

# Integritet i vården

## Patienters och sjuksköterskors erfarenheter av integritet i omvårdnaden

<b>FÖRFATTARE</b>	Louice Karlsson och Anna Olofsson
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180p/ Omvårdnad – Eget arbete HT 2007
<b>OMFATTNING</b>	15 Höskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Marie Edqvist
<b>EXAMINATOR</b>	Lisbeth Hellström

Titel (svensk):	Integritet i vården – patienters och sjuksköterskors erfarenheter av integritet i omvårdnaden
Titel (engelsk):	Integrity in health care - patients' and nurses' experiences of integrity in nursing care
Arbetets art:	Eget arbete fördjupningsnivå I
Program/kurs/ kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180p/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240/SPN8
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Louice Karlsson och Anna Olofsson
Handledare:	Marie Edqvist
Examinator:	Lisbeth Hellström

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** i hälso- och sjukvårdslagen, från 1982, står det tydligt att vården skall bygga på respekt för patienters självbestämmande och integritet. Autonomiprincipen, rätten till självbestämmande, är nära knuten till integritet, eftersom integriteten stärks när självbestämmandet stöttas. Människan kan ses som en del av sina val och att hon har förmåga att ta ansvar för dem. **Syfte:** syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters och sjuksköterskors erfarenheter av integritet i omvårdnaden. **Metod:** artiklar söktes i tre olika databaser och utgick ifrån sökorden integritet, värdighet, omvårdnad och kränkning. Samtliga artiklar granskades induktivt och sex olika kategorier skapades. **Resultat:** resultatet baserades på 11 kvalitativa artiklar, som visade på en konsensus mellan patienternas och sjuksköterskornas uppfattning av vad som var integritetskränkande behandling. Flera dimensioner av begreppet integritet framkom och resultatet presenterades under följande rubriker; kroppslig integritet, självbestämmande, rätten till konfidentiell vård, att bli sedd som en unik människa, privat territorium och tid. Den enda dimension som endast patienterna reflekterade över var tid. **Diskussion:** här kopplades omvårdnadsteorierna och bakgrunden samman med resultatet. Litteraturstudiens styrkor är bland annat dess bredd, då studierna är gjorda på olika avdelningar och med både sjuksköterskors och patienters erfarenheter. Relevansen för omvårdnaden oavsett verksamhet eller patientgrupp, kan också ses som en styrka. Eftersom artiklarnas urval är relativt litet och skevt fördelat mellan patienter och sjuksköterskor kan det vara svårt att generalisera utifrån resultatet. Avslutningsvis konstaterades att patienter dagligen kränktes inom vården trots att sjuksköterskorna var medvetna om det. Vad detta beror på och vad som kan göras för att förhindra det är ämnen som har förslagits för framtida forskning.

INNEHÅLL	Sid.
<b>BAKGRUND</b>	
<b>Inledning</b> .....	1
<b>Integritet</b> .....	2
<b>Integritet inom vården</b> .....	3
<b>Kränkning</b> .....	5
<b>Värdighet</b> .....	5
<b>SYFTE</b> .....	6
<b>METOD</b> .....	6
<b>RESULTAT</b>	
<b>Kroppslig integritet</b> .....	7
<b>Självbestämmande</b> .....	9
<b>Rätten till konfidentiell vård</b> .....	10
<b>Att bli sedd som en unik människa</b> .....	11
<b>Privat territorium</b> .....	12
<b>Tid</b> .....	13
<b>DISKUSSION</b>	
<b>Metoddiskussion</b> .....	13
<b>Resultatdiskussion</b> .....	15
<b>REFERENSER</b> .....	20
<b>BILAGOR</b>	
<b>Bilaga I</b> Artikelsammanställning	
<b>Bilaga II</b> Tabell över artikelsökningarna	
<b>Bilaga III</b> Resultatets rubriker och undertema	

## BAKGRUND

### Inledning

På slutet av 60-talet kom debatten om patienters rättigheter i vården, som bland annat ledde till "Patient's Bill of Rights Act", publicerad 1972 av American Hospital Association. I detta dokument togs avstånd från sjukvårdens paternalism genom att upplysa patienter om att de själva hade rätt att fatta beslut som berörde deras egen hälsa (1, 2).

Något senare kom samma debatt till Sverige, där den till stor del kom att handla om patienters rättigheter. Detta gav upphov till utredningar som bland annat mynnade ut i hälso- och sjukvårdslagen, 1982:763 (1, 3). Den är en ramlag som fastställer mål och krav för den svenska sjukvården (4). Lagen bygger bland annat på att vårdpersonal skall ha respekt för patientens självbestämmande och integritet (1).

*"Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den skall särskilt bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet"*(3, 2 a §).

Utifrån hälso- och sjukvårdslagen utvecklade socialstyrelsen kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor. I den står att sjuksköterskan skall ha en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt i sitt arbete, oavsett verksamhet och vårdform (5). Det innebär att sjuksköterskan skall:

*"visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet"* (5 s. 10)

Sekretesslagen 1980:100 är den lag som skyddar patienter från att information som rör dem lämnas ut till obehöriga. Sjuksköterskor arbetar under tystnadsplikt, vilket innebär att inga uppgifter som rör den enskilda patienten får röjas. Detta gäller även journalanteckningar och andra uppgifter om patienters hälsotillstånd och personliga förhållanden (6).

Blomdahl Frej (7) gjorde 1992 en FoU-rapport som handlade om respekten för patienters integritet. Syftet var att utveckla den del i hälso- och sjukvårdslagen som handlar om det etiska kravet på att visa respekt för patienters självbestämmande och integritet. Studien baserades på intervjuer med vårdpersonal och patienter på en vårdcentral i Sverige. Resultatet av studien visade att både personalen och patienterna var medvetna om den maktobalans som råder dem emellan och patienternas utsatta läge inom vården. Förutsättningar för att undvika integritetskränkningar, enligt både personalen och patienterna, var att skapa goda vårdrelationer.

Andersson (1) kom 1994 med sin avhandling "Integritet som begrepp och princip". Syftet med hennes studie var att föreslå kriterier för en god vårdare som hade förmågan att respektera patienters integritet. I avhandlingen framgår att när personalen visade respekt för patienternas integritet förstärktes även respekten för patienternas självbestämmande och omvänt. Andersson (1) skriver att begreppet integritet ofta används inom omvårdnad men att få egentligen kunde förklara dess innebörd.

## **Integritet**

*Autonomi som en del av integritet*

Begreppet autonomi innebär:

*”självständig, självbestämmande, självstyrande”* (8 s. 40)

*”vidsträckt rätt att bestämma om egna angelägenheter”* (9 s.70)

Autonomiprincipen i vården syftar till att säkra patienters personliga handlingsfrihet vid etiska val som berör den enskilda individen (10). Principen innebär att varje människa bör ha rätt att bestämma över sitt eget liv (11). Att respektera patienters självbestämmande innebär att erkänna människors frihet och rätt att fatta beslut baserade på egna värderingar och önskemål. För att patienter skall kunna handla självständigt är det viktigt att de upplever sig ha friheten att kunna välja. Det kräver att patienten har kunskap om sina önskemål, självkontroll, att han/hon är trygg i sin personliga identitet och kan bedöma konsekvenserna av sina val (10).

Under 60- och 70-talen kom autonomiprincipen att bli allt viktigare, främst inom medicinsk etik och forskning. Den spelade en viktig roll i diskussionen om informerat samtycke. Det innebär att patienter ska kunna handla och välja självständigt och kunna ta ansvar för sina handlingar, utifrån sakligt given information (11).

Stryhn (10) hänvisar till Fry och Johnstone som menar att det kan finnas inre begränsningar hos patienter för att de skall kunna handla självständigt, såsom ålder, mental förmåga, medvetandenivå m.m. De beskriver även yttre begränsningar som kan handla om brister i sjuksköterskans kompetens eller resurser, tillgång till information eller annat i omgivningen runt patienten.

Det finns situationer då sjuksköterskan kan hamna i etiska dilemman. Till exempel när patienten gör val som enligt sjuksköterskans bedömning inte är bra för honom/henne. Sjuksköterskan måste då överväga var gränsen mellan patientens autonomi och hans/hennes professionella ansvar går. I en sådan situation är det lätt att kränka patienten genom att lägga sig i hans/hennes val. Sjuksköterskan bör då vara medveten om patienters rätt till integritet och värdighet (10).

Självva ordet *integritet* har sitt ursprung i latinet och betyder *”hel, oskadad o. likn”* (12 s. 87). Nationalencyklopedins definition av integritet är:

*”Orörd, hel, fullständig”* (13 s. 502)

*”Rätt att få sin personliga egenart och inre sfär respekterad och att inte utsättas för personligen störande ingrepp”* (13 s. 502)

*”Kränkning av den personliga integriteten kan ske på fysisk väg (våld, tvång, aga) eller psykisk (föredring, diskriminering, indoktrinering)”* (13 s. 502)

Ordet *integritet* används i flera olika sammanhang, men i grunden syftar det mesta tillbaka på att det handlar om en helhet, ett territorium, en gräns för den enskilda människan (1, 14).

## **Integritet inom vården**

Sundström (12) skriver om *den kroppsliga integriteten*. Han hävdar att det finns olika typer av integritet hos människan: den kroppsliga, den psykiska/mentala, den existentiella och viljemässiga. Han menar att sjukvården har en särställning bland mänskliga relationer, där det är legalt att bryta ner integriteten (framförallt den kroppsliga), för att kunna bygga upp den igen till exempel vid ett operativt ingrepp eller en cellgiftsbehandling. Utanför sjukvården är kränkningar av den kroppsliga integriteten mycket sällan accepterad, om ens någonsin. Sundström (12) skriver också att redan när en människa söker sig till sjukvården är integriteten skadad eller på något sätt påverkad. Sjukvårdens uppgift är då att bygga upp den igen, vilket kan kräva att en människas integritet kränks på ett sätt som han/hon kanske aldrig annars skulle acceptera. Patienten blir då än mer sårbar.

*Den psykiska integriteten* handlar om känslor, reaktioner och tankar, d.v.s. människans känsloliv. Exempel på försvagad psykisk integritet är medvetlösa patienter eller patienter med en demenssjukdom. De här patienterna är mer sårbara än andra, då de inte har möjlighet att skydda sig själva och sin integritet (12). I Nationalencyklopedin beskrivs exempel på olika kränkningar av den psykiska integriteten såsom förnedring, diskriminering och indoktrinering (13).

Paterson och Zderad (14) skriver om individens särart och menar med det att varje människa har sin egen unika syn på verkligheten. Det innebär att alla människor upplever omvärlden olika. De ser, hör, känner, smakar och uppfattar unikt och individuellt. De olika sätten att uppleva omvärlden påverkas även av individens familj och sociala bakgrund.

### *Självständiga val*

För att patienter skall kunna göra självständiga val är det viktigt att ta hänsyn till deras sårbarhet (p.g.a. sjukdom och vårdberoende). Om patienters integritet som personlig sfär hotas, eller kränks, påverkas deras möjlighet att göra självständiga val negativt. Exempel på detta kan vara då vårdpersonal genom att undanhålla information eller ta beslut över huvudet på patienter, berövar dem möjligheten att välja (1, 12).

Respekt för patienters självbestämmande innebär att de har rätt att fatta egna beslut och handla utifrån personliga värderingar och önskemål så länge det inte inkräktar på andra människors rättigheter (1). Patienters rätt att säga nej är trots allt ett relativt nytt fenomen inom sjukvården. Patienter har idag rätt att själva bestämma över sin behandling, vilket också innebär att de kan neka behandling utan att bli avvisade från vården (12).

