



JÖNKÖPING UNIVERSITY  
*School of Health and Welfare*

# Patientens upplevelse av delaktighet

En litteraturöversikt

**Huvudområde:** Omvårdnad

**Författare:** Anna Melin & Agnes Qvarnström

**Handledare:** Tillan Strand

**Jönköping** 2018 December

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Enligt Patientlagen skall patienten ses som en resurs i sin egen vård och förväntas vara delaktig i beslut och resonemang. Patienten har rätt till självbestämmande och får själv avgöra vilken grad av delaktighet som önskas. Ökad kunskap om vad som påverkar viljan till delaktighet krävs, för att kunna främja ett bemötande från vårdpersonalen som gynnar patienten och ger en bättre vårdupplevelse.

**Syfte:** Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar patientens delaktighet.

**Metod:** En litteraturöversikt baserad på 12 vetenskapliga artiklar med kvalitativ ansats utförs och analyseras med ett induktivt synsätt utifrån Fribergs femstegsmodell. Dessa 12 artiklar är hämtade från CINAHL, PsycINFO samt manuella sökningar.

**Resultat:** Litteraturöversiktens resultat presenteras i två kategorier och fem underkategorier. Den första kategorin är *Patienten* med underkategorierna *Delaktighet på eget initiativ*, *Patientens ålder* och *Anhörigstöd*. Den andra kategorin är *Vårdpersonal* med underkategorierna *Bemötande från vårdpersonal* och *Tid för patienten*.

**Slutsats:** Delaktighet leder till bättre vårdupplevelse. Eget initiativ, stöd och bekräftande bemötande är faktorer som påverkar patientens delaktighet.

**Nyckelord:** Bemötande, Delaktighet, Patientperspektiv, Personcentrerad omvårdnad och Vårdupplevelse.

# Patient's experience of participation

## Summary

**Background:** According to the Swedish patient law, the patient is to be regarded as a resource in his or her own care and is expected to be participating in reasoning and decisions. The patient is entitled to self-determination and have the right to decide the level of participation that he or she wishes. Increased knowledge of what affects the willingness to participate is required to promote a response from healthcare professionals who will benefit the patient and provide a better healthcare experience.

**Purpose:** The purpose was to describe which factors that affect the patient's participation.

**Method:** A literature review based on 12 scientific articles with a qualitative approach was made and analyzed with an inductive approach based on Friberg's five-step model. These 12 articles are taken from CINAHL, PsycINFO and manual searches.

**Result:** The result is presented in two categories and five subcategories. The first category is *the Patient* with the subcategories *Self-Initiative*, *Confidence in Health Care*, *Patient Age* and *Family Support*. The other category is *Healthcare Personnel* with the subcategories *Treatment from healthcare professionals* and *Investing time for the patient*.

**Conclusion:** Participation leads to better care experience. Own initiatives, support and affirmative treatment are factors that affect the patient's participation.

**Keywords:** Care Experience, Participation, Patient Perspective, Person - Centered Care and Interaction.

## **Innehållsförteckning**

<b>Inledning</b> .....	<b>1</b>
<b>Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
Definition av delaktighet .....	2
Personcentrerad omvårdnad .....	3
Sjuksköterskans roll i delaktighet.....	4
<b>Syfte</b> .....	<b>4</b>
<b>Material och Metod</b> .....	<b>4</b>
Design .....	4
Urval och datainsamling .....	5
Dataanalys.....	6
Etiska överväganden.....	6
<b>Resultat</b> .....	<b>7</b>
<b>Patienten</b> .....	<b>7</b>
Delaktighet på eget initiativ.....	7
Patientens ålder .....	8
Anhörigstöd.....	9
<b>Vårdpersonal</b> .....	<b>9</b>
Bemötande från vårdpersonal .....	9
Tid för patienten.....	10
<b>Diskussion</b> .....	<b>11</b>
Metoddiskussion .....	11
Resultatdiskussion.....	12
<b>Slutsats</b> .....	<b>15</b>
<b>Kliniska implikationer</b> .....	<b>15</b>
<b>Referenser</b> .....	<b>16</b>

