Examensarbete kandidatnivå
Patientens upplevelse av delaktighet i omvårdnad

En litteraturöversikt
The patient’s experience of participation in nursing care

Författare: Erica Börjes-Andersson & Ida Fjärdsmans
Handledare: Anncarin Svanberg
Examinator: Jan Florin
Ämne/huvudområde: Omvårdnad
Kurskod: VÅ2022
Poäng: 15 hp
Examinationsdatum: 161213

Vid Högskolan Dalarna finns möjlighet att publicera examensarbetet i fulltext i DiVA. Publiceringen sker open access, vilket innebär att arbetet blir fritt tillgängligt att läsa och ladda ned på nätet. Därmed ökar spridningen och synligheten av examensarbetet.

Open access är på väg att bli norm för att sprida vetenskaplig information på nätet. Högskolan Dalarna rekommenderar såväl forskare som studenter att publicera sina arbeten open access.

Jag/vi medger publicering i fulltext (fritt tillgänglig på nätet, open access):
Ja ☒
Nej ☐
Sammanfattning

Bakgrund: Enligt svensk lagstiftning har patienten en laglig rätt att vara delaktiv i sin vård. Detta betyder också att sjuksköterskan har en skyldighet gentemot patienten att göra hon delaktiv. Trots denna rättighet upplever patienter att de ibland inte ges möjlighet till att vara delaktiga.

Syfte: Syftet med den här studien är att beskriva patientdelaktivitet och sjuksköterskans möjlighet att främja respektive hindra patientens upplevelse av delaktivitet.


Konklusion: Studier visar att patienten upplever att det finns hinder för att upprätthålla patientdelaktivitet samt att sjuksköterskans förhållningssätt har betydelse för patientens upplevelse av delaktivitet.

Nyckelord: omvårdnad, patientdelaktivitet, personcentrerad vård, sjuksköterska-patient relation, upplevelse.
Abstract

Background: According to Swedish law, patients have a legal right to be involved in their care. This also means that the nurse has a obligation towards the patient to make her/him involved. Despite this right, patients feels that they are not given the opportunity to be involved in their care.

Aim: The aim of this study is to describe patient participation and nurses opportunity to promote and prevent the patient’s experience of participation.

Method: The study is a literature review whose results are based on ten scientific articles published between the years 2005-2016.

Results: The patient believes it is important that the nurse give the opportunity towards the patient to express themselves and be informed about the care situation. Through this the patient was given the opportunity to be involved. Patients want to be seen and heard, and seen as an equal partner in care. This requires an established relationship between nurse and patient.

Conclusion: Studies show that patients find that there are obstacles to maintain patient participation and that the nurse’s approach is relevant to the patient’s experience of participation.

Keywords: experience, nurse-patient relation, nursing care, patient-centred care, patient participation.
Innehållsförteckning

INLEDNING ................................................................................................................. 1

BAKGRUND ............................................................................................................... 1
  PATIENTDELAKTIGTET............................................................................................. 1
  PERSONCENTRERAD VÅRD ................................................................................... 2
  SJUKSKÖTERSKANS ANSVAR ............................................................................. 2
  TEORETISK UTMÄNGSPUNKT .............................................................................. 3
  PROBLEMFORMULERING ....................................................................................... 3
  SYFTE ..................................................................................................................... 4
  FRÅGESTÄLLNINGAR .............................................................................................. 4
  DEFINITION AV CENTRALE BEGREPP ................................................................ 4
    Personcentrerad vård ............................................................................................ 4
    Patientdelaktighet ................................................................................................ 4

METOD ...................................................................................................................... 4
  DESIGN ................................................................................................................... 4
  URSÄL ..................................................................................................................... 4
    Tabell 1. Databassökning ...................................................................................... 5
    Inklusionskriterier ............................................................................................... 6
    Exklusionskriterier ............................................................................................... 6
  VÄRDERING AV ARTIKLARNAS KVALITET ............................................................ 6
    Tabell 2. Gradering av artikelkvalité .................................................................. 6
  TILLVÄGAGÅNGSSÄTT ........................................................................................... 6
  ANALYS OCH TOLKNING AV DATA ..................................................................... 7
  ETISKA ÖVERVÄGANDEN ..................................................................................... 7

RESULTAT ............................................................................................................... 7
  Tabell 3. Kategorier ............................................................................................... 8
  PERSONENTRERAD VÅRD ................................................................................... 8
  PATIENTDELAKTIGTET ........................................................................................... 8
    Relationen mellan sjuksköterska och patient ...................................................... 9
    Bristande relation mellan sjuksköterska och patient ...................................... 10
    Kunskaps- och informationsutbyte ................................................................... 10
    Bristande kunskaps- och informationsutbyte .................................................. 11
    Egenvård ............................................................................................................ 12
    Egenvårds hinder ............................................................................................... 12
    Makt, kontroll och ansvar – en fördelning mellan sjuksköterska och patient ... 13