Parse (15) gör i sin teori antagandet att människan är ansvarig för sina val. Hon betonar detta starkt och menar att människan självständigt tillskriver en mening i varje situation och att hon är ansvarig för konsekvenserna av valet även om hon inte känner till dem när valet görs.

Paterson och Zderad (14) ser människan som en del av sina val. Hon gör val och har förmåga att ta ansvar för dem. De hävdar att människan självständigt tillskriver en mening i varje situation hon ställs inför och att hon är ansvarig för konsekvenserna av valet även om inte känner till dem när valet görs.

I sin begreppsmodell beskriver Paterson och Zderad (14) tre faser som leder fram till ett självständigt val. Den första fasan innebär att individen (patienten) blir medveten om sina möjligheter. För att bli det krävs att individens möjligheter synliggörs. Under fas två, som

handlar om reflektion, överväger individen sin situation och sina alternativ. I tredje fasen gör individen ett val som han eller hon är villig att ta ansvar för och konsekvenser av inom en överskådlig framtid.

Andersson (1) skriver att det är personalens uppgift att underlätta självständiga val för patienten. Genom att frånta en människa rätten till självständiga val utan någon grund för det, kränks integriteten.

#### *Integritet som ett tillstånd av helhet*

Integritet används ofta som en synonym för hälsa. När en människa drabbas av sjukdom, skada eller förlust påverkas integriteten och helheten. En skada på integriteten kan vara synlig till exempel en förlust av en kroppsdel, men det behöver inte alltid vara så. Endast den enskilda människan kan uppleva om hans/hennes helhet har påverkats. Det som upplevs som skada kan vara olika hos olika människor. Att vårdpersonal är medveten om detta är en förutsättning för att de ska kunna respektera patienters integritet (1).

Parse (15) menar att människan är mer än summan av sina delar. Hon är kritisk till att dela in individen i psykiska, fysiska och sociala delar. Hon menar att helheten av en människa framkommer genom tal, gester, rörelser, blickar, attityder, beröring.

#### *Mötet med patienten*

Mötet mellan patienten och den professionella sjukvården är alltid ojämnt. Patienten står i beroendeställning till vården, i detta fall sjuksköterskan. Det leder till att sjuksköterskan har mer makt än patienten i mötet, och balansen rubbas (12).

Paterson och Zderad (14) tar i sin teori upp närvaro som en viktig del i synen på omvårdnad. Den viktigaste dimensionen i relationen mellan sjuksköterska och patient är närvaro. I själva verket är det närvaron som möjliggör välbefinnande. Det som karakteriserar sjuksköterskans närvaro är en kombination av att vara och att göra. Närvaron är frivillig, den ges och den väljs frivilligt samtidigt som den berör individen på alla plan. Att vara närvarande innebär att vara både professionell och personlig. Med personlig menas den unika närvaro som den enskilda sjuksköterskan för med sig in i varje vårdssituation. Den professionella dimensionen syftar på målet i den konkreta situationen och på sjuksköterskans yrkesansvar.

Som en aspekt av närvaro tar Paterson och Zderad (14) upp spontanitet och menar att närvaro är något som måste ske spontant. Det är något som måste väckas eller lockas fram och som uttrycks genom till exempel tonfall, beröring eller blickar. Närvaro gör att sjuksköterskan och patienten bekräftar varandra genom att visa respekt, närhet och omsorg. Det förväntas, både från sjuksköterskan själv och från patienten, att sjuksköterskan skall vara närvarande. Förekomst, liksom avsaknad av närvaro är tydlig och kan upplevas av båda parter. Att skapa ett autentiskt möte med en patient innebär en utmaning för sjuksköterskan. För att vara närvarande i det unika mötet behövs vilja, känsla, lyhördhet och tillgänglighet. Mötet uppkommer ur ett behov relaterat till hälsa-sjukdom i en patientsituation. Mötena är inte av slumpmässig art utan snarare en form av, som Paterson och Zderad (14) uttrycker det, kallande och svarande.

Rooke (16) skriver att både Parse, Paterson och Zderad talar om interaktionen mellan sjuksköterska och patient i så kallade här-och-nu-relationer. Det innebär att sjuksköterskan

är helt närvarande i mötet med patienten. Parse (15) själv beskriver att den energi som utbyts mellan parterna i mötet gör att patienten kan röra sig mot och uppleva hälsa.

## **Kränkning**

*”behandla (ngn) nedsättande genom att angripa den personliga hedern i ord el. genom handling” (9 s. 222)*

I regeringsformen framgår att *”var och en är skyddad mot påtvingat kroppsligt ingrepp och mot frihetsberövande”* (17 s. 64). Skyddet avser sådana handlingar som klassas som misshandel enligt lagen. Inom vissa delar av vården förekommer tvång, kroppsliga ingrepp och åtgärder som bryter mot människors integritet. Åtgärder av den här typen kan vara tvångsomhändertagande (framförallt inom psykiatrin) och kartläggning av sexuella kontakter vid smittspårning. För att göra dessa typer av åtgärder fordras stöd i lagtexten (17).

Som tidigare nämnts är relationen mellan sjuksköterska och patient ojämn. Patienten är i en beroendeställning till sjuksköterskan vilket leder till att sjuksköterskan har mer makt än patienten. Det brukar anses som grövre när en människa som har makt över en annan kränker personens integritet (12).

## **Värdighet**

Begreppet värdighet förklaras som *självaktning, stolthet* (18).

Edlund (19) skriver att värdighet både är något beständigt och föränderligt. Värdighet som något beständigt beskrivs som något givet människan i egenskap av människa. Värdighet och människovärde hör samman då människan har ett värde i sig, oavsett funktioner och egenskaper. Att respektera människans rättigheter (rätten till autonomi och frihet) syftar till att skydda hennes värde. Värdighet förklaras som något föränderligt då det kan upplevas i en process. Det handlar om inställningar till vad som är rätt och fel, och eftersom detta kan förändras är värdigheten något som också kan ändras, göras om, förstöras och byggas upp.

Edlund (19) beskriver yttre och inre värden som människan kan ha. De yttre värdena kan bestå i handlingar och symboler. Runt en människa finns handlingar och fenomen som hon/han tillskriver mening och betydelse, ett värde. Om handlingarna eller symbolerna på något sätt angrips kan personens värdighet kränkas. De inre värdena handlar däremot om individens upplevelser av vad som är värdefullt för honom/henne. De inre värdena måste ses i relation till den sociala och kulturella bakgrund som människan lever i.

Människovärdet är centralt inom begreppet värdighet, då värdet i att vara människa lyfts fram som det starkaste. Både värdighet och integritet har sin grund i människovärdet. Ibland sätts likhetstecken mellan begreppen, men integritet kan ses som ett vidare begrepp (19).

Kränkning av någons värdighet kan ske även då personen inte är vid medvetande. Det innebär att även en sovande, djupt medvetlös eller till och med död persons värdighet kan kränkas. Alla har ett värde genom att de är människor. Värdet som människa är bestående och kan inte tas ifrån någon (19).



## SYFTE

Syftet med litteraturstudien var att beskriva patienters och sjuksköterskors erfarenheter av integritet i omvårdnaden.

## METOD

Litteraturstudien är baserad på 11 vetenskapliga artiklar (se artikelsammanställning bilaga D). Alla bidrar till att besvara syftet: *att beskriva patienters och sjuksköterskors erfarenheter av integritet i omvårdnaden*. Tio av elva artiklar söktes i tre databaser som finns tillgängliga vid Göteborgs Universitet: CINAHL, PubMed och PsycINFO.

*PubMed* är en databas som innehåller referenser från 4 800 tidskrifter, framförallt medicinska. Uppdateras dagligen (20).

*CINAHL* är en databas som innehåller referenser från 2 800 tidskrifter, avhandlingar och vissa böcker framförallt inom omvårdnadsvetenskap. Databasen uppdateras dagligen (21).

*PsycINFO* är en databas som innehåller referenser från 2150 tidskrifter, framförallt inom beteendevetenskap och mental hälsa. Uppdateras en gång i veckan (22).

Sökorden som artikelsökningarna utgick ifrån var: integritet, omvårdnad, värdighet och kränkning.

I PubMed matchades dessa sökord ihop med kategorisystemet MeSH som PubMed är kopplat till. MeSH är en samling termer som används för indexering, sökning och katalogisering av biomedicinska tidskrifter. SvenskMeSH är en svensköversatt version av MeSH. Här hittades sökorden integritet och omvårdnad som översattes till *privacy* och *nursing care*. Värdighet fanns inte som ett ämnesord och inte heller kränkning. Dessa ord söktes således direktöversatta med *dignity* och *violation* som fritextord. Likaså söktes *integrity* och *patient* som fritextord (23, 24).

Sökningen vidgades genom att fritt kombinera ämneskategorierna och fritextorden. Begränsningarna i PubMed var engelska och svenska som språk, undersökningar gjorda på människor och artiklar publicerade i omvårdnadstidskrifter.

I CINAHL:s eget ämneskategoriseringssystem CINAHL Headings användes de översättningar som sökningen i SvenskMESH gav. Detta för att matcha CINAHL:s sökmotor. Efter sökningen i CINAHL Headings användes kategorin: *nursing care*. Fritextord som användes var: *integrity*, *nursing care*, *nursing*, *dignity* och *violation*.

Sökningen vidgades genom att fritt kombinera ämneskategorierna och fritextorden. Valda begränsningar i CINAHL var engelska och svenska som språk och vetenskapligt granskade artiklar (*peer reviewed*, *research article*).

I PsycINFO:s eget ämneskategoriseringssystem Thesaurus söktes de ursprungliga sökorden översatta till engelska där integritet och omvårdnad återfanns som egna kategorier *integrity* och *nursing*. De övriga två, värdighet och kränkning söktes som fritextord. Som i de andra två databaserna kombinerades sökorden fritt för att bredda sökningen. Begränsningar som valdes var: svenska och engelska som språk och vetenskapligt granskade artiklar (*peer reviewed* och *research article*).

I bilaga II illustreras sökningarna och urvalet av artiklarna i tabeller.

Eftersom sökningarna inte gav några artiklar skrivna på svenska gjordes en sökning i tidskriften *Vård i Norden* (25). Sökningen gjordes med sökordet integritet och genererade en norsk artikel som efter granskning valdes ut (32).

En av studierna av Randers och Mattiasson (27) återkom i fyra av de andra artiklarnas referenslista (28, 29, 32, 35). Efter fritextsökning i CINAHL med sökorden *elderly people* och *integrity* från titeln, hittades artikeln och valdes ut för granskning.

Totalt gjordes 13 sökningar med olika kategorier och fritextord. Detta resulterade i 373 funna artiklar, varav 82 sammanfattningar lästes. Efter genomläsningen valdes relevanta artiklar ut. De artiklar som valdes bort svarade inte på syftet och tillförde därmed inget. Artiklar och delar av artiklar som berörde barn, psykiskt sjuka, anhöriga och barnmorskor har också exkluderats. All genomläsning av sammanfattningar respektive artiklar gjordes noggrant för att systematiskt bearbeta allt material och för att hitta de mest användbara artiklarna till litteraturstudien. Materialet lästes igenom en gång av båda författarna för att inkluderas/exkluderas i studien.