### **Bilaga 1 Kvalitetsgranskningsprotokoll**

### **Bilaga 2 Sökmatrix**

### **Bilaga 3 Artikelmatrix**

## Inledning

Att vara delaktig i sin egen omvårdnad ökar välmåendet och förbättrar resultatet av behandlingen (Loh, Simon, Wills, Kriston, Niebling & Härter 2007). Delaktighet gör att individens ökade insikt om sin livssituation stärker förmågan att utföra egenvård och därmed förbättras resultaten, samt känslan av tillfredsställelse (Coulter & Ellins, 2006; Von Korff, Gruman, Schaefer, Curry & Wagner, 1997). Patientens inflytande och självbestämmande är bärande principer inom vården och ska uppmuntras av vårdpersonal. Patienten ska ha möjlighet att påverka sin egen vård (SFS 1982:763). Patienter upplever att de tappar kontroll över sitt liv och livslust när de blir sjuka. Skapandet av en individanpassad vård är en del av en sjuksköterskas arbete, och kunskap om vad som ökar patientens känsla av delaktighet underlättar. Det skyndar på arbetet att hitta den vårdmetod som passar patienten och kan öka känslan av livskvalitet. På så vis kan vårdtiden på sjukhus förkortas, vårdresultatet förbättras och känslan av livskvalitet hos patienten öka.

I denna litteraturöversikt används ordet "patient" för att förenkla och förtydliga. Yrkestitel sjuksköterska kommer inte endast att benämnas då även övrig vårdpersonal benämns i artiklarna.

## Bakgrund

### Definition av delaktighet

Delaktighet definieras som aktiv medverkan (Socialstyrelsen, 2015). Enligt International Classification of Functioning, Disability and Health definieras delaktighet också som involvering av individen i sin livssituation relaterat till hälsotillstånd, kroppsliga funktioner, strukturer, kontextuella faktorer samt aktivitet (World Health Organization, 2007). Delaktighet är ett begrepp med många betydelser där möjlighet till inflytande är av stor vikt (SFS 2014:821).

Vikten av att patienten ska vara delaktighet i beslut gällande sin vård styrks av hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30). Patientens rätt till självbestämmande är en etisk norm som finns inom alla vårddyrken. Det syftar till att patienten själv har rätt att bestämma sin grad av delaktighet i omvårdnaden samt att helt välja bort delaktighet. Detta under förutsättning att patienten får tydlig information om konsekvenser (SFS 2018:554). Patienter som är delaktiga i sin vård upplever en högre känsla av tillfredsställelse gällande vården (Johansson, Oleni & Fridlund, 2002; Schröder, Ahlström & Wilde, 2005). Syftet med Patientlagen är att tydliggöra och stärka patienten inom vården samt främja självbestämmande och delaktighet (SFS, 2014:821). Enligt World Health Organisation, Alma-Ata deklARATIONEN (1978) beskrivs människors rättighet och skyldighet att planera och genomföra sin egen vård individuellt och kollektivt.

Patientdelaktighet har varit ett ämne som varit uppmärksammat länge. Delaktighet inom vården började bli ett fenomen i början på 1900 talet, men inte förrän på 1960 talet började ordet delaktighet dyka upp i litteratur (Rothman, 2001). Då började befolkningen protestera mot att patienten ställdes i beroendeställning till vårdpersonal (Edvardsson, 2010). Senare har rätten till delaktighet förstärkts av lagar och riktlinjer och grundas i värderingar som är demokratiska (SFS 1982:763; WHO 1978). De värderingarna grundas i att förstärka rättvisa, mänskliga rättigheter och solidaritet. Patientens position har blivit förstärkt med tiden och den traditionella synen där patienten sågs som icke delaktig i sin vård har ändrats till förväntningar på en aktiv patient som är delaktig i sin egen vård (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2008).

