



HÖGSKOLAN  
DALARNA

# 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 delaktig i sin vård. Detta betyder också att sjuksköterskan har en skyldighet gentemot patienten att göra hen delaktig. Trots denna rättighet upplever patienter att de ibland inte ges möjlighet till att vara delaktiga.

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

**Metod:** Studien är en litteraturöversikt vars resultat är baserat på tio vetenskapliga artiklar som publicerats mellan åren 2005-2016.

**Resultat:** Patienten anser att det är viktigt att sjuksköterskan ger möjlighet för patienten att uttrycka sig och tilldelas information om vårdsituationen. Genom detta gavs patienten möjlighet till att vara delaktig. Patienten vill bli sedd och hörd samt ses som en jämlik partner i vården. För detta behövs en etablerad relation mellan sjuksköterska och patient.

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

**Nyckelord:** omvårdnad, patientdelaktighet, 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

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
PATIENTDELAKTIGHET .....	1
PERSONCENTRERAD VÅRD .....	2
SJKSKÖTERSANS ANSVAR .....	2
TEORETISK UTGÅNGSPUNKT .....	3
PROBLEMFÖRMULERING .....	3
SYFTE .....	4
FRÅGESTÄLLNINGAR .....	4
DEFINITION AV CENTRALA BEGREPP .....	4
<i>Personcentrerad vård</i> .....	4
<i>Patientdelaktighet</i> .....	4
<b>METOD</b> .....	<b>4</b>
DESIGN .....	4
URVAL .....	4
<i>Tabell 1. Databassökning</i> .....	5
<i>Inklusionskriterier</i> .....	6
<i>Exklusionskriterier</i> .....	6
VÄRDERING AV ARTIKLARNAS KVALITET .....	6
<i>Tabell 2. Gradering av artikelkvalité</i> .....	6
TILLVÄGAGÅNGSSÄTT .....	6
ANALYS OCH TOLKNING AV DATA .....	7
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	7
<b>RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
<i>Tabell 3. Kategorier</i> .....	8
PERSONCENTRERAD VÅRD .....	8
PATIENTDELAKTIGHET .....	8
<i>Relationen mellan sjuksköterska och patient</i> .....	9
<i>Bristande relation mellan sjuksköterska och patient</i> .....	10
<i>Kunskaps- och informationsutbyte</i> .....	10
<i>Bristande kunskaps- och informationsutbyte</i> .....	11
<i>Egenvård</i> .....	12
<i>Egenvårdshinder</i> .....	12
<i>Makt, kontroll och ansvar – en fördelning mellan sjuksköterska och patient</i> .....	13
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>13</b>
SAMMANFATTNING HUVUDRESULTAT .....	13
RESULTATDISKUSSION .....	14
METODDISKUSSION .....	16
ETIKDISKUSSION .....	18
KLINISK BETYDELSE FÖR SAMHÄLLET .....	18
FÖRSLAG TILL VIDARE FORSKNING .....	19
SLUTSATS .....	19
<b>REFERENSER</b> .....	<b>20</b>
<b>BILAGOR</b>	
BILAGA 1	
<i>Resultattabell</i>	
BILAGA 2	
<i>Granskningsmall för kvalitetsbedömning: kvalitativa studier</i>	

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. Förutsättningar 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**

Sjuksköterskans förhållningssätt gentemot patienten ur ett personcentrerat synsätt innebär att hen har öppenhet, vilja, visar intresse och förståelse för patientens egen berättelse och situation. Sjuksköterskan ska fokusera på individen och inte sjukdomen vilket innebär att patientens behov tas på allvar och patienten blir delaktig i planering och behandling av sin vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2016a). Genom att sjuksköterskan skapar en positiv miljö och därmed ger patienten vägledning och stöd kan hen främja patientdelaktigheten (Hamlin et al., 2013). Svensk lagstiftnings mål för hälso- och sjukvård anger att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda individens värdighet (HSL, SFS 1982:763, 2 §). I en studie av Sahlsten et al. (2009) menar de att en relation ska etableras mellan sjuksköterska och patient där sjuksköterskans kunskaper bör ligga tillgängliga för patienten att ta del av. Det handlar om att ett ömsesidigt engagemang upprätthålls mellan parterna och sjuksköterskan kan möjliggöra detta genom att överlämna kontroll och makt till patienten vilket i sin tur ger en ökad möjlighet för patientdelaktighet. Sjuksköterskan bör ge patienten adekvat och korrekt information så patienten kan förstå och på så sätt ha möjlighet att välja mellan olika alternativ och ta beslut beträffande den enskildes omvårdnad