När artiklarna valts ut påbörjades arbetet att systematiskt granska artiklarna. Analysen av artiklarna gjordes induktivt. De valda artiklarna lästes av vardera författaren med syfte att hitta användbara erfarenheter och exempel på integritet. Framförallt undersöktes hur studierna genomförts och vad de resulterat i. Efter upprepad läsning och granskning av artiklarna återfanns flera liknade erfarenheter från patienterna och sjuksköterskorna. För att sammanföra innehållet skapades ett antal kategorier utifrån de mest återkommande erfarenheterna. Tio kategorier med olika dimensioner av integritet skapades och utifrån dem bildades sex rubriker som resultatet av litteraturgranskningen presenteras under. Varje rubrik innehåller flera underteman som det redogörs för i bilaga III. För att underlätta jämförelsen mellan de två undersökningsgrupperna (sjuksköterskor och patienter) har varje rubrik delats in i två underrubriker: *patienters erfarenheter* och *sjuksköterskors erfarenheter*.

## RESULTAT

### **Kroppslig integritet**

#### *Patienters erfarenheter*

Patienterna tog upp kroppslig integritet och ofrivillig fysisk exponering som en viktig punkt. Flera patienter nämnde detta och gav talande exempel på hur deras integritet blivit kränkt. En kvinna berättade hur hon blev skjutsad till duschen endast iförd en operationsskjorta. Hela hennes rygg och stjärt blottades för alla i korridoren, inte bara patienter och personal, utan också anhöriga, vaktmästare, städare och sekreterare. Patienten upplevde att integriteten hade kunnat bevaras om personalen hade hjälpt henne att dölja de nakna kroppsdelarna (26). I flera av artiklarna uttryckte patienterna att integritet kan bevaras om personalen arbetar för att inte exponera patientens kropp mer än nödvändigt (26, 27, 28).

Ett annat exempel gavs av en patient som upplevt stort obehag då han utsattes för en mycket integritetskränkande behandling av en läkare. På rondan hade läkaren kommit in till patienten i sällskap av åtta läkarkandidater. Läkaren tog bort täcket och sa att han ville visa kandidaterna hur patientens kateter var placerad. Patienten menade att det hade varit annorlunda om det bara hade varit sjuksköterskor och läkare från avdelningen, men när åtta

främlingar skulle titta på hans urinkateter upplevdes det som mycket kränkande och ovärdigt (26).

I Randers och Mattiasson (27) berättade en patient att han upplevde det kränkande att det förväntades att han skulle visa delar av sin kropp för en okänd person. Dock kräver vissa undersökningar eller vårdmoment att patienten måste exponera sin kropp inför främmande människor. Genom att personalen är medveten om patienternas utsatthet och arbetar för att skydda dem, kan integriteten bevaras (28, 29). Exempel på detta kunde vara att stänga dörren efter sig, informera övrig personal om att inte störa under undersökningen/vårdmomentet och att få patienterna att slappna av genom att till exempel småprata med dem (27, 29).

Andra former av integritetskränkning kunde vara att vidröras av någon annan, att personalen tog i patienterna på ett sätt som kändes obehagligt eller att personalen inte lyssnade efter hur patienterna kände (27, 30). En patient uttryckte detta tydligt genom att säga "*it hurts and the feeling that you're not treated as a human being, that it doesn't matter, you're an object*" (30 s. 124).

#### *Sjuksköterskors erfarenheter*

I en studie upplevde sjuksköterskorna exponeringen av patienters kroppar som integritetskränkande. För att bevara deras integritet och värdighet la sjuksköterskorna vikt vid att skärma av patienters sängar och att täcka kroppsdelar som inte nödvändigtvis behövde blottas vid en undersökning eller olika vårdmoment. En sjuksköterska beskrev ett exempel på detta då avdelningen var dåligt bemannad. När hon duschade en patient knackade flera kollegor på, kom in och ställde frågor till sjuksköterskan. Det var en mycket ovärdig och integritetskränkande upplevelse för patienten, som satt naken i duschen. Sjuksköterskan uttryckte att hon själv kände sig obekvämt i situationen (26).

En annan aspekt av kroppsexponeringen som sjuksköterskorna upplevde var att patienter kunde uppfatta det integritetskränkande att se sin medpatient under till exempel en såromläggning, morgontoalett eller undersökning. Även om det fanns patienter som uttryckligen sa att de inte brydde sig om ifall draperierna är fördragna, så bör hänsyn tas till eventuella medpatienter (26).

I Thorsén och Kihlgren (31) kallades den kroppsliga integriteten för *corporal self*, som enligt författarna var en av 13 kategorier av integritet. Där beskrev sjuksköterskorna att det kan vara kränkande för en patient när någon tar på dem på ett sätt som inte känns bra. Att bli tvingad att klä av sig helt eller delvis inför andra, exponera kroppen eller inte ha möjlighet att skyla sig var exempel som sjuksköterskorna gav. En annan situation som en sjuksköterska tog upp var att patienter blev sittande på toaletten med öppen dörr mot korridoren utan att personalen hade stängt den efter sig.

I annan artikel beskrev sjuksköterskorna hur kollegor som hjälpte patienter med personlig hygien betedde sig mot dem som om de var objekt, inte människor. Sjuksköterskorna vittnade också om hur personal spände fast patienter i sina rullstolar och således hindrade dem från att röra sig (30).

## Självbestämmande

### *Patienters erfarenheter*

I Teeri et al. (30) framkommer att patienterna upplevde att de inte kunde uttrycka sina önsknings på grund av att allt på boendet var strikt organiserat, och att de var tvungna att ge efter för rutiner. En patient sade *"if I've said I would like to go to sleep a bit earlier, they're a bit angry"* (30 s. 122). Flera av patienterna var upprörda över att de inte kunde välja saker som hade med deras vanliga liv att göra såsom brödsort, läggdags, morgonrutiner, tvättning eller när de skulle gå på toaletten (30). En patient beskrev hur personalen frågade om de skulle skära upp hans mat, men att de aldrig lyssnade på svaret utan bara skar upp det (32).

I Randers och Mattiasson (27) påpekade patienterna att de inte hade styrka nog att protestera mot beslut som personalen tog utan att fråga dem. De uttryckte också hur svårt det kunde vara att påverka sin omvårdnad eftersom personalen trots allt var specialister (27). När personalen tog saker för givna om patienten ledde det till att han/hon blev berövad sin valfrihet trots att han/hon hade förmågan att välja själv (29).

Flera informanter uttryckte ett behov av att delta i beslut som rörde den egna vården (28, 33). En patient poängterade att det var viktigt att få korrekt information för att kunna ta ett självständigt beslut (33). En kvinna beskrev hur hon inte fick information om aktiviteterna i sjukhuskapellet, vilket hon uttryckte en stor besvikelse över då möjligheten att delta där gick förlorad (27). Att aktivt delta i sin egen omvårdnad kan vara ett sätt att få bekräftelse (32).

I en studie beskrev patienterna hur det var att bli beroende och att det kunde hota värdigheten och integriteten på många plan (32). Att få klara sig själv och att få bestämma själv i den utsträckning det var möjligt främjade integriteten. Det var mycket kränkande att vårdpersonal utnyttjade sin makt över patienter (34).

Till kategorin självbestämmande kom också patienternas önskan om att själva få begränsa den information som sjukvården efterfrågade. Detta illustrerades tydligt i följande citat: *"it's a balance between how much they need to know to be able to provide good care...and at the same time how much information I want to share"* (28 s. 52).

### *Sjuksköterskors erfarenheter*

Att ge patienten kontroll över situationen var ett sätt att bevara patientens integritet ansåg sjuksköterskorna. Att ha kontroll innebar bland annat att delta i beslutsfattande som rörde patienten själv och hans/hennes behandling. Genom att inte prata över huvudet på patienten utan istället berätta vad som skulle ske och hur det skulle gå till, var ett sätt att låta patienten behålla kontrollen över situationen. Det gav även honom/henne valmöjligheter (26).

När patienter var för sjuka för att vara medvetna om vad som hände runt omkring dem, bidrog sjuksköterskan till självbestämmande genom att se sig själv som patientens advokat och försvara hans/hennes vilja (26).

Sjuksköterskorna beskrev hur patienters autonomi på flera sätt hindrades inom vården. Exempel på detta var rutiner för när och hur patienter skulle stiga upp på morgon, äta, duscha, ta sina mediciner, röka, gå till toaletten etc. Det kunde även handla om vad patienten skulle ha på sig eller att personalen hällde mjölk/socker i kaffet utan att fråga. En av de intervjuade i studien beskrev hur personalen klippte av håret på en patient utan

patientens medgivande, för att underlätta vårdarbetet. Det kunde också handla om att respektera patienters kulturella eller religiösa bakgrund genom att fråga om patienten ville delta i en gudstjänst (31).

Enligt Stabell och Nåden (35) handlade självbestämmande också om att patienterna fick säga stopp och bli respekterade när de inte längre orkade. Att visa respekt för sådana önsknningar var att respektera patientens personliga integritet. Genom att se patienternas behov och att tillfredsställa dem kunde sjuksköterskan upprätthålla patienternas värdighet i slutet av livet. Att respektera patienternas vilja var mycket viktigt enligt sjuksköterskorna.

## **Rätten till konfidentiell vård**

### *Patienters erfarenheter*

Det upplevdes mycket integritetskränkande för patienterna när andra kunde höra vad de sa till personalen i förtroende (27). Det framgår tydligt av följande citat: *"it's not so good when there are three other patients in the same room listening to what you say. You have to think of what you say. You can not talk about everything"* (27 s. 512).

Att bedriva konfidentiell vård handlade inte bara om att patienterna visste att det som de sa inte fördes vidare, utan också om att den information som lämnades ut enbart gavs till berörda parter. En informant beskrev hur en medpatient frågade läkaren om sina provsvar. Läkaren svarade då att de visade att han hade druckit för mycket alkohol. Efteråt blev patienten arg och sa att det var hans *"own damned business, but now you've all heard it"* (28 s. 51). Ett exempel på integritetskränkning inom ramen för konfidentiell vård var då en sjuksköterska höll ankomstsamtal i ett dagrum inför fem andra patienter (28). Ytterligare ett exempel var då personalen sa till en patient att inte gå in på ett visst rum för att patienterna där var infekterade (29).

### *Sjuksköterskors erfarenheter*

Sjuksköterskorna ansåg att det var en integritetsbevarande åtgärd att ge information enskilt. Tyvärr respekterades inte alltid rätten till konfidentiell vård, då ronderna oftast skedde i patientens rum (26).

För att upprätthålla patienters värdighet och integritet menade sjuksköterskorna att det var viktigt att ge patienterna utrymme för att känslomässigt ta in besked om till exempel diagnoser och att de tillsammans med anhöriga fick uttrycka känslor. Det var också viktigt att som sjuksköterska vara medveten om olika känslomässiga reaktioner i samtal med patienter. Ett exempel då den medvetenheten saknades var då en kirurg kom in till en patient och sa *"oh well, we're going to take your leg off. I'll see you in theatre tomorrow"* (26 s. 145) och sedan lämnade rummet. Patienten lämnades chockad i sängen med det tunga beskedet och till råga på allt hade de övriga patienterna i rummet hört hela samtalet (26).

Andra kränkande handlingar kunde vara att ställa frågor till patienter om personliga saker som inte var relevanta för omvårdnaden, information som patienterna ville hålla för sig själva. Det kunde också vara konfidentiella uppgifter som blev offentliggjorda genom att journaler låg framme så att andra kunde läsa dem, då sängen märktes med till exempel *"infektionsrisk"* eller då personal pratade om patienters privata angelägenheter när utomstående var närvarande (31).