Idag ses patienten som en resurs som förväntas vara med och resonera och ta beslut om sin egen vård. I praktiken innebär det att en diskussion mellan vårdgivare och patient förs, där patienten är insatt i vilka mål som ska sättas (SFS 2014:821). Patienten ska så långt som möjligt vara med och utforma sin vård och omsorg i samråd med vårdpersonal och har likaså rätt att överlåta allt ansvar åt vårdpersonal om den önskan finns. Att som patient vara delaktig är alltså något frivilligt och inget som ska forceras fram (SFS 2014:821). Patienten äger sin sjukdomsprocess och interventioner och för att vårdpersonal ska kunna underlätta patientens upplevelse av sin sjukdom krävs delaktighet i egenvården (Sossai, Gray, Tanner, Goodridge & Halding, 2011). Trots lagar och riktlinjer gällande patienters rätt till delaktighet

upplever många patienter att de får otillräcklig information, inte blir sedda eller känner sig försummade (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Plos, 2009).

## Personcentrerad omvårdnad

Personcentrerad omvårdnad, PCO, beskrivs som en typ av vård vars mål är att se hela personen vad gäller både de existentiella, andliga, sociala och psykiska behoven, och det har visat sig skapa säkerhet och trygghet för patienten och likaså en känsla av struktur (Dudas et al., 2012). PCO avser även att som sjuksköterska respektera och bekräfta patienten och dess egen tolkning av sjukdomen och främja delaktigheten hos patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Den egna tolkningen anses vara en av de mest centrala delarna i personcentrerad vård, där varje patient ska behandlas med respekt och ses som en autonom individ, inklusive dess närstående, och där patientens behov sätter grunden för den specifika vårdplan som individen behöver (Kitson, Marshall, Bassett & Zeitz, 2013). Patienten behöver bli sedd som den individ den är, och därmed inte låta sjukdomen förminska individen (Dudas et al., 2012; Edvardsson, 2010; Ekman et al., 2011).

För att arbeta personcentrerat ses ett ramverk innefattande fyra delar som centralt (McCormac & McCance, 2010). *Vårdmiljön*: Lämpligast är att ha ett system som gör att beslutsfattande underlättas, en organisation som stödjer, hälsosamma personalförhållanden, delad makt, vågar ta risker och möjligheten att förnya sig. *Förutsättningar*: Utgå från egenskaperna hos sjuksköterskan, engagemang, kompetens utifrån sin profession, människor som kan förhålla sig till varandra, visa förståelse för övertygelser och andras värderingar samt ha en god egen kännedom. *Den personcentrerade processen*: Använda sig utav ett arbete utifrån individens egna föreställningar och engagemang, visa empati och närvaro samt tillsammans med patient fatta beslut samt omvårdnad efter vårdbehov. *Resultat*: Utfallet av ett personcentrerat arbetssätt, tillfredsställelse av vården, graden av välbefinnande, delaktighet samt hur vårdmiljön har påverkat. Det krävs goda förutsättningar för att positiva resultat ska uppnås, och sjuksköterskans hanteringsförmåga blir påverkad av vilken miljö hon arbetar i. Vårdmiljön i sin tur påverkar hur effekterna av PCO blir (McCormack & McCance, 2010). Ett personcentrerat förhållningssätt från vårdpersonal ger störst chans att få patienter att förbättra eventuella beteenden just därför att diskussionen mellan vårdpersonal och patient blir utifrån patientens livssituation (Pommer et al., 2013).

PCO leder till att sjuksköterskan ska respektera och bekräfta patienten och dess egen tolkning av sjukdomen och främja delaktigheten hos patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Sjuksköterskan måste utgå ifrån patientens perspektiv, värderingar och livserfarenheter. Vikten av att kunna föra en bra dialog är stor, men bör även ses utifrån hälso- och sjukvårdens perspektiv då endast delaktighet leder fram till ett gemensamt beslut. Om delaktighet uppnåtts kan bara avgöras av patienten själv (Sahlsten, Larsson, Sjöström & Kaety, 2008). Vårdpersonal får endast i undantagsfall ta beslut om vård utan att först inhämtat samtycke från patienten. Patienten får när

som helst dra tillbaka sitt samtycke och även avbryta behandling. Patienten måste då bli informerad om konsekvenserna av sitt beslut (SFS 2014:821).

Ett steg i förändringen mot en mer personcentrerad vård är att istället för ordet "patient" använda alternativa ord, exempelvis "vårdtagare", "person" eller "brukare". En person med sjukdom eller som på något vis står i relation till en vårdgivare kan benämnas "patient" för att förtydliga (Vårdhandboken, 2018).