(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**

Dorothea Orems (2001) omvårdnadsteori lyfter individens egenvårdsförmåga för att på ett optimalt sätt kunna ta hand om sig själv och se sina behov och tillgodose dessa samt för att skapa en helhet och balans i livet. Vad patienten själv inte klarar av att utföra på egen hand ska omvårdnaden kompensera. Målet är att patienten ska återfå sin egenvårdande förmåga vilket sjuksköterskan ska stötta och hjälpa till med (Wiklund Gustin & Lindwall, 2012). För att sjuksköterskan ska få kunskap om patienten egen upplevelse av situationen och vad hen klarar av bör sjuksköterskan visa ett genuint intresse för patienten (Sahlsten et al., 2009). Orem (2001) identifierar åtta egenvårdsbehov varav ett handlar om att främja människans funktion och utveckling i social gemenskap utifrån individens förmåga, önskningar och begränsningar om att vara normal vilket relaterar till individens genetiska och ärftliga färdigheter och talanger (a.a.). Genom egenvård kan personen i vissa fall klara av att främja detta själv men det är när personen inte lyckas som omvårdnad krävs. Egenvård innebär såväl behov som krav och dessa är olika i sin karaktär relaterat till individens hälsosituation. Det är vanligt förekommande inom vården att olika typer av skador, sjukdomar och/eller hälsotillstånd ställer ökande krav på personens egenvårdsförmåga (a.a.).

### **Problemformulering**

Patientdelaktighet är viktigt för att möjliggöra för sjuksköterskan att kunna möta de omvårdnadsbehov 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*

Används synonymt med flera begrepp såsom patient- och klientcentrerad vård och patientfokuserad vård (Hörnsten, 2013). I detta arbete används begreppet personcentrerad vård (uppsatsförfattarnas definition).

### *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

Databas	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal utvalda artiklar till resultat (n=10)
<b>Cinahl</b>	Participation <i>AND</i>	7977	0	0	
	self care <i>AND</i>	639	0	0	
	nursing care <i>AND</i>	169	0	0	
	patient	120	6	2	1
<b>Cinahl</b>	Patient participation <i>AND</i>	10,934	0	0	
	self care <i>AND</i>	1266	0	0	
	nurse-patient relations	40	5	4	1
<b>Cinahl</b>	Non-participation <i>AND</i>	124	0	0	
	patient	39	4	2	1
<b>Cinahl</b>	Patient participation <i>AND</i>	10,951	0	0	
	nursing care <i>AND</i>	1,222	0	0	
	nurse <i>AND</i>	725	0	0	
	focus group	63	8	4	0
<b>Cinahl</b>	Nursing care <i>AND</i>	96,251	0	0	
	patient attitudes <i>AND</i>	7779	0	0	
	patient participation	334	10	4	2
<b>Cinahl</b>	Patient participation <i>AND</i>	10,934	0	0	
	patient attitudes <i>AND</i>	2316	0	0	
	nursing care <i>NOT</i>	334	0	0	
	child* <i>AND</i>	314	0	0	
	hospital	103	3	1	0
<b>PubMed</b>	Nursing care <i>AND</i>	206,688	0	0	
	patients <i>AND</i>	56,044	0	0	
	quality of health care <i>AND</i>	35,059	0	0	
	patient participation	1047	12	4	3
<b>PubMed</b>	Nursing care <i>AND</i>	207,847	0	0	
	quality of health care <i>AND</i>	103, 880	0	0	
	patient participation <i>AND</i>	2068	0	0	
	nursing assessment	598	5	1	0
<b>PubMed</b>	Patient participation <i>AND</i>	22,270	0	0	
	hospital <i>AND</i>	6227	0	0	
	patient attitudes <i>AND</i>	1163	7	0	
	nursing care	289	5	2	1
<b>PubMed</b>	Nurse-patient relations <i>AND</i>	12,646	0	0	
	participation <i>AND</i>	720	0	0	
	decision making <i>AND</i>	200	2	2	
	qualitative research	51	0	0	0
<b>PubMed</b>	Patient participation <i>AND</i>	22,369	0	0	
	nurse <i>AND</i>	2174	5	0	
	nursing care <i>AND</i>	1413	3	2	
	user involvement	32	0	0	0
<b>Cinahl - Manuell sökning</b>	They do what they think is the best for me” Frail elderly patients´preferences for participation in their care during hospitalization.	1	1	1	1