## **Att bli sedd som en unik människa**

### *Patienters erfarenheter*

I Walsh och Kowanko (26) påpekade flera patienter hur viktigt det var att bli sedd och behandlad som en individ. De berättade hur de blivit behandlade som objekt istället för människor och hur kränkande det varit.

En patient kände sig som ett objekt när han var tvungen att statuera exempel inför en grupp studenter (26). Att bli sedd och bekräftad som en person innebar enligt patienterna att behandlas som en tänkande, kännande varelse. Genom att personal presenterade sig och berättade vad de skulle göra upplevde patienterna sig respekterade. En man berättade hur han blev upprörd när läkaren under rondan inte presenterade sig och när läkaren pratade om honom med andra i personalen (26, 28). En man kände sig kränkt när hans önskan att få en dagstidning förbisågs (27).

I tre studier framkommer exempel på hur patienterna blev sedda och bekräftade, genom att sjuksköterskan kunde förutse patientens behov och vara diskret då han/hon hjälpte en patient med personlig hygien och att hon/han småpratade med patienterna (26, 27, 33). Det var viktigt för patienterna att få uttrycka sig fritt och att bli sedda som unika personer med egna specifika behov vad gällde psykisk stimulans, hjälp att gå, andas, etc. (29, 32, 33). Det var viktigt att personalen såg patienternas kroppsliga behov, och att patienterna visste att de fick hjälp när de behövde (33). En patient beskrev hur det kändes som om han bestod av en samling organ och att ingen hade hans sociala och psykiska behov i åtanke (28). En annan patients beskrivning var att bli inskriven som sin sjukdom och upplevelsen av att det inte fanns något annat än sjukdomen som var värt att veta (27).

Integriteten kunde även kränkas när någons personliga resurser ifrågasattes. Det kunde handla om att personalen ignorerade patientens egen kunskap om sig själv, sin sjukdom eller sin behandling (27). Detta beskrevs av en patient som inte blev trodd då hon sökte vård. Hon visste att hon var sjuk, men upplevde att ingen lyssnade på henne (28, 33). En annan intervjuad kvinna berättade hur hon kände sig kränkt när läkaren ville skriva ut henne trots att hon själv inte kände sig redo (28).

En äldre informant beskrev att integriteten bevarades då personalen frågade om hennes tidigare liv och arbete. Genom att de visade intresse för henne kände hon sig bekräftad. Likaså uppfattades det som integritetsbevarande att få dela rum med en kvinna som hon hade socialt utbyte av (27). Att personalen berättade sanningen, att de lyssnade och svarade på frågor på ett förståeligt sätt ansågs också som integritetsbevarande (27, 33).

En patient kände sig obekvämt när en person ur personalgruppen gjorde sig lustig på en medpatients bekostnad. Informanten berättade att personalen gjorde sig rolig över och förlöjligade medpatienten (27).

### *Sjuksköterskors erfarenheter*

Flera av sjuksköterskorna påtalade vikten av att i alla situationer se patienten som en hel människa och inte bara som en kropp eller en sjukdom. Att vara beroende av vård innebar att bli mycket sårbar (26, 35). Det gällde även i situationer då patienter inte var vid medvetande. I exemplet där en kirurg kom in till en patient och gav besked om amputation, sågs inte patienten som en hel människa utan bara som ett sår. Detta kunde beskrivas som att patienten blev bestulen sin värdighet. Att se hela personen bakom patienten innebar att se och respektera känslor, önskingar och personlighet (26, 31).

En sjuksköterska betonade hur viktigt det var att inte prata över huvudet på patienter, att lyssna på patienter och ta det som sades på allvar (31). Att lyssna och bekräfta är viktiga sätt att hjälpa patienter att bevara sin värdighet. Sjuksköterskorna beskrev hur de såg patienter bekräftas i samtal med vårdpersonal (35). Det var också viktigt för patienter att vårdpersonalen frågade hur han/hon ville ha det vad gällde mat, dryck, rutiner m.m. Det var frågan i sig som var viktig, med den bekräftades patienten (31).

I Teeri et al. (30) beskrev sjuksköterskorna hur de upplevde att vården var så inrutad i rutiner att de glömde bort individen. Vid exempelvis personlig hygien hanterades patienter som objekt, allt gjordes enligt rutin. Sjuksköterskorna beskrev att de ibland glömde bort vad patienter bad om och tog egna beslut över patienters huvud. Patienter som hade svårt att hävda sig fick sämre vård än de som hade anhöriga som stod upp för dem.

Det fanns situationer då vårdpersonal gjorde sig lustig över patienter, exempelvis när en vuxen människa blev behandlad som en bebis eller när vårdpersonal ironiserade över hur en patient åt, pratade, såg ut eller klädde sig. Andra exempel kunde vara att bli härmad eller att få ledande frågor där det skrattades åt svaren (31).

## **Privat territorium**

### *Patienters erfarenheter*

Patienterna uttryckte ett behov av ett eget territorium där de fick en möjlighet att vara ensamma och där de kunde stänga ute personal och medpatienter, där de kunde vara osynliga och fick lugn och ro (28, 33, 34). Det kunde handla om att dra för ett draperi eller att knacka på dörren. När personal ställde frågor som var relevanta för omvårdnaden, upplevde patienterna också att det privata territoriet respekterades (28, 29). I Irurita och Williams (34) uttryckte patienterna att det kunde vara svårt att hitta andlig ro under sin sjukhusvistelse eftersom det var så mycket ljud och aktiviteter på avdelningen.

Hur personal rörde vid eller tog i patienternas tillhörigheter kunde antingen kränka eller bevara integriteten. Det kunde handla om att patienternas tillhörigheter togs om hand på ett ovärdigt sätt eller att personalen gick igenom någons ägodelar utan tillåtelse. Att patienterna kunde ha sina privata saker inlåsta på rummet och att de visste att ingen kunde leta eller titta i dem, kunde göra att det privata territoriet upprätthölls (27). En äldre kvinna beskrev hur personalen tog hennes saker och att hon då kände sig helt utelämnad. Det var som om hon själv inte räknades längre, att de inte brydde sig om henne (36).

### *Sjuksköterskors erfarenheter*

Det privata territoriet innebar den lilla privata sfär som på ett sjukhus framförallt utgörs av sängen, sängbordet och eventuellt badrummet. Sjuksköterskorna beskrev att många ur personalen inkräktade på det privata territoriet utan att fråga om lov. Exempel på detta var då draperiet runt sängen drogs bort eller då dörren öppnades utan att personalen knackat. Att se och ta i privata tillhörigheter utan tillåtelse eller att inte låta patienten ha sina saker omkring sig, som han eller hon ville var andra exempel (26, 31). Det var också enligt sjuksköterskorna viktigt att ge de närstående utrymme, vilket handlade om patienternas privata territorium. En sjuksköterska beskrev hur några närstående kom för att ta avsked av sin avlidna släkting och hur personalen ställde sängen så att de fick lite enskilt utrymme (26).

## Tid

### *Patienters upplevelser*

Tid var något patienterna nämnde som en del i ett ovärdigt bemötande. Det handlade både om för mycket och för lite tid. Att bli stressad av personal eller att det slarvades för att personalen inte hade tid, upplevdes som integritetskränkande, frustrerande och ovärdigt. En patient beskrev hur han efter duschen inte hann torka sig ordentligt om fötterna för att personalen var tidspressad (26, 34). För lite tid att ta till sig information och att bestämma sig uttryckte en annan patient som integritetskränkande (26).

En patient beskrev att han hade bett personalen kontakta hans läkare som bodde i en annan stad. Det tog över ett dygn innan något hände och patienten uppgav att han kände sig hotad. Patienten upplevde att de inte trodde att han var svårt sjuk (28).

Tidsaspekten kunde även innebära för mycket tid. Att lämnas i en korridor utan vidare information var ett exempel (26). En man beskrev hur han kände sig kränkt när han väntade på sina provsvar, utan att få någon information. Han kände sig arg eftersom personalen inte berättade för honom vad som hände (36).

När personalen kom och pratade om annat än sjukdom utan att patienten hade ringt på klockan, kände sig patienten respekterad. En informant berättade hur personalen kom och höll honom sällskap då hans rumskamrat blivit utskriven och att han upplevde det positivt. Patienterna beskrev också att de kände sig ensamma när de kom till sjukhus, att det inte fanns någon att prata med (27, 33).

## DISKUSSION

### **Metoddiskussion**

Ordet integritet översätts ordagrant med engelskans *integrity* men återfanns inte i PubMed och CINAHL som en egen kategori (37). *Privacy* var den kategori i SvenskMESH som bäst överrensstämde med integritet, då det syftade på avskildhet och privat utrymme. Liknande problem uppstod då svenskans ord omvårdnad översattes till både *nursing care* och *nursing* efter sökning i databasernas egna kategorisystem. Att rätt kategorier hittades i SvenskMESH, CINAHL Headings och PsycINFO:s Thesaurus, var betydelsefullt och kan ses som en förutsättning för en tillförlitlig artikelsökning.

Fritextorden kompletterade databasernas egna kategorier och gjorde sökningen mer specifik. I efterhand kan det konstateras att kombinationen mellan kategorier och fritextord endast gav två av de 11 artiklarna. Det som däremot genererade flest artiklar var kombinationen av två fritextord.

Det fanns en mångfald i de artiklar som valdes eftersom studierna var gjorda på olika typer av avdelningar såsom medicin, geriatrik, rehabilitering, men även på äldreboenden och vårdhem. Det ledde till att patienter i olika åldrar och med olika diagnoser kom till tals i artiklarna. Genom att lyfta fram flera konkreta situationer i omvårdnaden, där patienterna och sjuksköterskorna beskrev sina erfarenheter av integritet, framkom en tydlig bild av vad integritet är.

Eftersom syftet var att beskriva patienters och sjuksköterskors personliga erfarenheter var kvalitativa studier mest relevanta. Fem av elva studier var gjorda i Sverige (27, 28, 29, 31,



33). Ytterligare tre var gjorda i Norden (30, 32, 35). De resterande tre var gjorda i USA och Australien (26, 34, 36). Detta är relevant då samtliga länder är västerländska och jämförbara med den svenska sjukvården. Alla artiklar förutom en var gjorda senare än år 2000, vilket ökar tillförlitligheten och underlättar applicering på dagens sjukvård (31).

Det som dock kan ifrågasättas var artiklarnas underlag. Tre av artiklarna har relativt få informanter i sina studier (32, 26, 36). Studier med få informanter kan vara mer djupgående än studier med över 200 informanter. Det bör uppmärksammas att artiklarna har olika stor population vid jämförelse mellan dess resultat.

Något som är viktigt att reflektera över är att en negativ upplevelse, där de egna känslorna kränkts, många gånger lämnar ett mycket starkt intryck. Detta skulle kunna leda till att patienter har lättare att minnas integritetskränkningar snarare än situationer där integriteten bevarats, vilket i sin tur skulle kunna ge litteraturstudien ett skevt resultat.

Teeri et al. (30) och Jacelon (36) gjorde studier som utfördes på specifika avdelningar och utifrån exkluderingskriterier valde sjuksköterskorna ut de informanter som skulle delta. Hur detta urval har gått till framgår inte i någon av artiklarna, vilket måste ses som en brist då det finns en risk för sned fördelning. Sjuksköterskorna hade teoretiskt sett möjlighet att välja de patienter som de själva ansåg skulle inkluderas i studien.