### Sjuksköterskans roll i delaktighet

I dagens vård ska det inte råda en hierarkisk ordning mellan sjuksköterska och patient, där sjuksköterskan tar beslut och vidta åtgärder utan patientens godkännande. Mötet ska primärt utgå från den enskildes vård, omsorgsbehov, situation och önskemål i vård och omsorgsarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Mötet ska vara jämbördigt och ömsesidigt vilket ställer höga krav på sjuksköterskans kompetens, sociala förmåga och lämplighet. Sjuksköterskan är en nyckelperson som beroende av kompetens och lämplighet antingen kan underlätta eller hindra delaktighet (Fridell, 1998). Enligt Cahill (1998) är involvering, medverkan och samarbete de centrala komponenterna i delaktighet. Detta styrks av Patientlagen som syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet (SFS 2014:821).

Att studera vilka faktorer som påverkar delaktighet inom vården anses relevant och intressant, då de både kan främja och hindra delaktigheten. Förhoppningen är att öka kunskapen om hur patienten upplever sin delaktighet i omvårdnadsarbetet, samt ge vårdpersonal kunskap att använda sig av i omvårdnadsarbetet för att öka patienters delaktighet och även förbättra vårdupplevelsen.

### Syfte

Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar patientens delaktighet.

### Material och Metod

#### Design

För att synliggöra det valda ämnet har en litteraturöversikt gjorts, vilket innebär att en kunskapsöversikt har genomförts, genom att söka, kritiskt granska samt sammanställa forskning av vetenskaplig kvalitet inom valda ämne (Friberg, 2009; Forsberg & Wengström, 2013). Ämnet som valdes var väl beforskat, vilket medförde svårigheter att begränsa informationen, och fenomenet som studerades undersöktes från flera vinklar och situationer (Ekengren & Hinnfors, 2006). Artiklar med kvalitativ ansats valdes då fokus



läggs på tolkande analyser och människors egna upplevelser i sammanhanget (Patel & Davidsson, 2003; Forsberg & Wengström, 2013). Vid sammanställning av artiklarna som ligger till grund för litteraturöversikten och dess resultat, utmynnande det i två huvudkategorier och fem kategorier. Dessa är presenterade i Tabell 1 och i texten som är flytande nedan. Det gjordes en litteraturöversikt med kvalitativ ansats, innehållande 12 kvalitativa artiklar som alla berör faktorer som påverkar patientens delaktighet. Litteraturöversiktens syfte skrevs upp på ett A4 papper med tydlig stor text för att behålla fokus. Artiklarna sammanställdes i ett gemensamt dokument där varje fynd skrevs upp och tilldelades en viss färg beroende på kategori, så de lätt skulle kunna kännas igen och slutligen sammanställas.