### *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*

<b>Gradering</b>	<b>Procent %</b>	<b>Antal poäng, kvalitativ artikel</b>
<b>Låg</b>	0-59%	0-14 poäng
<b>Mellan</b>	60-79 %	15-19 poäng
<b>Hög</b>	80-100 %	20-25 poäng

### **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 sökdatabaser. Båda uppsatsförfattarna har tillsammans och var för sig sökt och läst artiklar som

varit relevanta för det valda området. Titlar på artiklar som ansågs vara relevanta för syftet valdes ut och abstrakten till dessa artiklar lästes igenom för att undersöka om det var en relevant artikel eller inte. De artiklar som valdes ut lästes av båda uppsatsförfattarna och en genomgång av varje artikel gjordes för att se att uppsatsförfattarna hade en överensstämmande förståelse och uppfattning av den data som artiklarna gav. Kvalitetsgranskningarna av artiklarna genomfördes gemensamt. Uppsatsförfattarna satt ned tillsammans eller hade kontakt via telefon under hela examensarbetet.

### **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 objektiva 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

och belyser patientdelaktighet ur både ett patient- och sjuksköterskeperspektiv. Resultatet har genererat två huvudkategorier: personcentrerad vård och patientdelaktighet. Underkategorier har framkommit till en av huvudkategorierna (tabell 3).

*Tabell 3. Kategorier*

Huvudkategori	Underkategori
Personcentrerad vård	
Patientdelaktighet	Relationen mellan sjuksköterska och patient Bristande relation mellan sjuksköterska och patient Kunskaps- och informationsutbyte Bristande kunskaps- och informationsutbyte Egenvård Egenvårdshinder Makt, kontroll och ansvar – en fördelning mellan sjuksköterska och patient

### **Personcentrerad vård**

För att möjliggöra patientdelaktighet behövde sjuksköterskan arbeta personcentrerat (Tobiano et al., 2015a). Genom att sjuksköterskan erkände patientens kunskap ökade möjligheten för ett effektivt deltagande och personcentrerad vård (Tobiano et al., 2016). Det fanns en bristande kunskap hos patienten om vad personcentrerad vård innebar men ett antagande om att det är det vården handlar om upptäcktes. Patienten menade att det handlade om att sätta patienten i centrum (Marshall et al., 2012). Trots den bristande kunskapen som patienten hade om personcentrerad vård ansåg hen att det var viktigt med samhörighet, patientdelaktighet, vilket inkluderade god kommunikation, samt uppmärksamhet för patienten när det kom till omvårdnad och sätta patienten i centrum (a.a.). Det fanns tillfällen då patienten upplevde att hen gavs uppmärksamhet och kände samhörighet med sjuksköterskan vilket pekade på att vården var personcentrerad. Dock fanns även tillfällen där detta saknades. Patientdelaktighet främjades om en personcentrerad vård genomfördes framgångsrikt (a.a.).

### **Patientdelaktighet**

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

Sjuksköterskan förväntades att bedöma patientens förståelse för hens situation och vilka behov som fanns för att sedan kunna bidra till ökad kunskap hos patienten kring hens omvårdnad och behandling för ökad patientdelaktighet (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007). Sjuksköterskans förståelse för patienten var nödvändig för att stödja den enskilde individens kunskap och sammanhang (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2008). Hur aktivt patienten valde att engagera sig tillsammans med sjuksköterskan påverkades av patientens personlighet och tillvägagångssätt (Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane & Chaboyer, 2015b). För att kunna främja patientdelaktighet krävdes en relation mellan sjuksköterska och patient, kunskaps- och informationsutbyte, ansvarsfördelning och möjlighet till egenvård (Larsson et al., 2007; Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane & Chaboyer, 2015a; Tobiano, Marshall, Bucknall & Chaboyer, 2016).

#### *Relationen mellan sjuksköterska och patient*

Bärande i relationen mellan sjuksköterska och patient var att god kommunikation fanns. Det innebar att både sjuksköterska 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 sjuksköterskan använda sig utav signaler för att ta kontakt med patienten genom exempelvis kroppsspråk, ögon- och/eller huvudrörelser (a.a.). En etablerad relation mellan sjuksköterska 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 sjuksköterskan själv. Patienten sågs som en central person i omvårdnaden. För att uppnå en sann relation behövdes tillräcklig uppmärksamhet och feedback från sjuksköterskan för att patienten skulle känna sig sedd, hörd och lyssnad på (Larsson et al., 2007). Om sjuksköterskan gjorde saker på sitt sätt kände patienten att sjuksköterskan 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 sjuksköterskan, 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 delaktig (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 hens 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 hända 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*