Den av artiklarna som hade störst population inkluderade inte enbart legitimerade sjuksköterskor utan också undersköterskor, vårdbiträden, hemtjänstpersonal och två arbetsterapeuter. I resultatet har forskarna inte skiljt de olika personalgrupperna åt, vilket gör det omöjligt att urskilja vad som är sjuksköterskornas erfarenheter (31). Trots denna brist valdes artikeln eftersom den i hög grad var relevant för litteraturstudien. I resultatet hamnar samtliga informanter från Kihlgrens och Thorséns (31) studie under kategorin *sjuksköterskors erfarenheter*.

Av de övriga artiklarna som användes bestod informanterna enbart av patienter i fyra artiklar (27, 28, 32, 33). I en artikel utgjordes informanterna av enbart sjuksköterskor (35). I fem artiklar var det både patienter och sjuksköterskor som utgjorde urvalet (26, 29, 30, 34, 36).

Den något ojämna fördelningen av urvalet (fem artiklar med endast patienter, en artikel med endast sjuksköterskor) kan ses som en brist då patienter upptog mer utrymme i det genomgångna materialet. Totalt har ca 100 patienter och ca 60 sjuksköterskor (studien med blandad omvårdnadspersonal är ej medräknad, då det inte går att särskilja de olika professionerna) deltagit i de artiklar som användes i litteraturstudien. Det kan leda till att litteraturstudiens resultat presenterar en tydligare och bredare bild av patienters erfarenheter. För att undgå den typen av problem borde urvalet ha varit jämnare fördelat mellan patienter och sjuksköterskor. Trots en medvetenhet om detta användes artiklarna, eftersom de ansågs kunna bidra till en bra litteraturstudie.

Den övervägande majoriteten av artiklarna är baserade på intervjuer. I två av artiklarna förekommer intervjuer i kombination med observationer (27, 29). En av artiklarna är en ren observationsstudie (29). Att totalt tre artiklar har observation som datainsamlingsmetod eller delvis använder sig av det, är förmodligen mer en styrka än en svaghet. Observationer kan ses som ett komplement till intervjuer och som ett verktyg att mäta de observerade patienternas reaktioner stärker tillförlitligheten. Om uppgifterna i intervjuerna stämmer överens med det observerade materialet ökar tillförlitligheten. I analysen av samtliga artiklar har ingen tydlig skillnad funnits mellan intervju- och observationsstudierna. Snarare

har observationsstudiernas resultat bekräftat det som framkommit i intervjustudiernas resultat.

## **Resultatdiskussion**

Genom att tydligt presentera handlingar och situationer som kan bevara respektive kränka en annan människas integritet, utifrån patienters och sjuksköterskors erfarenheter har syftet med studien uppnåtts.

### *Kroppslig integritet*

I både bakgrund och resultat tas den kroppsliga integriteten upp. Sundström (12) menar att sjukvården är speciell eftersom den bryter ned integriteten för att sedan bygga upp den igen. Detta framkommer i resultatet, där patienterna och sjuksköterskorna beskrev vissa vårdhandlingar och undersökningar som för många patienter kunde upplevas integritetskränkande (27, 28, 29). Det är ofrånkomligt att vården fungerar så, vilket de flesta patienter förmodligen har förståelse för. Vad som är obegripligt är de situationer där integriteten enkelt kunde ha bevarats, men det inte gjordes. Kränkande vårdssituationer nämndes av både patienter och sjuksköterskor i många talande exempel (26-36). Att patienterna mindes och återberättade situationer där de kränkts var inte särskilt oväntat, då det var deras känslor det handlar om. Det som däremot var intressant är att sjuksköterskorna uppgav liknande situationer då patienternas integritet inte respekterats, trots att det var just sjuksköterskorna som skulle ha kunnat förhindra eller förmildra kränkningen. Sjuksköterskorna gav flera tydliga exempel på hur de erfarit att patientintegriteten kränkts av kollegor (26, 30, 31). Det här tyder på att de som i många fall bidragit till eller till och med orsakat kränkningen faktiskt varit medvetna om det. Varför existerar kränkningarna, blir den naturliga följdfrågan. Finns det hinder inom vården som gör det svårt att bevara patienters integritet?

Den kroppsliga integriteten var något som patienterna och sjuksköterskorna i hög grad hade liknande uppfattning om (26-28, 31). Båda parter tog upp den ofrivilliga exponeringen av kroppen (26, 29, 28, 31). I vissa fall är den oundviklig för att kunna bedriva god vård (28, 29). Dock tyckte patienterna att integriteten ändå kunde ha bevarats om personalen medvetet hade arbetat för att inte exponera deras kroppar mer än nödvändigt (26-28). Även beröring kan vara något som kan uppfattas negativt, enligt både patienterna och sjuksköterskorna (27, 30, 31).

Kroppen är oftast den del av människan som är försvagad när patienten kommer till sjukhuset, och att behöva hjälp för att sköta den kan vara mycket integritetskränkande (12, 32, 34). Andersson (1) skriver att integritet är ett tillstånd av helhet och när en människa drabbas av sjukdom eller skada påverkas den. Parse (15) menar att människan är mer än summan av sina delar och påtalar vikten av att se människan i sin helhet. I resultatet har det framkommit att det finns flera dimensioner av begreppet integritet (26-35, 37).

### *Självbestämmande*

Självbestämmande beskrevs som starkt knutet till integritet (1, 10). Autonomiprincipen och hälso- och sjukvårdslagen kräver respekt för självbestämmandet och integriteten (3, 10). Förutsättningen för att en patient skall kunna handla självständigt är dock att hans/hennes valmöjligheter synliggörs för honom/henne (1, 10, 12, 33).

Paterson och Zderad (14) och Parse (15) menar att människan är en del av sina val, att hon själv väljer hur hon skall bemöta de situationer hon ställs inför samt att människan är ansvarig för de val hon gör. Deras resonemang är intressant eftersom patienternas erfarenheter gav en annan bild. I resultatet framkommer hur svårt det kunde vara att som patient stå upp för sig själv eller att gå emot beslut tagna av personalen (27). Svårigheten att som patient stå upp för sin rätt var något som bekräftades av sjuksköterskorna i en studie där de beskrev hur patienter som hade svårt att hävda sin rätt fick sämre vård än andra (30). Hur kan patienten vara en del av sina val när möjligheten till fria val kompliceras av en auktoritär vård med en skev maktfördelning?

I resultatet tydliggörs att patienterna inte alltid upplevde att sjuksköterskorna visade respekt för deras självständiga val. Det framkommer att patienterna inte alltid upplevde att de fick den information som krävdes för att göra självständiga val (27, 33). Flera patienter påpekade även hur svårt det var att hävda sig i en vård som var så starkt inrutad i personalens rutiner och sjukvårdens organisation. Vissa patienter upplevde att personalen blev irriterad när de gjorde egna val som ruckade på vårdens rutiner (30). Sjuksköterskorna beskrev också hur patienters rätt att handla självständigt hindrades av personalens rutiner och sjukvårdens organisation (31). Både sjuksköterskorna och patienterna påpekade den ojämna maktbalansen mellan personal och patienter, något som kunde vara ett hinder för självbestämmande (27, 30, 31).

I bakgrunden tas patientens beroendeställning gentemot sjukvården upp. Den beskrivs som ett ojämlikt möte där patienten alltid är underlägsen personalen (12). Sjuksköterskan kan därmed antas vara den som har makt att skapa förutsättningarna för ett gott möte. Det faktum att kunskap ger makt bekräftas i resultatet både genom sjuksköterskornas och patienternas erfarenheter (27, 31). Hur skulle detta kunna förändras? Kan förhållandet mellan patient och sjuksköterska över huvudtaget bli jämlikt när sjuksköterskan besitter så mycket kompetens och erfarenhet?

Yttre och inre begränsningar tas upp i bakgrunden som hinder för patienter att handla självständigt (10). I resultatet bekräftas just detta, då patientens beroendeställning gentemot vården kan ses som en yttre begränsning. Patienternas erfarenheter var att det kunde vara svårt att påverka vården eftersom personalen var specialister på det de gjorde (27, 31).

Andersson (1) skriver att personalens uppgift är att underlätta självständiga val för patienten. Sjuksköterskorna i Kihlgrens och Thorséns (31) studie menade dock att patienters autonomi hindrades inom vården. Återigen tas den rutinstyrda vården upp som orsak. Måste vården vara så inrutad och styrd för att fungera? Borde det inte finnas utrymme att omvärdera rutiner om syftet är att underlätta för patienten?

Paterson och Zderad (14) skriver att alla individer upplever verkligheten olika. Dels genom sinnen, men även genom den sociala och kulturella bakgrunden uppfattar människan verkligheten unikt och individuellt. Detta innebär att varje människa upplever situationer och känslor olika.

Kan det då antas att patienter och sjuksköterskor alltid i någon utsträckning kommer att ha olika uppfattning om kroppen och därmed också om integriteten? Vem avgör var gränsen för den kroppsliga respektive den psykiska integriteten går och vad som upplevs som kränkande? Trots detta antagande överensstämde i stora drag sjuksköterskornas och patienternas uppfattningar om vad som var kränkande behandling (26-32, 34, 36).

### *Konfidentiell vård*

I enhet med sekretesslagen skall all information som rör patienter behandlas konfidentiellt (6). Trots detta beskrev flera patienter och sjuksköterskor situationer där konfidentiella uppgifter kom ut till obehöriga på ett eller annat sätt (26-29, 31). Flera av sjuksköterskorna i artiklarna var uppenbarligen medvetna om problemet, men ändå fortsätter patienter att kränkas. Detta är inte bara frågan om att kränka patienters integritet utan också om ett lagbrott. Frågan är vad som gör att de konfidentiella uppgifterna inte kan hållas konfidentiella? Är orsaken tidsbrist, personalbrist, lokalbrist eller okunskap? Kan det antas att sjuksköterskor inte ser tillräckligt allvarligt på frågan och då i vissa situationer ser mellan fingrarna med denna typ av överträdelser?

### *Att bli sedd som en hel och unik människa*

Sjuksköterskorna tog i flera av de analyserade artiklarna upp vikten av att se varje patient som en hel och unik människa och ge honom/henne bekräftelse genom att aktivt lyssna och vara lyhörd för patientens behov (26, 31, 35). Likaså tog patienterna upp hur viktigt det var att bli sedd och bemött som en individ. Att inte ses som ett objekt eller en samling organ utan som en hel människa med olika behov (26-29, 32, 33). Parse (15) menar att människan är mer än summan av sina delar och hon är också kritisk till att dela in patienter i olika kategorier. Hon menar också att genom sjuksköterskans närvaro i mötet bekräftas patienten. Det leder till att han/hon kan röra sig mot hälsa.

Begreppet närvaro är centralt i Patersons och Zderads (14) omvårdnadsteori. De ser närvaro som en förutsättning för välbefinnande, något som kommer naturligt och som är personligt. Närvaron gör att sjuksköterskor behandlar patienter med respekt och därigenom bekräftar dem som unika individer. Sjuksköterskorna betonade hur viktigt det var att lyssna på patienten och ta det som sades på allvar (31).