## Urval och datainsamling

Den systematiska sökningen genomfördes i databaserna CINAHL och PsycINFO och artiklarna var av kvalitativ ansats, kritiskt granskade, Peer reviewed, engelskspråkiga och godkända ur ett etiskt perspektiv (Corin, Ryhan & Coughlan, 2008). Fyra artiklar har även hittats via manuella sökningar i referenslistor vilka även vid senare sökningar är funna i databaserna. Willman, Stoltz & Bahtsevani (2011) förklarar att detta ger en utökad och bred sökning vilket bör genomföras. Artiklarna begränsades från år 2007 - 2018 och deltagarna var över 18 år. Sökorden var *Consumer, Patient participation, Qualitative research, Patient experience, Patient perspective, Nurs\*, Care, Factors, Person centered care, in care, Information giving, och Decisionmaking*. Enligt Polit & Beck (2013) bör sökord innehålla syftets nyckelord och synonymmer. Dessa ord har sökts för sig och i kombinationer med varandra för att få träffar som passade till syftet (Backman, 2008). Trunkering användes för att få med ordets böjning, och boolesk sökning med AND för att addera ord i sökningarna (Forsberg & Wengström, 2013). Med en boolesk sökning ökas möjligheterna till ett bättre urval, och trunkering används för att få fler ändelser till sökordet, vilket ger ett bredare resultat (Östlundh, 2012). Vissa sökningar resulterade i artiklar även funna med andra sökord, vilket stärkte artiklarnas plats i undersökningen. Då en litteraturöversikt har gjorts användes endast primärkällor för att få korrekt information och undvika feltolkningar (Friberg, 2009). Exklusionskriterierna var artiklar som innehöll endast anhörigas och sjuksköterskans perspektiv. Datasökningarna resulterade i 1851 träffar. Av dessa lästes 340 titlar. Därefter lästes 41 abstracts, och 18 artiklar lästes i fulltext varav 13 artiklar kvalitetsgranskades. Kvalitetsgranskningen gjordes utifrån ett granskningsprotokoll som var framtaget för kvalitativa artiklar (Bilaga 1). Protokollet bestod av 12 frågor och var uppdelat i två stycken. För att artikeln skulle inkluderas krävdes svaret "Ja" på samtliga fyra frågor i första delen. Därefter krävdes minst sex "Ja" av åtta frågor i den andra delen för att inkluderas i litteraturöversikten. Det var två frågor som var svåra att finna i åtta av artiklarna, vilka var frågan om metoden diskuteras mot kvalitetsäkringsbegrepp och frågan om forskningsmetod. Efter kvalitetsgranskning exkluderades fem artiklar av 13 st, vilket resulterade i åtta artiklar som var godkända till resultatet varav en dubblett. När de fyra manuellt funna artiklarna var tillagda till resultatet, inkluderades sammanlagt

12 artiklar. Fem var genomförda i Sverige, en i Storbritannien, en i USA, en i Irland, tre i Norge och en i Australien.

## Dataanalys

Analysen är utförd utifrån en induktiv ansats vilket innebär att utifrån observationer försöka skapa en giltig teori byggd på generalisering (Backman, 2008). Analysen av artiklarna bearbetades utifrån Fribergs femstegsmodell (Friberg, 2009). Första steget var att artiklarna skrevs ut i pappersform och lästes noggrant för att ge ökad kunskap och förståelse för sammanhanget. Därefter har en sammanfattning och sammanställning av alla artiklar gjorts för att få en tydlig översikt över informationen som hämtats (Friberg 2009). Delar som handlar om litteraturöversiktens syfte har markerats med olika färgpennor beroende på kategori för att lättare hittas igen (Polit & Beck, 2013). Artiklarna sammanställdes i ett gemensamt dokument där varje fynd skrevs upp och tilldelades en viss färg beroende på kategori, så de lätt skulle kunna kännas igen, ge en god överblick och slutligen sammanställas. En diskussion om fynden fördes för att undvika missförstånd vilket gjordes för att säkerhetsställa hög nivå och för att stärka resultatet. Det engelska språket påverkade analysarbetet varför beaktningar och tolkningar gjordes. Google translate och lexikon har tillämpats vid tillfällen då studierna var svåra att tolka, men dessa tillfällen nyttjades extra noggrannhet för att fokusera på syftet. För att lättare hålla fokus på syftet under granskningarna har ett A4 papper med litteraturöversiktens syfte skrivits med färgpenna och satts upp på väggen vid granskningstillfällena.

## Etiska överväganden

Alla artiklar i litteraturöversikten är etikprövade och godkända av en etisk kommitté. Om det inte framkommer att och hur de etikprövats exkluderas dessa, vilket görs för att skydda personerna som deltagit i studien (Polit & Beck, 2013). Detta stärks av Lagen om etikprovning som avser människor (SFS 2003:460). Lagen finns för att värna om den enskildes integritet samt människovärdet. Det är av stor vikt att i forskningsetiken prioritera människors rättigheter, lika värde, självbestämmande och integritet (Kjellström, 2017). För att skydda information om de som deltagit i forskningen finns personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Detta för att inte kränka enskild individ då känslig information kan lämnas ut vid forskning. Det är av stor vikt att alla deltagare i forskningen har förståelse för vad som skall göras och lämnar samtycke till deltagande (Prop. 2002/03:50). Vid en litteraturöversikt behövs ingen etisk provning, men det etiska tänkandet ska ändå finnas med, och syftet med litteraturöversikten ska motiveras (Kjellström, 2017). Innan litteraturöversikten startades diskuterades och reflekterades förförståelsen gällande syftet, vilket innebär att kunskap, värderingar och erfarenheter kan finnas som kan påverka processen i forskning (Priebe & Landström, 2012). På grund av både goda och sämre erfarenheter gällande patientdelaktighet har detta funnits med som en medvetenhet under processen. En medvetenhet om detta innebär att resultat

inte har fabricerats eller utelämnats för att stämma överens med förförståelsen, tankar och åsikter (Polit & Beck, 2013).