Sjuksköterskan såg sig själv som en bläckfisk med många armar. Hen behövde vara medveten om när armarna behövdes och när de skulle hållas bakom ryggen i omvårdnadsarbetet med patienten. För att en skapa uppfattning om patientens förmåga till egenvård krävdes en vårdplanering i gemenskap med patienten för att kunna bedöma vad patienten klarade själv och inte (Sahlsten et al., 2005a). Det handlade om patientdelaktighet i form av fysiska aktiviteter som patienten kunde utföra på egen hand. Patienten beskrev delaktighet som något värdefullt för att uppnå mål, må bättre och för att komma hem så snabbt som möjligt. Genom att patienten såg delaktighet som något värdefullt uppmuntrades hen till att delta aktivt i aktiviteter och omvårdnaden (Tobiano et al., 2016). Aktiviteter som uppmuntrades kunde till exempel vara att duscha, klä sig och äta (Tobiano et al., 2015a). Det kunde även handla om läkemedelsadministrering som patienten själv kunde utföra som att administrera ögondroppar och krämer utan sjuksköterskans stöd och hjälp (Tobiano et al., 2016). När patienten inte kunde hantera någon aktivitet själv upplevde hen att sjuksköterskan fanns tillgänglig för att samtala kring svårigheten och som stöd för patienten att övervinna det (Larsson et al., 2007).

### *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 hindrade 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 beslutsfattanden 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 till att respektera och acceptera de beslut patient tog (a.a.).

## **Diskussion**

### **Sammanfattning huvudresultat**

Trots lagstiftning om patientdelaktighet får inte alltid patienten möjlighet till att vara delaktig i den mån hen själv önskar. Detta påverkades av hur sjuksköterskan bemötte patienten samt om det fanns en ojämna maktfördelning i mötet vilket då kunde göra att patienten intog en passiv roll. Grunden till en god vårdrelation mellan sjuksköterska och patient innebar god kommunikation och att parterna lärde känna varandra och hade respekt för varandras tankar och åsikter. Patienten ansåg att det var viktigt att få tid tillsammans med sjuksköterskan för att kunna framföra sina tankar och åsikter om sin situation. I god kommunikation ingick det att sjuksköterskan anpassade informationen hen gav till patienten utifrån patientens nivå. Genom delad information hade patienten förmåga att förstå sin situation samt sin vård och behandling. Ju mer insatt patienten blev desto mer delaktighet

upplevde hen. Patienten såg delaktighet som något värdefullt och som något som uppmuntrade hen till att delta i aktiviteter och i omvårdnaden. En annan del i att uppnå patientdelaktighet var att sjuksköterskan jobbade personcentrerat. Patientens kunskap skulle erkännas av sjuksköterskan och detta kunde öka möjligheten för ett effektivt deltagande. Patientdelaktighet sågs både som en princip och ett sätt för att uppnå personcentrerad vård. I brist på god kommunikation och att patienten inte sågs som en jämlik partner ledde till att hen upplevde att möjlighet till att vara delaktig inte fanns. Patienten har en laglig rätt att vara delaktig i sin vård och behandling enligt Patientlagen.

### **Resultatdiskussion**

Sjuksköterskan var en av de som spenderade mest tid med patienten under vårdvistelsen vilket gjorde att hen hade direkt möjlighet att främja patientdelaktighet (Tobiano et al., 2015a). I linje med svensk lagstiftning (SFS 2014:821, 1 §) gör detta att sjuksköterskan har en skyldighet att både främja och uppnå patientdelaktighet för varje patient utifrån individens situation och behov. Uppsatsförfattarna anser att patientdelaktighet är en del av den personcentrerade vården och menar därför att sjuksköterskan inte endast har en skyldighet att främja patientdelaktigheten utan det är också hens ansvar att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningsätt. Om sjuksköterskan arbetade utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och byggde upp en relation där kunskap och makt delades med patienten gavs förutsättningar för att uppnå patientdelaktighet (Tobiano et al., 2015b). I denna litteraturöversikt har patienter som vårdats på en vårdavdelning inkluderats och någon bestämd patientgrupp finns inte. Detta kan vara en nackdel då de Boer, Delnoij & Rademakers (2013) har sett skillnader i hur viktigt ett personcentrerat arbetssätt kan vara för olika patientgrupper. Det var viktigare för patienter med exempelvis hjärtsvikt än för patienter med diskbråck att sjuksköterskan arbetade personcentrerat. Uppsatsförfattarna menar att ett personcentrerat förhållningssätt skapar mer möjlighet för patientdelaktighet oavsett vilken patientgrupp det är. Det har blivit tydligt för uppsatsförfattarna vad som främjar och hindrar patienten till att vara delaktig.