Sjuksköterskorna nämnde också vikten av att efterfråga patientens önsknings och åsikter, då detta i sig bekräftade patienten, eftersom det då faktiskt spelade roll vad han/hon tyckte (31). En förutsättning för att frågan skulle upplevas som en bekräftelse var att den som frågade hade tid att lyssna på svaret. Om så inte var fallet upplevdes frågan som en kränkning. Förmodligen är en fråga utan plats för svar mer kränkande än att inte bli tillfrågad alls. Kanske tyder detta på en medvetenhet hos personalen om att de borde fråga om och ta hänsyn till patientens vilja. I Teeri et al. (30) uttryckte sjuksköterskorna att de ibland glömde bort individen i sitt arbete, att patienter behandlades som objekt snarare än människor. På samma sätt kunde patientens behov och önsknings glömmas bort, vilket ledde till att personalen fattade beslut över deras huvuden.

Närvaron som Paterson och Zderad (14) tar upp i sin omvårdnadsteori existerade inte i de nämnda situationerna som Teeri et al. (30) tar upp. Om personalen hade varit närvarande hade antagligen patienternas vilja respekterats och uppmärksammas. För att kunna vara närvarande i mötet med patienter krävs bland annat vilja och tillgänglighet, menar Paterson och Zderad (14). Även om viljan finns, så är det svårt att som sjuksköterska vara tillgänglig för alla hela tiden. Mycket skulle förmodligen kunna förklaras med brist på tid och resurser. Eller är det bara dåliga ursäkter? Är det inte så att alla omvårdnadshandlingar borde kunna utföras integritetsbevarande? Det ena borde inte utesluta andra. Trots personalbrist, tidspress och överbeläggningar måste allt arbete kunna utföras med minsta möjliga intrång på patienters integritet. Det handlar om en medvetenhet och en strävan efter att bevara integriteten. Invanda rutiner har framkommit som ursäkt för kränkande behandling, men om det finns rutiner som kränker bör de ses över (30).

### *Styrkor respektive svagheter*

Litteraturstudiens bredd, i form av studier gjorda på olika avdelningar och med både sjuksköterskors och patienters erfarenheter, är en betydelsefull styrka. Syftet, att beskriva erfarenheter av integritet, är aktuellt för alla som arbetar inom omvårdnad och där omvårdnad bedrivs. I kompetensbeskrivningen för sjuksköterskor står det att sjuksköterskan, oavsett verksamhet och vårdform skall ha respekt för patienters autonomi och integritet (5). Arbetet inom hälso- och sjukvården är brett och mångfasetterat och innefattar många patientgrupper med olika hälsoproblem. Ändå är bevarandet av integriteten lika relevant. Så snart en människa kommer i kontakt med hälso- och sjukvården hotas integriteten och det måste all vårdpersonal vara medveten om.

I alla artiklar fanns tydliga exempel som gjorde litteraturstudiens resultat konkret och lätt att ta till sig. Både situationer som bevarat, respektive kränkt patienters integritet tas upp och det är viktigt för att bättre förstå begreppets olika dimensioner. Att resultatet ger en tydlig bild av vad patienterna respektive sjuksköterskorna har sagt och upplevt underlättar jämförelsen dem emellan och kan ses som en styrka. Jämförelsen är viktigt för att se eventuella skillnader och likheter.

En svaghet skulle kunna vara valet av artiklar till litteraturstudien. Mer än hälften av artiklarna handlade om äldres erfarenheter. På grund av det är resultatet inte lika generaliserbart än om informanternas ålder hade varit mer jämt fördelad. Detta kan ge litteraturstudien ett spretigt intryck och kan göra den svår att jämföra med andra studier. Alternativet hade varit att ändra syftet och rikta in sig på en patientgrupp. Dock kan det antas att den största andelen patienter inom vården faktiskt är äldre.

Begreppet integritet är starkt sammankopplat med begreppet värdighet. Det kan tyckas irrelevant att tre av elva artiklar faktiskt handlar om patienters och sjuksköterskors erfarenhet av värdighet. Att begreppen kan upplevas särskiljda innan sambandet tydliggjorts kan vara en svaghet.

### *Komplikationer för vården*

Vad betyder kränkande av integritet för vården och vilka följder skulle det kunna medföra? En omfattande statlig vård, som den svenska hälso- och sjukvården, skulle skadas allvarligt om förtroendet förlorades. Bland patienter som fått sin integritet kränkt i kontakten med sjukvården ökar missnöjet, vilket kan leda till förlorat förtroende. Patienters förtroende är en av de viktigaste förutsättningarna för att vården skall fungera. Ett förlorat förtroende skulle i förlängningen kunna leda till att patienter drar sig för att söka vård. Varför skulle patienter vända sig till en sjukvård som tidigare behandlat dem illa, inte trott på dem eller på något annat sätt kränkt deras integritet? Om människor inte skulle söka vård trots att de behöver, skulle det i förlängningen kunna leda till konsekvenser för samhället som helhet med till exempel fler långtidssjukskrivningar, längre väntetider på akutmottagningar och fler sjuka.

### *Ny kunskap, vidare forskning och framtid*

Vilken ny kunskap har uppsatsen bidragit med till omvårdnaden? Tidsaspekten är något som framkommit i analysen av artiklarna (26-28, 33, 34, 36). För mycket tid och för lite tid kan kränka en människa. Det som är intressant är det faktum att ingen av de intervjuade sjuksköterskorna i studierna reflekterade över huruvida nyttjande av tiden kunde vara något kränkande eller integritetsbevarande. Sjuksköterskor och patienter kan antas ha olika perspektiv på tid. Generellt anser sig sjuksköterskor ha för lite tid, medan dagarna för

patienten kan te sig oändligt långa. Detta resonemang vore intressant att bekräfta i vidare forskning.

Vidare vore det intressant att identifiera riskgrupper som är extra utsatta för integritetskränkningar. Sundström (12) menar att medvetlösa och dementa patienter är mer sårbara och därmed mer utsatta. Det kan även antas att äldre och mycket sjuka patienter är en riskgrupp eftersom de kan ha svårare att hävda sin rätt än andra. Det skulle kunna förklaras med att dagens äldre generation inte är lika medveten om sina rättigheter som den yngre och att de inte är vana att ta plats. Genom att identifiera dessa patienter som riskgrupper skulle uppmärksamheten och medvetenheten öka.

Det är viktigt att kontinuerligt föra en diskussion om hur arbetet kan förbättras, i syfte att bevara patienters integritet och värdighet. Om diskussionen kontinuerligt förs bidrar den till att alla yrkesgrupper inom vården blir mer medvetna om patienters utsatthet, vilket i sig är en skyddande faktor mot integritetskränkningar. Sjuksköterskor och i synnerhet de omvårdnadsansvariga sjuksköterskorna bör vara uppmärksamma på patienter som far illa i vården och alltid ha deras bästa för ögonen. Trots att sjuksköterskornas och patienternas erfarenheter och resonemang kring integritet till stor del sammanföll kvarstår det faktum att patienter ändå kränks i omvårdnaden. Vad är det då som bidrar till detta? Det är en fråga som vore intressant för vidare forskning och en förutsättning för att förbättra omvårdnaden.

Med en ökad medvetenhet om integritetskränkningar inom vården och med ett aktivt förändringsarbete kan mycket av problematiken komma att ändras. Detta kan leda till en trygg och individuell hälso- och sjukvård som ser och vårdar hela människan.

## Referenser

1. Andersson M. Integritet som begrepp och princip. En studie av vårdetiskt ideal i utveckling [dissertation]. Åbo: Åbo universitet; 1994.
2. Community memorial hospital, The american patient's bill of rights.  
<http://216.103.143.181/resources/nursing/patientresponsibilities.html> Tillgänglig 070910.
3. Rättsnätet, Hälso- och sjukvårdslagen.  
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19820763.HTM> Tillgänglig: 070905.
4. Wikipedia, Hälso- och sjukvårdslagen.  
<http://sv.wikipedia.org/wiki/HSL> Tillgänglig 070905.
5. Socialstyrelsen, kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska.  
<http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/33C8D178-0CDC-420A-B8B4-2AAF01FCDFD9/3113/20051052.pdf> Tillgänglig: 071024.
6. Rättsnätet, sekretesslag.  
<http://www.notisum.se/rnp/SLS/LAG/19800100.HTM#K7P2> Tillgänglig 071017.
7. Blomdahl Frej G. Integritet Etik Relationer. En studie om respekten för patientens integritet FoU nr 6. Borås/Vänersborg: Vårdhögskolan Landstinget i Älvsborg; 1992.
8. Svenska Akademin. Svenska Akademiens ordlista över svenska språket 12:e upplagan. Nordstedt: Stockholm; 1998.
9. Nationalencyklopedins Ordbok. Höganäs: Bra Böcker; 1995.
10. Stryhn H. Etik och omvårdnad. 1:a uppl. Köpenhamn: Studentlitteratur; 2007.
11. Nationalencyklopedin band 2. Höganäs: Bra Böcker; 1990.
12. Sundström P. Sjukvårdens etiska grunder. Uddevalla: Daidalos; 1996.
13. Nationalencyklopedin band 9. Höganäs: Bra Böcker; 1992.
14. Paterson J, Zderad L. Humanistic Nursing. Northport, New York: John Wiley&Sons; 1976.
15. Parse R. Man-Living-Health: A theory of nursing. New York: John Wiley&Sons; 1981.
16. Rooke L. Omvårdnad – teoretiska ansatser i praktisk verksamhet. 2 uppl. Stockholm: Liber; 1997.
17. Sjölenius B. Hälso- och sjukvårdsrätt del II Patienten i hälso- och sjukvården. Lund: Studentlitteratur; 1989.
18. Walter G. Bonniers Synonym Ordbok. Bonnier: Stockholm; 1991.

19. Edlund M. Människans värdighet: ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen. [dissertation] Åbo: Åbo Akademi; 2002.
20. Göteborgs universitet, databaser/artiklar: PubMed/Medline.  
<http://www.ub.gu.se/sok/databaser/sok/detaljvy.xml?id=127> Tillgänglig 070928.
21. Göteborgs universitet, databaser/artiklar: CINAHL.  
<http://www.ub.gu.se/sok/databaser/sok/detaljvy.xml?id=782> Tillgänglig 070928.
22. Göteborgs universitet, databaser/artiklar: PsycINFO.  
<http://www.ub.gu.se/sok/databaser/sok/detaljvy.xml?id=293> Tillgänglig 070928.
23. National Center for Biotechnology Information, MeSH.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=mesh> Tillgänglig 071022.
24. Karolinska institutet, MeSH sökverktyg.  
[http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh\\_se.cfm](http://mesh.kib.ki.se/swemesh/swemesh_se.cfm) Tillgänglig 071022.
25. Vård i Norden, sökmotor.  
<http://www.artikel.nu.ezproxy.ub.gu.se/Public/Main.aspx> Tillgänglig 071022.
26. Teeri S, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nurs Ethics* 2006;13(2):116-28.
27. Randers I, Mattiasson A-C. The experiences of elderly people in geriatric care with special reference to integrity. *Nurs Ethics* 2000;7(6):503-519.
28. Stabell A, Nåden D. Patients' dignity in a rehabilitation ward: ethical challenges for nursing staff. *Nurs Ethics* 2006;13(3):236-48.
29. Irurita V, Williams A. Balancing and compromising: nurses and patients preserving integrity of self and each other. *Int J Nurs Stud* 2001;38(5):579-89.
30. Randers I, Mattiasson A-C. Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity. *J Adv Nurs* 2004;45(1):63-71.
31. Stabell A, Lindström U. Mot opplevelse av integritet og verdighet – en streben og strid? *Vard Nord Utredl Forsk* 2003;23(4):29-34.
32. Widäng I, Fridlund B. Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients. *J Adv Nurs* 2003;42(1):47-56.
33. Walsh K, Kowanko I. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *Int J Nurs Pract* 2002;8:143-51.
34. Kihlgren M, Thorsén H. Violation of the patient's integrity, seen by staff in long-term care. *Scand J Caring Sci* 1996;10:103-107.
35. Hallström I, Elander G. Needs during hospitalization: definitions and descriptions made by patients. *Nurs Ethics* 2001;8(5):409-18.