DISKUSSION ............................................................................................................. 13
  SAMMANFATTNING HUVUDRESULTAT ................................................................ 13
  RESULTATDISKUSSION ......................................................................................... 14
  METODDISKUSSION ............................................................................................. 16
  ETIKDISKUSSION .................................................................................................. 18
  KLINISK BETYDELSE FÖR SAMHÄLLET ............................................................. 18
  FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING .................................................................. 19
  SLUTSATS ............................................................................................................. 19

REFERENSER ......................................................................................................... 20

BILAGOR
  BILAGA 1
    Resultattabell
  BILAGA 2
  Granskningssmall för kvalitetsbedömning: kvalitativa studier
BILAGA 3
Granskningsmall för kvalitetsbedömning: kvantitativa studier
Inledning

Dagens vård upplevs stressig ur både personal- och patientperspektiv, vilket innebär att samspelet mellan parterna ibland inte fungerar på det sättet som eftersträvas, som till exempel att göra patienten mer delaktig i sin vård. För att patienten ska känna trygghet och förtroende för sjuksköterskan har samspelet mellan parterna stor betydelse för vårdkvalitén. Under utbildningen, såväl i skolan som under praktikperioder, har uppsatsförfattarna kommit i kontakt med begreppet patientdelaktighet och fått en inblick i hur viktigt detta är i vårdandet av patienter med ohälsa och/eller sjukdom. Utifrån de erfarenheter uppsatsförfattarna har fått, har de sett att det ibland kan vara svårt att göra patienten delaktig.

Bakgrund

Den 1 januari 2015 trädde Patientlagen (SFS 2014:821, 1 §) i kraft vars syfte är att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. 90 % av patienterna anser att det är viktigt att få vara delaktig och få möjlighet till att påverka utformningen av vård och behandling (Myndigheten för vårdanalys, 2015). En undersökning som Myndigheten för vårdanalys (2015) gjorde kring patientlagen visade att omkring 15 % av patienterna upplevde att de sällan eller aldrig fått vara delaktiga i sin vård och menade också att det inte alltid välkomnas från vårdens sida att faktiskt vara delaktig. Det är därför av vikt att sjuksköterskan bjuder in patienten till att vara delaktig men också att patienten själv vill vara det (a.a.).

Patientdelaktighet

Begreppet patientdelaktighet saknar en tydlig definition (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2009), men en kortfattad definition finns utarbetad av Medical Subject Headings (MeSH) (Karolinska Institutet, 2016) som definierar patientdelaktighet som en patients involvering i beslutsfattandeprocessen i frågor som rör hälsan. Försöksattningar för att vara delaktig i beslut och få möjligheten att uttrycka sin egen vilja ska ges till patienten (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], SFS 1982:763, 2 §). Patientdelaktighet ger ökad motivation hos patienten till att förbättra sitt tillstånd och följa aktuell medicinering vilket bidrar till förbättrad vård och behandlingsresultat samt ökad tillfredsställelse (Sahlsten et al., 2009;
Hamlin, Jemsson, Rahm & Henricson 2013). I mötet med patienten bör sjuksköterskan se patienten som jämlik partner och genom att ta ett steg tillbaka kan sjuksköterskan överlämna makt och kontroll till patienten (a.a.).

**Personcentrerad vård**

Personcentrerad vård innebär att patienten är i centrum, att hen blir respekterad och bekräftad i sin situation. Patienten ska ses som en jämlik och värdefull partner i omvårdnaden (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a). I Hamlin et al. (2013) studie upplevde patienten stor frustration i att bli sedd som sjukdomen och inte som en individ med symtom. En förutsättning för personcentrerad vård är att utgå från patientens egen berättelse om sin situation. Genom detta kan sjuksköterskan tillsammans med patienten planera vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2016b). Detta kan då leda till att patienten upplever trygghet, delaktighet, ökad kunskap och känner sig mer säker i vården (Hamlin et al., 2013).

**Sjuksköterskans ansvar**

(a.a.). Om patientens egenvårdsförmåga är reducerad ligger det i sjuksköterskans ansvar att stödja och balansera de resurser patienten har till sitt förfogande samt att balansera individens självbestämmande utifrån dennes nuvarande fysiska och psykiska status (George, 2010). I sin helhet innebär det att sjuksköterskan har en skyldighet att tydliggöra och stärka patientens ställning i vården (SFS 2014:821, 1 §).

**Teoretisk utgångspunkt**


**Problemformulering**

Patientdelaktighet är viktigt för att möjliggöra för sjuksköterskan att kunna möta de omvårdnadsebehov som patienten har (Sahlsten et al., 2009). Trots lagstiftning om patientdelaktighet (SFS 2014:821) fortsätter detta vara ett problem inom vården där flera patienter inte får vara tillräckligt delaktiga i sin vård i den utsträckning som de önskar. Det är därför av vikt att belysa patientdelaktighet i omvårdnadssammanhang i enlighet med rådande svensk lagstiftning samt för att
tydliggöra för sjuksköterskan att delaktighet är en del i sjuksköterskans ansvarsområde.