Vid delaktighet i egenvården upplevde patienten att sjuksköterskan fanns som stöd

de gånger som hen inte kunde hantera och/eller utföra en aktivitet själv (Larsson et al., 2007). Detta i linje med Sahlsten et al. (2005a) som menade att det var av vikt att sjuksköterskan också förstod när stöd och hjälp inte behövdes utan att hen då istället tog ett steg tillbaka för att ge patienten chansen att utföra det på egen hand. Utifrån Orems (2001) syn på egenvårdsförmåga, vilket innebär att patienten kunde ta hand om sig själv samt skapa en balans i vardagen, anser uppsatsförfattarna att det är viktigt att sjuksköterskan hjälper patienten att hitta nya sätt att klara av aktiviteter om det aktuella hälsotillståndet har påverkat egenvårdsförmågan. I linje med Sahlsten et al. (2009) och Hamlin et al. (2013) menar uppsatsförfattarna att ökad egenvårdsförmåga kan bidra till att patienten känner motivation och tillfredsställelse i sin vård vilket kan ge förbättrade behandlingsresultat. Däremot menade Tobiano et al. (2016) att patienten upplevde att sjuksköterskan ibland tog över i situationer där patienten själv kunde utföra aktiviteter vilket hindrade delaktigheten. Uppsatsförfattarna upplever att den tidsbrist som ofta ses inom vården kan göra att sjuksköterskan ibland tar över uppgifterna och gör dem åt patienten även om patienten kan klara det själv.

Som Sahlsten et al. (2005a) lyfter fram anser även uppsatsförfattarna att det är en viktig del i sjuksköterskans arbete att kunna ta ett steg tillbaka och tillåta patienten att utföra en aktivitet själv, även om det i vissa fall kanske tar lite längre tid än om de får hjälp. Genom att patienten ges denna möjlighet får de även chans till att stärka sin egenvårdsförmåga för att kunna återskapa en balans i vardagen och inte vara beroende av vården. Sjuksköterskor i en studie av Wilkinson, Whitehead och Crowe (2016) beskrev sig själva och sin roll som en nyckel i främjandet av patientens egenvårdsförmåga. Denna roll innebar att sjuksköterskan såg till helheten och identifierade patientens egenvårdshinder.

Patienten kunde uppleva hinder för patientdelaktighet då en vårdrelation inte etablerades, brist på information- och kunskapsutbyte samt när det fanns en ojämn maktfördelning 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 vikten av att anpassa kommunikationen utifrån varje individ, och försäkra sig om att patienten förstår informationen.

Uppsatsförfattarna menar att de delar som kan vara hinder för patientdelaktighet kan vara svåra att överkomma på grund av den rådande arbetsbelastningen och bristen på sjuksköterskor utifrån hur vården ser ut idag. På avdelningar idag har en sjuksköterska ofta ansvar för 4-8 patienter och tiden räcker inte till för att kunna etablera en relation med varje patient då andra arbetsuppgifter ibland prioriteras. Detta är något som Larsson et al. (2011) menade berodde på hur omvårdnaden var organiserad. Mer fokus behövde ligga på kontinuitet, tid för interaktion och dagliga samtal mellan sjuksköterska och patient för att en etablerad relation skulle möjliggöras. Sahlsten et al. (2005b) lyfte att kontinuiteten mellan sjuksköterska och patient samt att en etablerad vårdrelation möjliggjordes motverkades av det faktum att sjuksköterskor ofta lade arbetsscheman utifrån sina egna önskemål. Larsson et al. (2011) menade att om en patient hade regelbunden kontakt med flera olika sjuksköterskor kunde detta skapa osäkerhet och att patienten kände sig obekvämd på grund av att svar och instruktioner i vården kunde vara motstridiga beroende på vilken av sjuksköterskorna som hade ansvaret för patienten.