36. Jacelon C. Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders. *J Adv Nurs* 2004;46(5):549-57.

37. Norstedts stora svensk - engelska ordbok. 2 uppl. Stockholm: Norstedts Förlag; 1993.

## Bilaga I. Artikelsammanställning

Referens nr: 26  
Titel: Nurses' and patients' perceptions of dignity  
Författare: Ken Walsh och Inge Kowanko  
Syfte: Att visa patienters och sjuksköterskors uppfattning av värdighet, formulera en definition av värdighet baserad på patienters och sjuksköterskors erfarenheter och att identifiera de omvårdnadssituationer där sjuksköterskor bevarar eller kränker patienters värdighet.  
Metod: Begreppet värdighet undersöktes fenomenologiskt genom patienters och sjuksköterskors erfarenheter. De ombads beskriva situationer då integriteten hos patienten antingen hade bevarats eller kränkts. Intervjuerna spelades in och varade inte mer än 30 minuter.  
Urval: Fyra sjuksköterskor och fem patienter intervjuades. Informanterna rekryterades genom informationsblad där frivilliga deltagare söktes. Lappar med information sattes upp på olika avdelningar på ett stort sjukhus.  
Tidskrift: International Journal of Nursing Practise  
Tryckår: 2002  
Antal referenser: 18  
Land: Australien

---

Referens nr: 27  
Titel: The experience of elderly people in geriatric care with special reference to integrity  
Författare: Ingrid Randers och Anne-Cathrine Mattiasson  
Syfte: Syftet var att få en ökad förståelse för äldre patienters erfarenheter, med speciell hänsyn till integritet.  
Metod: Kvalitativa intervjuer användes för att samla in data från patienterna. Deltagande observation användes även för att initialt få en bild av vårdgivarnas integritetsbevarande och integritetskränkande beteende.  
Urval: Urvalet bestod av 12 patienter mellan 70-91 år, nio kvinnor och tre män. Samtliga hade varit inskriva på en geriatrisk vårdavdelning, men vid tidpunkten för intervjuerna var de utskrivna till sina hem. Observationerna genomfördes av en av författarna och ägde rum på de två avdelningar varifrån informanterna rekryterats. Observationerna innefattade dagliga aktiviteter och omfattade mer än 20 timmar.  
Tidskrift: Nursing Ethics  
Tryckår: 2000  
Antal referenser: 30  
Land: Sverige

---

Referens nr: 28  
Titel: Self-respect, dignity and confidence: conceptions of integrity among male patients  
Författare: Ingrid Widäng och Bengt Fridlund  
Syfte: Syftet med studien var att beskriva hur manliga patienter föreställer sig integritet.  
Metod: En kvalitativ intervjustudie med fenomenologisk ansats  
Urval: Urvalsgruppen bestod av 17 manliga patienter, som alla var födda i Sverige och hade svenska som modersmål. Urvalet var strategiskt valt beroende på ålder, utbildning, upplevelse av vården m.m. Medelåldern i gruppen var 53 år. Tio av informanterna hade vårdats på kirurgiska avdelningar och de övriga på medicinska.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
Tryckår: 2002  
Antal referenser: 40  
Land: Sverige

---

Referens nr: 29  
Titel: Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity  
Författare: Ingrid Randers och Anne-Cathrine Mattiasson  
Syfte: Syftet var att få en djupare förståelse för relationen mellan autonomi och integritet i interaktionen mellan vårdpersonal och patienter i autentiska vårdssituationer.  
Metod: Studien är en observationsstudie med en deduktiv resultatanalys. Observationerna genomfördes vid två tillfällen med sex månaders mellanrum. Totalt 94 timmars observation, både dag och natttid genomfördes. Observatörerna deltog i vissa enklare vårdmoment för att minska patienternas och personalens känsla av att vara iakttagna.  
Urval: Studien utfördes på två medicinkirurgiska rehabiliteringsavdelningar med plats för 30 patienter på vardera avdelningen.  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
Tryckår: 2003  
Antal referenser: 43  
Land: Sverige

---

Referens nr: 30  
Titel: Long-Term Nursing Care of Elderly People: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland.  
Författare: Sari Teeri, Helena Leino-Kilpi och Maritta Välimäki  
Syfte: Studiens syfte var att undersöka etiska problemsituationer i äldrevården.  
Metod: En kvalitativ studie där patienterna intervjuades och anhörig och sjuksköterskor fick skriftligt lämna in sina redogörelser. Resultatet analyserades induktivt.  
Urval: Urvalet bestod av 10 patienter med en medelålder på 79 år. De valdes ut av sjuksköterskor på ett äldreboende i Finland. Inklusionskriterierna var att personerna skulle vara över 65 år, ha vistats på sjukhus i minst tre månader, vara orienterade till tid och rum, kunna diskutera vardagliga angelägenheter på ett enhetligt sätt samt ge sitt medgivande till att delta. Därutöver deltog sjuutton anhöriga och nio sjuksköterskor i studien. Anhöriga som under ett visst tidsintervall besökte avdelningen tillfrågades om de ville delta i studien. Alla sjuksköterskor som arbetade på avdelningen under samma period tillfrågades också om de ville delta i studien.  
Tidskrift: Nursing Ethics  
Tryckår: 2006  
Antal referenser: 37  
Land: Finland  
Referens nr: 31  
Titel: Violation of the Patient's integrity, Seen by Staff in Long-Term Care  
Författare: Mona Kihlgren och Håkan Thorsén  
Syfte: Syftet med studien var att vårdpersonal inom äldrevården beskrev kränkande handlingar mot patienters integritet samt att de fick beskriva begreppet integritet i enkla termer.  
Metod: En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats.  
Urval: Urvalet bestod av totalt 233 personer som alla arbetade inom äldrevården, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter, personliga assistenter m.fl. De var i åldrarna 19-56 år och hade arbetat inom sjukvården från <1 år och upp till 20 år.  
Tidskrift: Scandinavian University Press  
Tryckår: 1996  
Antal referenser: 27  
Land: Sverige

---

Referens nr: 32  
Titel: Mot opplevelse av integritet og verdighet - en streben og strid?  
Författare: Aase Stabell och Unni Å. Lindström  
Syfte: Syftet med studien var att beskriva och diskutera meningsfulla upplevelser som uppkommer genom samtal med boende på ett vårdhem i Norge.  
Metod: En intervjustudie med hermeneutisk ansats med förankring i Gadammers hermeneutik.  
Urval: I studien intervjuades fem boende mellan 80 och 96 år från tre olika avdelningar på ett vårdhem i Osloregionen.  
Tidskrift: Vård i Norden  
Tryckår: 2003  
Antal referenser: 14  
Land: Norge

---

Referens nr: 33  
Titel: Needs During Hospitalization: definitions and descriptions made by patients  
Författare: Inger Hallström och Gunnel Elander  
Syfte: Syftet med studien var att en grupp patienter fick identifiera begreppet "behov", beskriva deras egna behov under sjukhusvistelsen samt beskriva hur de försäkrade sig om att deras behov blev tillfredställda.  
Metod: En intervjustudie med induktiv resultatanalys.  
Urval: Patienterna kom från sex avdelningar, tre kirurgiska och tre medicinska, på ett universitetssjukhus i Sverige. Inklusionskriterierna var att förstå svenska och att intervjuerna inte på något sätt hindrades av det fysiska och psykiska tillståndet. De dagar som intervjuaren var på avdelningen frågade den ansvariga sjuksköterskan de patienter som passade in på kriterierna om de var intresserade att vara med i studien. De fick information både skriftligt och muntligt. När patienterna hade gett sitt godkännande genomfördes intervjuerna. Totalt deltog 20 patienter i studien.  
Tidskrift: Nursing Ethics  
Tryckår: 2001  
Antal referenser: 28  
Land: Sverige

---

Referens nr: 34  
Titel: Balancing and compromising: nurses and patients preserving integrity of self and each other  
Författare: Vera F. Irurita och Anne M. Williams  
Syfte: Att undersöka interaktionen mellan sjuksköterskor och patienter i deras strävan efter en god omvårdnad.  
Metod: Grounded theory användes och i utveckling av den ingick relaterade data från två tidigare studier. Data samlades under 13 månader genom djupintervjuer och korta uppföljningsintervjuer.  
Urval: Totalt deltog 22 sjuksköterskor och 23 patienter. Hälften av deltagarna kom från samma sektion inom ett sjukhus, men totalt samlades data in från informanter med erfarenheter från många olika arbetsområden.  
Tryckår: 2001  
Tidskrift: International Journal of Nursing Studies  
Antal referenser: 20  
Land: Australien

---

Referens nr: 35  
Titel: Patients' Dignity in a Rehabilitation Ward: ethical challenges for nursing staff  
Författare: Aase Stabell och Dagfinn Nåden  
Syfte: Att undersöka de utmaningar som omvårdnadspersonal möter på en rehabiliteringsavdelning.  
Metod: Kvalitativ intervjustudie, där intervjuerna, som gjordes i grupp, fokuserade på relationen mellan sjuksköterskor och patienter och de utmaningar som det innebär att bevara patienters värdighet och integritet.  
Urval: Fyra grupper med 5-6 sjuksköterskor i varje, utgjorde urvalet. Alla sjuksköterskorna kom från samma rehabiliteringsavdelning.  
Tryckår: 2006  
Tidskrift: Nursing Ethics  
Antal referenser: 23  
Land: Norge

---

Referens nr: 36  
Titel: Managing personal integrity: the process of hospitalization for elders  
Författare: Cynthia S. Jacelon  
Syfte: Att belysa äldre människors erfarenheter av att vara på sjukhus och vad det innebar, samt att utveckla en teori som förklarade den sociala process som de genomgick under vårdtiden.  
Metod: Kvalitativ intervju- och observationsstudie. Intervjuer hölls med patienter, sjuksköterskor och anhöriga. Observationerna gjordes på avdelningen där patienterna låg.  
Urval: Totalt intervjuades fem patienter, fyra anhöriga och sex sjuksköterskor. Patienterna rekryterades av personal under utskrivningen. De anhöriga som deltog valdes ut av patienterna. Sjuksköterskorna kom från samma avdelning som patienterna.  
Tryckår: 2004  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
Antal referenser: 41  
Land: USA

---

## Bilaga II. Tabell över artikelsökningarna

### CINAHL

Kategori/sökord (datum för sökningen)	Antal funna artiklar	Antal lästa sammanfattningar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
<b>nursing care + dignity</b> (070913)	3	3	0	0
<b>nursing care + integrity</b> (070913)	7	7	2	1 (artikel: 33)
<b>integrity + dignity</b> (070913)	11	9	6	4 (artikel: 29, 28, 30, 36)
<b>integrity + nursing care</b> (070913)	32	9	8	5 (artikel: 28, 30, 33, 34, 36)
<b>integrity + violation</b> (070913)	5	1	1	1 (artikel: 31)
<b>dignity + nursing</b> (070914)	132	21	7	5 (artikel: 26, 28, 29, 35, 36)

### PubMed

Kategori/sökord (datum för sökningen)	Antal funna artiklar	Antal lästa sammanfattningar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
<b>nursing care + privacy</b> (090713)	61	5	0	0
<b>nursing care + dignity +patient</b> (070913)	91	17	3	1 (artikel: 29)
<b>integrity + dignity</b> (070914)	24	7	4	3 (artikel: 29, 28, 36)
<b>integrity + violation</b> (070914)	4	1	1	1 (artikel: 31)

### PsycINFO

Kategori/sökord (datum för sökningen)	Antal funna artiklar	Antal lästa sammanfattningar	Antal lästa artiklar	Antal valda artiklar
<b>integrity + nursing</b> (070914)	3	2	2	1 (artikel: 34)
<b>integrity + dignity</b> (070914)	0	0	0	0
<b>integrity + violation</b> (070914)	0	0	0	0

De sökord som markeras med fet stil är de s.k. kategoriorden i respektive sökmotor, de övriga är fritextord. Flera av artiklarna återkommer i de olika sökningarna vilket anges i tabellen.