Syfte
Syftet med föreliggande litteraturöversikt var att utifrån vetenskaplig litteratur beskriva patientdelaktighet och sjuksköterskans möjlighet att främja respektive hindra patientens upplevelse av delaktighet.

Frågeställningar
- Hur kan sjuksköterskan främja respektive hindra patientdelaktighet?
- Hur upplever patienten delaktighet i sin vård?

Definition av centrala begrepp

*Personcentrerad vård*

*Patientdelaktighet*
Patientdelaktighet är synonymt med patientsamverkan och patientinvolvering (Sahlsten et al., 2009). I detta arbete används begreppet patientdelaktighet (uppsatsförfattarnas definition).

Metod

Design
Denna studie genomfördes som en litteraturöversikt där syftet var att skapa en översikt över ett område inom omvårdnad (Friberg, 2012).

Urval
Databaser som användes var Cinahl, PubMed samt en manuell sökning. Tillsammans med detta användes lagar, broschyrer samt litteratur som var relevant för området. Svenska MeSH användes som hjälp för att få fram relevanta sökord. Sökorden som användes var: *participation, self care, nursing care, patient, patient*
participation, nurse-patient relations, non-participation, patients, quality of health care, hospital, patient attitudes, nurse, focus group, child*, nursing assessment, decision making, qualitative research, user involvement (tabell 1). För att avgränsa sökningarna har begränsningar gjorts till engelska samt år 2005-2016. Booleska operatorer som användes var AND och NOT.

**Tabell 1. Databassökning**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Databas</th>
<th>Sökord</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Antal lästa abstrakt</th>
<th>Antal lästa artiklar</th>
<th>Antal utvalda artiklar till resultat (n=10)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Participation AND self care AND nursing care AND patient</td>
<td>7977</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Patient participation AND self care AND nurse-patient relations</td>
<td>10,934</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Non-participation AND patient</td>
<td>124</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Patient participation AND nursing care AND nurse AND focus group</td>
<td>10,951</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Cinahl</td>
<td>Nursing care AND patient attitudes AND patient participation</td>
<td>96,251</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Nursing care AND patients AND quality of health care AND patient participation</td>
<td>206,688</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Nursing care AND quality of health care AND patient participation</td>
<td>207,847</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Patient participation AND hospital AND patient attitudes AND nursing care</td>
<td>22,270</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Nurse-patient relations AND participation AND decision making AND qualitative research</td>
<td>12,646</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>PubMed</td>
<td>Patient participation AND nurse AND nursing care AND user involvement</td>
<td>22,369</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Manuell sökning</td>
<td>They do what they think is the best for me“ Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization.</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Inklusionskriterier
Artiklar presenterar data från både kvinnliga och manliga patienter vilka vårdats på en vårdavdelning på sjukhus inkluderades i föreliggande arbete. Data med perspektiv från både sjuksköterskor och patienter har inkluderats. Innehållet i artiklarna ska ha fokus på patientdelaktighet och att det är centralt för studien. Kvalitativa och kvantitativa artiklar har inkluderats.

Exklusionskriterier
Artiklar med barn under 18 år samt där patienter med någon form av kognitiv nedsättning förekom har exkluderats. Artiklar som inte uppfyllde minst 60 % av kvalitetsgranskningen exkluderades (Bilaga 2; Bilaga 3).

Värdering av artiklarnas kvalitet
Artiklarna har kvalitetsbedömts med hjälp av en granskningsmall som Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, (2016) presenterar för att granska och bedöma det vetenskapliga värdet i artiklarna, som också fanns att tillgå via Högskolan Dalarna i en modifierad version. Besvarades frågan med ett ja gav detta 1 poäng och besvarades den med ett nej gav detta 0 poäng (Bilaga 2; Bilaga 3). Utifrån hur många poäng artikeln fick räknades procenten ut som sedan visade av vilken kvalité artikeln var (tabell 2) (Forsberg & Wengström, 2016). En av artiklarna var både kvalitativ och kvantitativ och vid granskning av denna användes frågor från både den kvalitativa- och kvantitativa granskningsmallen. Den kombinerade granskningsmallen gav en maxpoäng på 29 och artikeln fick 24 ja och 5 nej vilket gav 83 %.

