt höga.	Bristfälliga avskärningsmöjligheter	Undermålig utrustning och hjälpmedel	Förutsättningar som försvårar bevarad integritet
Rent vårdmässigt gör, bryr jag mig liksom inte. De ska ha sin vård. Patienten liksom båda två. Men jag kan tycka att det är lite jobbigt med omvårdnaden, när det kommer till den biten när det är en blandsal	Rent vårdmässigt bryr jag mig inte men det kan vara jobbigt med omvårdnaden på en blandsal.	Omvårdnaden kan vara besvärlig	Omvårdnadssituationer ökar risken för integritetskränkning	Att vårda utan att kränka

## Bilaga 5, Etisk egengranskning

Blankett för etisk egengranskning av studentprojekt, kliniskt forskningsprojekt eller motsvarande inför rådgivande etisk granskning

Att arbeta etiskt på icke könsuppdelade vårdssalar.

Sofie Hidnäs

Ewy Olander

		Ja	Tveksamt	Nej
1	Avser undersökningen att behandla känsliga personuppgifter (dvs. enligt Personuppgiftslagen behandla personuppgifter som avslöjar ras eller etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, eller medlemskap i fackförening eller att behandla personuppgifter som rör hälsa eller sexualliv).			X
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på forskningspersonerna (även sådant som ej avviker från rutinerna men som är ett led i forskningen)?			X
3	Är syftet med undersökningen att fysiskt eller psykiskt påverka forskningspersonerna (t.ex. behandling av övervikt) eller som innebär en uppenbar risk att påverka? (Se 4 § 2 punkten i Etikprövningslagen 2003:460)			X
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avlidna människa (t.ex. blodprov eller PAD)?			X
5	Kan frivilligheten ifrågasättas (t.ex. utsatta grupper såsom barn, dementa eller psykiskt handikappade liksom personer i uppenbar beroendeställning såsom patienter eller studenter som är direkt beroende av försöksledaren)?			X

Om någon av frågorna 1-5 besvarats "**Ja**" eller "**Tveksamt**" kan forskningsarbetet, om det genomförs på forskarnivå, kräva godkännande vid en etikprövning av regional etikprövningsnämnd (EPN).

För vidare information om Etikprövningsnämnden se [www.epn.se](http://www.epn.se).

Om frågorna 1-5 besvarats med ett "**Nej**", fortsätt egengranskningen genom att kryssa när punkten är uppfylld:

Ja	Tveksamt	Nej



6	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår (mörka inget men överdriv ej heller farorna). Minderårig skall i allmänhet ha vårdnadshavares godkännande (t ex enkäter i skolklasser).	X		
---	---	---	--	--

7	Deltagandet i projektet är frivilligt och detta framgår tydligt i den skriftliga informationen till patient eller forskningsperson. Vidare framgår tydligt att deltagare när som helst och utan angivande av skäl kan avbryta försöket utan att detta påverkar forskningspersonens omhändertagande eller behandling eller, om studenter, betyg etc.	X		
8	Eventuellt upprättande av personregister (där data kan kopplas till fysisk person) är anmält till registeransvarig person på respektive förvaltning (PUL- ansvarig).			X
9	Det finns resurser för genomförande av projektet och ansvariga för forskningspersonernas säkerhet är namngivna (prefekt, verksamhetschef eller motsvarande).	X		

Blanketten skall bifogas ansökan och skrivas under av den som genomför projektet och i förekommande fall även av handledare.

Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.

Ort och datum:

.....

Projektledare:

.....

*namn*

.....

*institution/enhet*

Underskrift projektledare:

.....

Handledare:

.....

*namn*

.....

*institution/enhet*

Underskrift av handledare:

.....

Ovanstående frågor är noga penetrerade och sanningsenligt besvarade.

Ort och datum:

.....

Projektledare:

.....

*namn*

.....

*institution/enhet*

Underskrift projektledare:

.....

Handledare:

.....

*namn*

.....

*institution/enhet*

Underskrift av handledare:

.....