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**

Under examensarbetet har uppsatsförfattarna haft ett nära samarbete hela tiden genom mestadels fysiska träffar men även via telefon. De databaser som användes var Cinahl och PubMed. Uppsatsförfattarna är medvetna om att det kunde varit till fördel att söka i flera databaser för att eventuellt fått bredare eller djupare data. Däremot anser uppsatsförfattarna att de valda databaserna gav det som eftersöktes och var nöjda med det resultat som kom fram från artikelsökningarna. Sökorden som användes var relevanta men i efterhand har uppsatsförfattarna insett att fler sökord hade kunnat användas för ett bredare resultat. Ytterligare en svaghet var att många studier av samma författare har använts vilket kan ha gjort att flera olika perspektiv inte framkommit. Det kunde ha varit till fördel att använda studier från flera olika forskare. Det kan även ses som en styrka att flertalet studier av samma

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

Vid sökning av artiklar har båda bidragit och sedan, tillsammans, gjort kvalitetsgranskning samt diskuterat innehållet av artiklarna för att få en gemensam förståelse. Vid de flesta genomgångarna av artiklarnas innehåll har uppsatsförfattarna diskuterat med varandra för öka förståelsen och få en bekräftelse på att de båda tolkat studien på samma sätt. Kvalitativa studier valdes då dessa fokuserar på personers upplevelser, förväntningar, erfarenheter och behov (Segesten, 2012). Genom en gemensam granskning av artiklarna minskade risken för att innehållet påverkades av egna åsikter vilket uppsatsförfattarna ser som en styrka då de skulle ha ett objektiva förhållningssätt. Med tanke på examensarbetets syfte och frågeställningar var det av fördel att använda kvalitativa studier då dessa beskrev upplevelser från både patienter och sjuksköterskor vilket i sig har gett mycket bra data för litteraturöversiktens resultat. Valet av artiklar gjordes även utifrån i vilka länder studierna genomfördes. Då Sverige och Australien har likartad kultur såg uppsatsförfattarna det som en fördel att använda sig av studier därifrån. Detta för att få en bild över hur det fungerar i Sverige men också att liknande resultat framkommit utanför Sverige.

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 objektiva 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. Uppsatsförfattarna 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.

Uppsatsförfattarna 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 vikten 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**

Då det för nuvarande finns mycket forskning som lyfter sjuksköterskeperspektivet på patientdelaktighet anser uppsatsförfattarna att det krävs mer forskning som fokuserar på patientens upplevelser. Trots att intervjustudier ger en bred bild av hur patientdelaktighet upplevs idag kan fler observationsstudier inom ämnet vara till fördel. Genom observationer kan någon med andra ögon se hur detta fungerar i praktiken, framförallt hur interaktionen mellan patient och sjuksköterska ter sig. Idag är personcentrerad vård centralt i omvårdnadsarbetet och forskning på hur detta kan främja patientdelaktighet är också av betydelse. Med tanke på Patientlagen och patientens lagliga rätt till att vara delaktig kan forskning om lagens betydelse och inverkan på patientdelaktighet vara av intresse. Detta för att fortsätta förbättra vården och patientens tillfredsställelse med den.

### **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

de Boer, D., Delnoij, D., & Rademakers, J. (2013). The importance of patient-centred care for various patient groups. *Patient Education & Counseling*, 90(3), 405-410. doi: 10.1016/j.pec.2011.10.002

Ekdahl, A.W., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). "They do what they think is the best for me" Frail elderly patients' preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 233-240. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.026

Eldh, A. C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2008). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, 11(3), 263-271. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00488.x

Friberg, F. (2012). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 133-143). Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier: värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur & kultur.

George, J. B. (2010). Nursing Process Discipline: Ida Jean Orlando. In J. B. George (Ed.), *Nursing theories: the base for professional nursing practice* (pp. 162-180). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.

Hamlin, M., Jemsson, M., Rahm, A-S., & Henricson, M. (2013). Patienters upplevelse av delaktighet i sin självdialys – en intervjustudie. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies*, 33(4), 14-18. doi: 10.1177/010740831303300404

Hörnsten, Å. (2013). *Personcentrerad vård*. Hämtad 14 november, 2016, från Vårdhandboken, <http://www.varldhandboken.se/Texter/Personcentrerad-varld/Oversikt/>

Karolinska Institutet. (2016). *Patient participation*. Hämtad 7 november, 2016, från Karolinska Institutet, <https://mesh.kib.ki.se/term/D010358/patient-participation>

Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Segesten, K., & Plos, K. A. E. (2011). Patients' perceptions of barriers for participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(3), 575-582. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00866.x

Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Sjöström, B., Lindencrona, C. S. C., & Plos, K. A. E. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313-320.

Marshall, A., Kitson, A., & Zeitz, K. (2012). Patients' views of patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit. *Journal of Advanced Nursing* 68(12), 2664-2673. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05965.x

Myndigheten för vårdanalys. (2015). *Patientlagen i praktiken: en baslinjemätning* (Rapport, 2015:1). Stockholm: Vårdanalys. Från <http://www.vardanalys.se/Global/Rapporter%20pdf-filer/2015/2015-1-Patientlagen%20i%20praktiken.pdf>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby.