Tabell 2. Gradering av artikelkvalité

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gradering</th>
<th>Procent %</th>
<th>Antal poäng, kvalitativ artikel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Låg</td>
<td>0-59%</td>
<td>0-14 poäng</td>
</tr>
<tr>
<td>Mellan</td>
<td>60-79 %</td>
<td>15-19 poäng</td>
</tr>
<tr>
<td>Hög</td>
<td>80-100 %</td>
<td>20-25 poäng</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tillvägagångssätt
Ett möte med en av Högskolan Dalarnas bibliotekarier bokades för att få stöd med att välja relevanta sökord utifrån valt ämne samt i hanteringen av sökdbaser. Båda uppsatsförfattarna har tillsammans och var för sig sökt och läst artiklar som

**Analys och tolkning av data**
Analys och tolkning av data genomfördes utifrån de steg som Friberg (2012) presenterade. De artiklar som inkluderats i arbetet lästes igenom flera gånger av båda uppsatsförfattarna för att få en korrekt uppfattning av data för att minska risken för missförstånd och att egna åsikter och värderingar påverkade resultatet av arbetet. Vidare i analysen och tolkningen identifierades skillnader och likheter i de artiklar som tagits fram och utifrån dessa fynd sorterades materialet in i kategorier och underkategorier med hjälp av färgkodning.

**Etiska överväganden**
De flesta artiklarna hade ett etiskt godkännande till genomförd studie. I tre av de valda artiklarna har författarna till studien motiverat till varför ett godkännande av en etisk kommitté inte ansåg behövas. De har styrkt detta i form av riktlinjer och lagstiftning vilket uppsatsförfattarna accepterat som motivering och därför valt att ta med artiklarna i uppsatsen. Tillförlitligheten till artiklarna stärks även genom att de tidskrifter som har publicerat dem kräver etiskt ställningstagande för att publicera artiklar. Genom uppsatsskrivandet har uppsatsförfattarna haft ett objektivt förhållningssätt. Detta har inneburit att översättningar av artiklarna gjorts på ett så korrekt sätt som möjligt med utelämnande av uppsatsförfattarnas egna åsikter (Forsberg & Wengström, 2013).

**Resultat**
Resultatet baseras på tio vetenskapliga artiklar från studier som genomförts i Sverige och Australien mellan år 2005-2016. Studierna har genomförts på sjukhus

**Tabell 3. Kategorier**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Huvudkategori</th>
<th>Underkategori</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Personcentrerad vård</td>
<td>Relationen mellan sjuksköterska och patient</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bristande relation mellan sjuksköterska och patient</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Kunskaps- och informationsutbyte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Bristande kunskaps- och informationsutbyte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Egenvård</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Egenvårdshinder</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Makt, kontroll och ansvar – en fördelning mellan sjuksköterska och patient</td>
</tr>
<tr>
<td>Patientdelaktighet</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Personcentrerad vård**


**Patientdelaktighet**

För att möjliggöra patientdelaktighet i omvårdnaden var det av vikt för patienten att få korrekt information och möjlighet till att överväga delaktighet.

Relationen mellan sjukskötterska och patient
Bärande i relationen mellan sjukskötterska och patient var att god kommunikation fanns. Det innebar att både sjukskötterska och patient visade förståelse för varandra och blev förstådda (Sahlsten, Larsson, Lindencrona & Plos, 2005a). Sjuksköterskan lyssnade aktivt på patienten för att lära känna och tolka det patienten ville förmedla och uttrycka och båda parter bekräftade varandra i dialogen. I de fall där patienten inte hade förmåga till att uttrycka sig verbalt behövde sjukskötterskan använda sig av signaler för att ta kontakt med patienten genom exempelvis kroppsspråk, ögon- och/eller huvudrörelser (a.a.). En etablerad relation mellan sjukskötterska och patient skapade möjlighet till patientdelaktighet (Tobiano et al., 2015a). Vad som var bäst eller rätt för en patient bedömdes i en diskussion med patienten och inte enbart av sjukskötterskan själv. Patienten sågs som en central person i omvårdnaden. För att uppnå en sann relation behövdes tillräcklig uppmärksamhet och feedback från sjukskötterskan för att patienten skulle känna sig sedd, hörd och lyssnad på (Larsson et al., 2007). Om sjukskötterskan gjorde saker på sitt sätt kände patienten att sjukskötterskan även behövde ha förståelse för den situation patienten befann sig i. Patienten upplevde att en känslomässig respons krävdes, vilket karaktäriserades av känslighet, omtanke och tillit från sjukskötterskan, för att hen skulle kunna förstå och ta till vara på omvårdnadssituationen (a.a.). Att förstå och ha respekt gentemot varandra,
person till person, upplevde patienten som en viktig del i den relation och interaktion hen hade med sjuksköterskan. Patienten värderade att bli behandlad som en individ och en likvärdig part i omvårdnaden då hen visste bäst om sina erfarenheter, behov, önskemål och sin kropp (Marshall, Kitson & Zeitz, 2012). I relationen mellan sjuksköterska och patient var det viktigt att båda parter var aktiva för upprätthållandet av patientdelaktighet vilket också möjliggjordes genom ett effektivt utbyte av kunskap och information. Detta skapade trygghet hos patienten som gjorde att hen kunde uttrycka sina egna åsikter och tankar samt kunde vara sig själv (Sahlsten et al., 2005a).