### Bilaga III. Resultatets rubriker och underteman

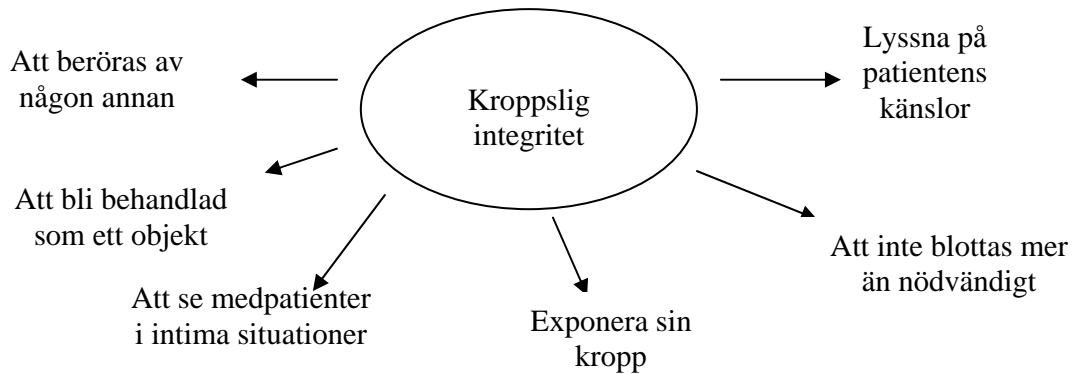


Fig. 1. Underteman till rubriken "kroppslig integritet" handlar mycket om kroppsexponering, men även om känslor och beröring, vilket framgår av figuren.

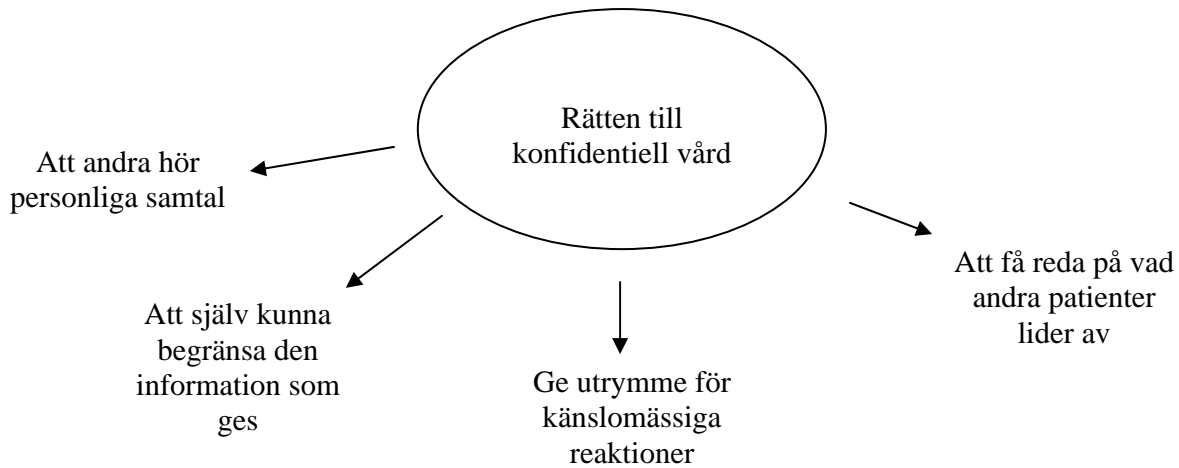


Fig. 2. Konfidentiell vård handlar inte bara om sekretesslagen, vilket framkommer i figuren ovan.

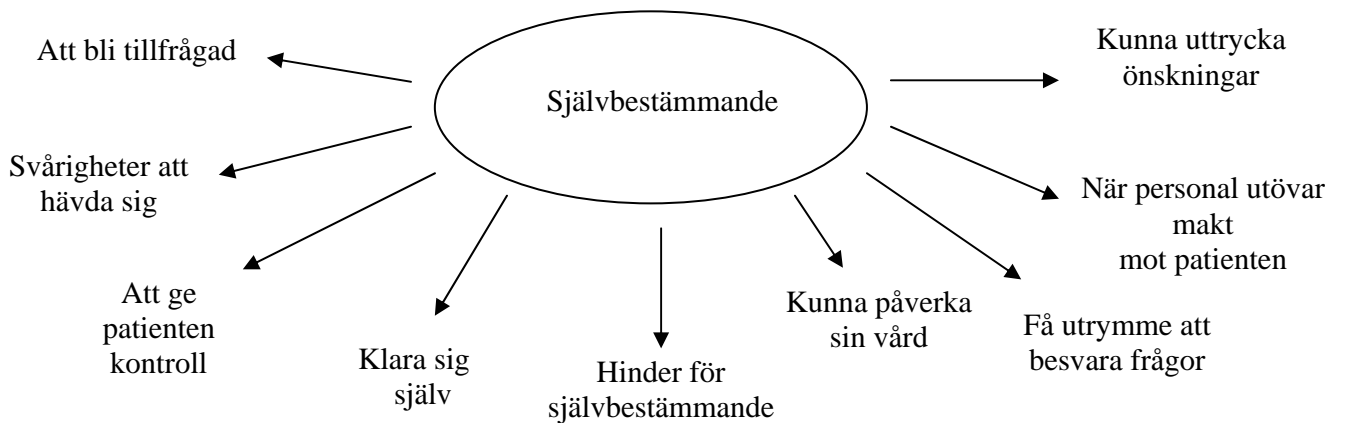


Fig.3. Både det som hämmar och främjar patienters självbestämmande redovisas under denna rubrik, som är bred och innehåller många underteman.

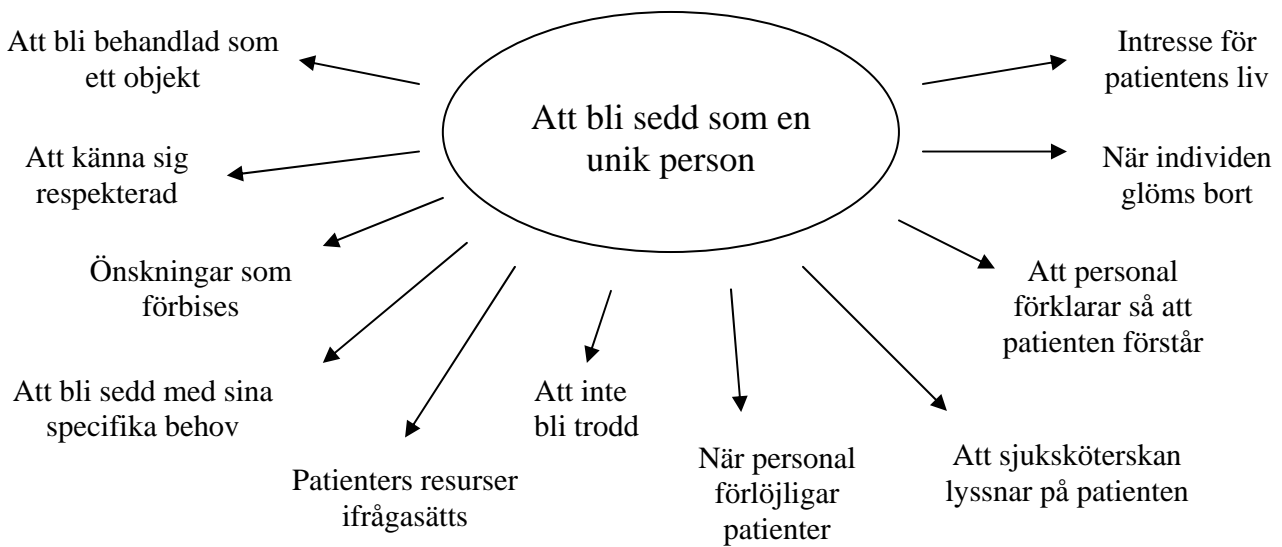


Fig. 4. Att bli sedd som en unik person handlar mycket om att bli bekräftad och respekterad, men motsatsen då patienternas integritet kränks framkom även i flera exempel som också redovisas under denna rubrik.

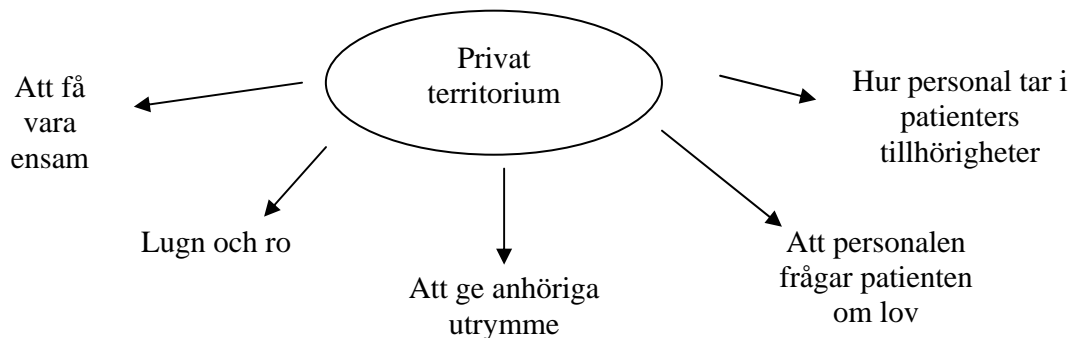


Fig. 5. Det privata territoriet har många aspekter som alla bottnar i respekten för patientens integritet.

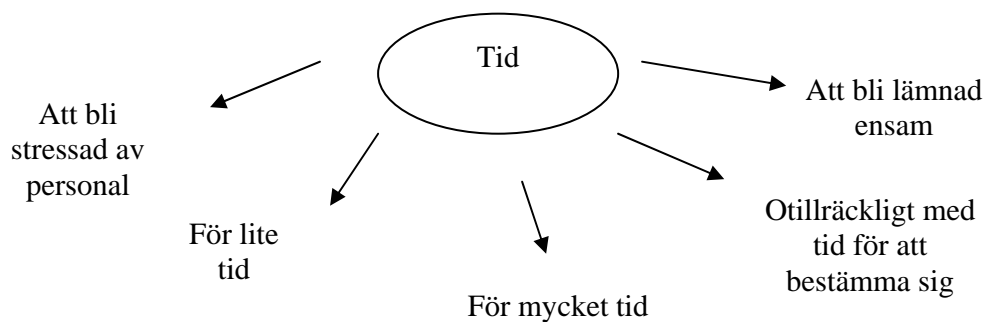


Fig. 6. Tid var en dimension av integritet som nämndes av patienterna. Det kunde både innebära för mycket och för lite tid.