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Lindencrona, C. S. C., & Plos, K. A. E. (2005a). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish Registered Nurses. *Journal of Clinical Nursing* 14(1), 35-42. doi: 10.1111/j.1365-2702.2004.00957.x

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Plos, K. A. E., & Lindencrona, C. S. C. (2005b). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 223-229.

Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(3), 490-497. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (s. 97-109). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Hämtad 15 september, 2016, från Riskdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763\\_sfs-1982-763](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag-1982763_sfs-1982-763)

SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 15 september, 2016, från Riksdagen, [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016a). *Personcentrerad vård* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från [http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_oktober\\_2016.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_oktober_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016b). *Värdegrund för omvårdnad* [Broschyr]. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening. Från [http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](http://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015a). Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 71(12), 2741-2752. doi: 10.1111/jan.12740

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015b). Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 260-270. doi: 10.1111/scs.12237

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2016). Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *Journal of Nursing Scholarship* 48(4), 362-370. doi: 10.1111/jnu.12219

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

Wilkinson, M., Whitehead, L., & Crowe, M. (2016). Nurses perspectives on long-term condition self-management: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(1/2), 240-246. doi: 10.1111/jocn.13072

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

# Bilagor

## Bilaga 1

### Resultattabell

Författare År Land	Titel	Syfte	Design  Metod	Deltagare	Resultat	Kvalitetsgrad
<b>Ekdahl, A. W., Andersson, L., &amp; Friedrichsen, M.</b>  <b>2010</b>  <b>Sverige</b>	”They do what they think is the best for me” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization.	The aim of the current study is to deepen the knowledge of frail elderly patients’ preferences for participation in medical decision making during acute hospitalization.	Kvalitativ  Intervjuer med patienter som sedan transkriberades.	n=15 patienter (10 kvinnor och 5 män)	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 uppstod. Bristen på att kunna kommunicera påverkades enligt patienterna av att vara för sjuk eller ålderdomen, eller att de inte förstod på grund av att vårdpersonalen pratade med en främmande dialekt.	Hög 96 %
<b>Eldh, A.C., Ekman, I., &amp; Ehnfors, M.</b>  <b>2008</b>  <b>Sverige</b>	Considering patient non-participation in health care.	The aim of the study was to depict patient non-participation as described by a group of patients.	Kvalitativ  Frågeformulär om vad som var icke-delaktighet skickades ut till patienter. Frågeformuläret var utvecklat med både alternativ och egna beskrivningar som svar.	n=325 patienter (190 kvinnor och 132 män)	Patienter beskrev icke-delaktighet som brist på erkännande, bristande information, icke personcentrerad vård och att känna osäkerhet.	Hög 77 %
<b>Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Segesten, K., &amp; Plos, K. A. E.</b>  <b>2011</b>  <b>Sverige</b>	Patients’ perceptions of barriers for participation in nursing care	The aim of this study was to explore barriers for patient participation in nursing care with a special focus on adult patients with experience of inpatient physical care.	Kvalitativ  Studien var en del av ett större projekt om patientdelaktighet.  Sex fokusgrupper bestående av patienter som intervjuades och som sedan transkriberades ordagrant	n=26 patienter (8 kvinnor och 18 män).	Patienters upplevelse av vad för hinder som kan hindra patientdelaktighet i deras omvårdnad. Fyra kategorier identifierades som var att möta sin oförmåga, möta brist på empati, möta ett paternalistiskt synsätt och att möta strukturella hinder. Det grundar sig i att patienter inte får tillräckligt med kunskap och att de inte känner sig som en i laget.	Hög 76 %
<b>Larsson, I. E., Sahlsten, M. J. M., Sjöström, B., Lindencrona, C. S. C., &amp; Plos, K. A. E.</b>  <b>2007</b>  <b>Sverige</b>	Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study.	The aim of this study was to explore the meaning of patient participation in nursing care from a patient perspective.	Kvalitativ  Studien var en del av ett större projekt om patientdelaktighet.  Sex fokusgrupper bestående av patienter som intervjuades och som sedan transkriberades ordagrant	n=26 patienter (8 kvinnor och 18 män).	Enligt patienterna främjades patientdelaktighet genom att de får lämplig information, en fungerande vårdrelation och att sjuksköterskan bjöd in till delaktighet samt rättighet till egenvård.	Hög 84 %
<b>Marshall, A., Kitson,</b>	Patients’ views of	the aim of this study was to explore	Kvalitativ	n=10 patienter (8	Deltagarna i studien hade ingen kunskap om vad	Hög 96 %