Bristande relation mellan sjuksköterska och patient
Patienten upplevde att bristande kontinuitet med sjuksköterskan berodde på den brist av sjuksköterskor som fanns och genom detta skapades hinder för en fungerande relation mellan parterna vilket också hindrade patientdelaktighet. Vid bristande av en etablerad, tillitsfull relation mellan sjuksköterska och patient kunde patienten känna att hen blev förolämpad samt att hen inte blev bekräftad och/eller sedd (Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona 2005b). Patientens upplevelse av delaktighet i sin vård hindrades då hen inte sågs som en jämlik partner och som en i vårdteamet när det gällde omvårdanden (Eldh et al., 2008). För patienten spelade det ingen roll hur mycket sjuksköterskan informerade, förklarade eller motiverade om hen inte lyssnade och tog till sig vad även patienten uttryckte. Detta gav en upplevelse av att inte få möjlighet till att vara delaktiv (Sahlsten et al., 2005b). Vid ointresse från både sjuksköterska och patient att lära känna varandra skapades ett hinder i att främja patientdelaktigheten och när patienten kände sig osäker på sjuksköterskans kunskaper som låg till grund för beslut skapade detta en osäkerhet (Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos, 2011; Eldh et al., 2008).

Kunskaps- och informationsutbyte
Genom delad kunskap ökade patientens känsla av att vara en partner med sjuksköterskan och genom att dela med sig av information säkerställde patienten att sjuksköterska anpassade vården till hans behov (Tobiano et al., 2015b). Utifrån detta bedömde sjuksköterskan patientens förståelse och ökade den ytterligare hos patienten utifrån de behov som fanns. Det var genom delad kunskap och information som patienten hade förmåga att förstå sin omvårdnadssituation,
behandling och mål (Larsson et al., 2007). För ytterligare kunskap och information om patientens egen upplevelse av situationen behövde sjuksköterskan visa ett intresse för patienten genom att lyssna aktivt (Sahlsten et al., 2005a). Ekdahl, Andersson & Friedrichsen (2010) lyfte även fram vikten av att patienten ansåg att det var viktigt att hen kunde göra sig hörd och framföra sina tankar och åsikter om situationen hen befann sig i. Genom detta kunde även patienten framföra önskan om att sjuksköterskan satte sig ned hos patienten för att ge information om patientens sjukdom, behandling och vad som skulle hända.

För att en patient skulle kunna vara oberoende och kunna hantera situationen menade Larsson et al. (2007) att information och kunskap krävdes. Ju mer insatt patienten var i sin situation desto mer delaktig blev hen. Om patienten inte hade styrkan till att vara delaktig så ville hen ändå ha information av sjuksköterskan. Exempelvis vid delning av medicin ville patienten få information om vad för medicin det var och varför den gavs (a.a.). Patienten ansåg enligt Ekdahl et al. (2010) att det var viktigt att bli informerad även om hen hade en passiv roll i omvårdnaden. Det var också viktigt att sjuksköterskan kontrollerade patientens kunskap och förståelse för att säkerställa att den inte var felaktig för att eventuellt komplettera med ny information (Sahlsten, et al., 2005a). Den information som gavs var anpassad på ett språk som patienten kunde förstå och ta till sig (Larsson et al., 2007).

**Bristande kunskaps- och informationsutbyte**

När patienten upplevde en brist på kunskap om sin situation blev det svårt att uppnå ett gott samarbete med sjuksköterskan samt att ta beslut. Enligt patienten berodde detta på att informationen som gavs var otillräcklig och inte anpassad efter patientens behov. Om patienten inte fick veta vad som hänt eller skulle hänida såg hen att det inte gavs möjlighet till att vara delaktig (Larsson et al., 2011; Eldh et al., 2008). Patienten upplevde även osäkerhet när kunskapen om hens hälsotillstånd var bristande. Detta kunde uppstå då patienten var välinformerad och fick chans att fråga adekvata frågor som ibland också kunde vara svåra för sjuksköterskan att svara på. I de fall där sjuksköterska undvek att svara eller inte svarade alls på sådana frågor skapade det upprördhet och osäkerhet hos patienten (Sahlsten et al., 2005b).
Egenvård


Egenvårdshinder

När patienten kände en bristande kontroll över sin situation blev hen ovillig att vara delaktig. Patienten upplevde ett hinder då sjuksköterskans attityd karaktäriserades av makt och kontroll som inte delades med patienten vilket skapade hinder för upprätthållandet av tillit och patientdelaktighet (Larsson et al., 2011). Ett tecken på att patienten inte fick möjlighet att vara delaktig var om sjuksköterskan inte förstod vikten av att arbeta tillsammans med patienten och på detta sätt begränsades också överlämnandet av makt och kontroll till patienten vilket i sin tur hindrade patientdelaktighet. Patienten valde att vara passiv då sjuksköterskan hade ett synsätt som präglades av att hen var experten och hade makt (Tobiano et al., 2016). Patientens förmåga att vara delaktig i fysiska aktiviteter kunde begränsas på grund av det tillstånd som patienten befann sig i och detta skapade ett beroende av vården där patienten blev tvungen att acceptera sjuksköterskans stöd i de uppgifter de inte kunde utföra på egen hand. Detta beroende associerades med en känsla av förlorad kontroll och makt (Tobiano et al.,
2016). Däremot i de situationer där patienten kände att hen klarade en uppgift själv upplevdes det ibland att sjuksköterskan tog över vilket då hinderade patienten till delaktighet. Om patienten uteslöts från planering och genomförande av egenvård skapade det hinder för att öka egenvårdsförmågan och även för patientdelaktighet (Tobiano et al., 2016).

**Makt, kontroll och ansvar – en fördelning mellan sjuksköterska och patient**

En målsättning inom svensk sjukvård var att patienten behövde få möjlighet till att ta ansvar över sig själv och sin situation (Sahlsten et al., 2005a). Detta möjliggjordes genom att sjuksköterskan försåg patienten med information och kunskap som gav patienten möjlighet till att överväga olika alternativ och kunna ta beslut i omvårdanden (Larsson et al., 2007). Hade patienten förmåga att fatta beslut resulterade detta i större grad till att patienten blev delaktig vilket gav en känsla av självständighet som gav en positiv inverkan på välbefinnandet (Sahlsten et al., 2005a). I beslutsfattandet gavs patienten möjlighet till antingen självbestämmande eller medbestämmande. Självbestämmande innebar att patienten tog besluten utan inverkan av sjuksköterskan medan medbestämmande inkluderade sjuksköterskan i beslutsfattandet. För att möjliggöra självbestämmande för patienten var sjuksköterskan tvungen att respektera och acceptera de beslut patient tog (a.a.).

**Diskussion**

**Sammanfattning huvudresultat**


**Resultatdiskussion**


Vid delaktighet i egenvården upplevde patienten att sjuksköterskan fanns som stöd


Patienten kunde uppleva hinder för patientdelaktighet då en vårdrelation inte etablerades, brist på information- och kunskapsutbyte samt när det fanns en ojämna maktfordelning och hinder för utförandet av egenvård (Sahlsten et al., 2005b; Larsson et al., 2011; Eldh et al., 2008; Tobiano et al., 2016). Detta resultat gav uppsatsförfattarna en större förståelse för vitken av att anpassa kommunikationen utifrån varje individ, och försäkra sig om att patienten förstår informationen.

I det stora hela anser uppsatsförfattarna att det krävs små medel för att patientupplevelsen av delaktighet ska vara så positiv som möjligt. Genom en god vårdrelation, information och främjandet av egenvård kan upplevelsen av patientdelaktighet stärkas.

**Metoddiskussion**

forskare används då det indikerar på att de har mycket kunskap och är väl insatta i det valda området.


För att få fram kategorier användes färgpennor och en färgkodning genomfördes i alla artiklarnas innehåll. Genom att ge en kategori en färg gavs en tydlig överblick av artiklarnas innehåll och tydliga skillnader och likheter kunde identifierats genom att se vilka färger (kategorier) som fanns i vilka artiklar. Detta gjorde det lättare för uppsatsförfattarna att göra ett strukturerat och tydligt resultat. I färgkodningen kunde det vid vissa tillfällen vara så att innehållet fick flera färger och uppsatsförfattarna fick då diskutera kring vilken kategori som var passande och samtidigt hålla kvar ett objektivt förhållningssätt så det inte blev fel tolkning av vad studien presenterade. I processen med att skriva och utforma uppsatsarbetet har uppsatsförfattarna tagit hjälp av flera utomstående som har granskat arbetet vid olika tidpunkter. Detta har hjälpt uppsatsförfattarna att anpassa texten så den som läser inte förlorar intresset samt förstår innehållet oavsett tidigare kunskaper.
Etikdiskussion

I de studier som ligger till grund för resultatet har sju studier godkänts av en etisk kommitté och tre har inget godkännande. Detta motiverades med att lokala riktlinjer efterföljts och att studien inte hade en skadlig effekt på någon av deltagarna. Uppsatssförfattarna har i granskningarna av de artiklar som inte har etiskt godkännande gått till tidskriften där studien har publicerats för att se vilka etiska regler som finns. Gemensamt beslutade uppsatsförfattarna att dessa studier kunde inkluderas eftersom ingen deltagare riskerade att komma till skada eller bli kränkt.

I några av studierna har intervjuarna låtit deltagarna läsa igenom det transkriberade materialet för att få möjlighet till att rätta eventuella feltolkningar. Genomgående för studierna var att deltagarna fick lämna samtycke samt avbryta sin medverkan när som helst. I studiernas resultat framkommer endast kön och ålder, vilket uppehöll anonymitet för deltagarna. Detta anser uppsatsförfattarna är i linje med etiska riktlinjer. Risken för att kunna leda ett citat tillbaka till en individ är genom detta minimal.