<b>A., &amp; Zeitz, K.</b> <b>2012</b> <b>Australien</b>	patient-centred care: a phenomenological case study in one surgical unit.	patients experiences of their care and what patient centred care would mean to them.	Intervjuer av patienter och som sedan transkriberades ordagrant	kvinnor och 2 män).	personcentrerad vård var och innebar. Däremot kunde vissa ändå ge mening åt uttrycket trots att de inte hört talats om det tidigare. Patienten ville bli involverad i vården och lyfte fram vikten av god kommunikation, att personalen behövde vara uppmärksam och se patientens behov. Det var även viktigt med en etablerad relation mellan sjuksköterska och patient.	
<b>Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., Lindencrona, C. S. C., &amp; Plos, K. A. E.</b> <b>2005</b> <b>Sverige</b>	Patient participation in nursing care: an interpretation 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	Kvalitativ  Sju fokusgrupper bestående av sjuksköterskor som intervjuades och som sedan transkriberades ordagrant	n=31 (29 kvinnor och 2 män)	Det är viktigt att sjuksköterskan reflekterar över sitt bemötande mot patienter samt bjuder in patienten till att vara delaktig. En etablerad vårdrelation är viktigt att bygga upp.	Hög 80 %
<b>Sahlsten, M. J. M., Larsson, I. E., &amp; Lindencrona, C. S. C.</b> <b>2005</b> <b>Sverige</b>	Hindrance for patient participation in nursing care	The aim of this study was to focus on registered nurses opinion of hindrances for patient participation in nursing care	Kvalitativ  Studien var en del av ett större projekt om patientdelaktighet  Sju fokusgrupper bestående av sjuksköterskor som intervjuades och som sedan transkriberades ordagrant	n=31 (29 kvinnor och 2 män)	Hinder för patientdelaktighet ur ett sjuksköterskeperspektiv identifierades: bristande kompetens, att inte ta hänsyn till patientens erfarenheter och kunskaper, brist på information och kunskap. Vikten av en etablerad vårdrelation mellan sjuksköterska och patient lyfts fram och fungerar inte denna relation skapar det hinder för patientdelaktighet,	Hög 76 %
<b>Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., &amp; Chaboyer, W.</b> <b>2015</b> <b>Australien</b>	Nurses' views of patient participation in nursing care	The aim of this study was to explore nurses views of patient participation in nursing care	Kvalitativ tolkningsstudie  Intervjuer och 58 timmar observationer av mötet mellan sjuksköterska och patient	n=20 (15 kvinnor och 5 män)	Sjuksköterskor ser sig själva som uppmuntrande och accepterande till patientdelaktighet. Däremot fanns en känsla hos sjuksköterskorna att de var begränsade av regler som upprätthöll säkerhet. Sjuksköterskorna beskrev att personcentrerad vård inklusive respekt för patientens kunskap och självbestämmande var av stor vikt i omvårdnadsarbetet.	Hög 88 %
<b>Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., &amp; Chaboyer, W.</b> <b>2016</b> <b>Australien</b>	Patients' perceptions of participation 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	Kvalitativ  Observation och intervjuer	n=20 (12 kvinnor och 8 män)	Patienterna behövde känna att de hade förmåga att vara delaktig. Uppbyggandet av patienternas självförtroende krävde kunskap. Många patienter valde att vara passiva då de såg sjuksköterskans som experten. Obalansen av makt påverkade patientens grad av delaktighet i vården.	Hög 84 %
<b>Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T.,</b>	Activities Patients and Nurses Undertake	The aim of this study was to understand and describe how patient	Kvalitativ och kvantitativ  Observationer och	n=28 sjuksköterskor och 28 patienter	Dialog mellan sjuksköterska och patient samt kunskapsutbytet mellan parterna var av betydelse för	Hög 83 %

---

<b>&amp; Chaboyer, W.  2016  Australien</b>	to Promote Patient Participation	participation activities in nursing care are enacted	intervjuer som transkriberades ordagrant.	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.
---	--	--	---	---

---

## Bilaga 2

### Granskningsmall för kvalitetsbedömning: kvalitativa studier

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

**Maxpoäng:** 25

**Erhållen poäng:** ?

**Kvalitet:** låg                      medel                      hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström (2016) och Forsberg & Wengström (2013).

### Bilaga 3

#### Granskningsmall för kvalitetsbedömning: kvantitativa studier

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

**Maxpoäng:** 29

**Erhållen poäng:** ?

**Kvalitet:** låg                      medel                      hög

Mallen är en modifierad version utifrån Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström (2016) och Forsberg & Wengström (2013)