Uppsatssförfattarna ser att uteblivandet av patientdelaktighet kan ge konsekvenser för både den enskilda individen men också samhället. Om en patient tappar förtroendet för vården kan det göra att hen inte uppsöker vård vid behov eller i rätt tid.

Klinisk betydelse för samhället

För att kunna förbättra synen på vården och stärka patientens upplevelse av delaktighet i sin vård är det nödvändigt att redan i utbildningen göra studenter inom vård och omsorg medvetna om vitken av att arbeta personcentrerat och göra patienten delaktig. Ju bättre utbildning inom personcentrerad vård och patientdelaktighet desto mer förberedda är nyutexaminerade sjuksköterskor att anta ett sådant arbetssätt och förhållningssätt. En sådan medvetenhet ger ökad patientdelaktighet och kan påverka patientens syn på vården vilket kan öka tilliten till vården i samhället.
Förslag till vidare forskning

Slutsats
För att uppnå patientdelaktighet krävs en etablerad relation mellan sjuksköterska och patient, god kommunikation, information- och kunskapsutbyte och en fördelning av makt och ansvar mellan parterna. I närvaro av detta upplevde patienten att hen fick vara en del av vårdteamet och blev sedd som en unik individ och inte som sjukdomen. Sjuksköterskans bemötande och förhållningsätt gentemot patienten kan få hen att känna sig osäker och maktlös i situationen och att inte få uttrycka sina tankar, känslor och åsikter. Om sjuksköterskan arbetar personcentrerat främjas patientdelaktighet och patientens motivation och tillfredsställelse med den givna vården ökar.
Referenser


<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare</th>
<th>År</th>
<th>Land</th>
<th>Titel</th>
<th>Syfte</th>
<th>Design</th>
<th>Deltagare</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitetsgrad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ekdahl, A. W., Andersson, L., &amp; Friedrichsen, M.</td>
<td>2010</td>
<td>Sverige</td>
<td>&quot;They do what they think is the best for me&quot; Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization</td>
<td>Kvalitativ</td>
<td>Intervjuer med patienter som sedan transkriberades.</td>
<td>n=15 patienter (10 kvinnor och 5 män)</td>
<td>Patienter beskrev att det var viktigt att bli lyssnade på och att de kunde framföra sina tankar och åsikter. Det var även viktigt med information om sjukdomen, behandling och vad som skulle hända. Patienterna upplevde att det genom information delaktighet uppsökte. Bristen på att kunna kommunicera påverkades enligt patienterna av att vara för sjuk eller ålderdomen, eller att de inte förstått på grund av att vårdpersonalen pratade med en främmande dialekt.</td>
<td>Hög 96 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Marshall, A., Kitson,</td>
<td></td>
<td></td>
<td>Patients' views of the aim of this study was to explore</td>
<td>Kvalitativ</td>
<td></td>
<td>n=10 patienter (8</td>
<td>Deltagarna i studien hade ingen kunskap om vad</td>
<td>Hög 96 %</td>
</tr>
<tr>
<td>År</td>
<td>Land</td>
<td>Beskrivning</td>
<td>metodologi</td>
<td>Procent</td>
<td>Beskrivning</td>
<td>procent</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>----</td>
<td>-------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------</td>
<td>---------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>Sverige</td>
<td>Patient participation in nursing care: an interpretati on by Swedish Registered Nurses The aim of the study was to clarify registered nurses understanding of patient participation in nursing care and how they implement the concept of patient participation</td>
<td>Kvalitativ</td>
<td>n=31</td>
<td>(29 kvinnor och 2 män)</td>
<td>Det är viktigt att sjukköterskan reflekterar över sitt bemöte mot patienter samt bygger in patienten till att vara delaktiv. En etablerad vårdrelation är viktigt att bygga upp.</td>
<td>Hög</td>
<td>80 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2005</td>
<td>Sverige</td>
<td>Hindrance for patient participation in nursing care The aim of this study was to focus on registered nurses opinion on hindrances for patient participation in nursing care</td>
<td>Kvalitativ</td>
<td>n=31</td>
<td>(29 kvinnor och 2 män)</td>
<td>hinder för patientdelaktighet ur ett sjukköterskeperspektiv identifieras: bristande kompetens, att inte hanstyn till patientens erfarenheter och kunskaper, brist på information och kunskap. Vikten av en etablerad vårdrelation mellan sjukköterska och patient lyfts fram och fungerar inte denna relation skapar det hinder för patientdelaktighet,</td>
<td>Hög</td>
<td>76 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2015</td>
<td>Australien</td>
<td>Nurses’ views of patient participation in nursing care The aim of this study was to explore nurses views of patient participation in nursing care</td>
<td>Kvalitativ tolkningssstudie</td>
<td>n=20</td>
<td>(15 kvinnor och 5 män)</td>
<td>Sjukköterskor ser sig själva som uppmuntrande och accepterande till patientdelaktighet. Däremot fanns en känsla hos sjukköterskorna att de var begränsade av regler som upprätthåll säkerhet. Sjukköterskorna beskrev att personcentrerad vård inklusive respekt för patientens kunskap och självbestämmande var av stor vikt i omvårdnadsarbetet.</td>
<td>Hög</td>
<td>88 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2015</td>
<td>Australien</td>
<td>Patients’ perceptions of participatio n in nursing care on medical wards The aim of this study was to explore patients perceptions of participating in nursing care, including the perceived barriers and facilitators for it</td>
<td>Kvalitativ Observation och intervju</td>
<td>n=20</td>
<td>(12 kvinnor och 8 män)</td>
<td>Patienterna behövde känn a att de hade förmåga att vara delaktig. Uppbygget av patienternas självförstörende krävde kunskap. Många patienter valde att vara passiva då de såg sjukköterskans som experten. Obalansen av makt påverkade patientens grad av delaktighet i vården.</td>
<td>Hög</td>
<td>84 %</td>
</tr>
<tr>
<td>2016</td>
<td>Australien</td>
<td>Activities Patients and Nurses Undertake The aim of this study was to understand and describe how patient</td>
<td>Kvalitativ och kvantitativ Observation och intervju</td>
<td>n=28</td>
<td>sjukköterskor och 28 patienter</td>
<td>Dialog mellan sjukköterska och patient samt kunskapsutbytet mellan parterna var av betydelse för</td>
<td>Hög</td>
<td>83 %</td>
</tr>
<tr>
<td>Chaboyer, W.</td>
<td>to Promote Patient Participation in Nursing Care are enacted</td>
<td>intervjuer som transkriberades ordagrant.</td>
<td>patientdelaktighet, God kommunikation uppnåddes inte i alla möten mellan sjuksköterskan och patienterna. Sjuksköterskor var dock mer kontrollerande när det kom till planering och utförande av egenvård vilket begränsade patientdelaktigheten.</td>
<td>2016</td>
<td>Australien</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
**Bilaga 2**

*Granskningsmall för kvalitetsbedömning: kvalitativa studier*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fråga</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Motsvarar titeln studiens innehåll?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Återger abstraktet studiens innehåll?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Är studiens syfte tydligt formulerat?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Är den kvalitativa metoden beskriven?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Är designen relevant utifrån syftet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Finns inklusionskriterier beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Är inklusionskriterierna relevanta?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Finns exklusionkriterier beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Är exklusionskriterierna relevanta?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Är urvalsmetoden beskriven?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. Är undersökningsgruppen beskriven avseende bakgrundsvARIABLEN?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Anges var studien genomfördes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Anges när studien genomfördes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. Anges vald datainsamlingsmetod?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. Är data systematiskt insamlade?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19. Presenteras hur data analyserats?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20. Är resultaten trovärdigt beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21. Besvaras studiens syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22. Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23. Diskuterar författarna studiens trovärdighet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24. Diskuterar författarna studiens etiska aspekter</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25. Diskuterar författarna studiens kliniska värde?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Summa**

**Maxpoäng:** 25  
**Erhållen poäng:** ?

**Kvalitet:** låg medel hög  
Bilaga 3

Granskningsmall för kvalitetsbedömning: kvantitativa studier

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fråga</th>
<th>Ja</th>
<th>Nej</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Motsvarar titeln studiens innehåll?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2. Återger abstraktet studiens innehåll?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3. Ger introduktionen en adekvat beskrivning av vald problematik?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4. Leder introduktionen logiskt fram till studiens syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5. Är studiens syfte tydligt formulerat?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6. Är frågeställningarna tydligt formulerade?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7. Är designen relevant utifrån syftet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8. Finns inklusionskriterier beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9. Är inklusionskriterierna relevanta?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10. Finns exklusionkriterier beskrivna?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11. Är exklusionkriterierna relevanta?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12. Är urvalsmetoden beskriven?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13. Är urvalsmetoden relevant för studiens syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14. Finns populationen beskriven?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15. Är populationen representativ för studiens syfte?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16. Anges bortfallets storlek?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17. Kan bortfallet accepteras?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18. Anges var studien genomfördes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19. Anges när studien genomfördes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20. Anges hur datainsamlingen genomfördes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21. Anges vilka mätmetoder som användes?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22. Beskrivs studiens huvudresultat?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23. Presenteras hur data bearbetats statistiskt och analyserats?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24. Besvaras studiens frågeställningar?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25. Beskriver författarna vilka slutsatser som kan dras av studieresultatet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26. Diskuterar författarna studiens interna validitet??</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27. Diskuterar författarna studiens externa validitet?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28. Diskuterar författarna studiens etiska aspekter</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29. Diskuterar författarna studiens kliniska värde?</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Maxpoäng: 29
Erhållen poäng: ?
Kvalitet: låg medel hög