## Resultat

Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar patientens delaktighet. Resultatet visade att det är flera faktorer som påverkar patientens upplevelse, och flertal faktorer är återkommande som visade sig vara avgörande för att delaktighet ska uppnås. I slutändan utmynnande resultatet i två kategorier och fem underkategorier vilka presenteras i Tabell 1.

Tabell 1

Kategori	Underkategori
Patienten	Delaktighet på eget initiativ Patientens ålder Anhörigstöd
Vårdpersonal	Bemötande från vårdpersonal Tid för patienten

## Patienten

### Delaktighet på eget initiativ

När patienten själv var beslutsam, målinriktad och ville ta eget ansvar för sin vård visade det sig leda till eget initiativtagande och därav möjlighet till mer individanpassad behandling och bättre behandlingsresultat (Latimer, Chaboyer & Gillespie, 2014). Personlighet och karaktärsdrag påverkade patientens egen vilja att vara delaktig, och likaså vilka tidigare upplevelser den haft, både inom organisationen och av vårdpersonal (Flink et al., 2012). Eget ansvarstagande och att söka en aktiv roll i sin behandling ansågs av patienterna vara viktigt då det skapade en bättre kontroll över sin vårdssituation (Frank, Asp & Dahlberg, 2008; Latimer et al., 2014). Viljan att

vara oberoende och självständig fick många patienter att orka mer än vad som väntas av dem (Nyborg, Danbolt & Kirkevold, 2017).

När patienten själv fick valmöjligheten att välja behandlingsmetod ökade förtroendet och respekten till sjuksköterskan (Beach et al., 2017). Tillit, attityder och empati hos sjuksköterskan visade sig vara viktiga faktorer för att patienter ska känna viljan till delaktighet. Detta ledde till ett ökat förtroende till vårdpersonal, då det gav patienten möjlighet att acceptera eller avsäga sig rekommendationer och vård (Flink et al., 2012; Harder, Ballinger, Langridge, Ring & Fallowfield, 2013).

Patienter med hierarkisk inställning mot vårdpersonal hade sämre vilja att vara delaktig, och de som hörde till den äldre generationen var uppvuxna med att vara lydiga och inte ifrågasättande mot vårdpersonal. Information från vårdpersonal skulle inte ifrågasättas eller kritiseras och därför sågs en högre grad av passivitet från äldre patienter (Foss, 2011; Hughes & Goldie, 2009). Ett flertal patienter hade stort förtroende för att deras läkare var lika uppdaterade som resten av världens läkare, men att patienterna då antog en passiv roll i delaktigheten och accepterade läkarens ord (Heggland, Mikkelsen & Hausken, 2013). Patienter som vårdades i ett palliativt skede ville i vissa fall helt eller delvis avsäga sig delaktigheten i sin vård. Den energi de hade kvar ville de lägga på att vara närvarande med sina närmast anhöriga, istället för att överväga beslut om behandlingar eller läkemedel (Hughes & Goldie, 2009).

### Patientens ålder

Äldre patienter ansåg att det var lättare att få en pratstund med sjuksköterskan förr, och upplevde nu att personal stressar betydligt mer (Foss, 2011; Beach, Branyon & Saha, 2017). Patienters åsikter och tankar behandlades inte med lika mycket respekt som de yngres. Utanförskap och dålig kommunikation gjorde att äldre inte hade något annat val än att lita på personal, men att det ansågs vara en generationsfråga (Foss, 2011). Vårdpersonal kunde också använda andra mer olämpliga uttryck i närheten av äldre patienter vilket skapade oro. Detta antas bero på att äldre generationers attityder ofta uppfattas som mer okomplicerade och enklare än yngres, och därför tas som ovilja till delaktighet på grund av deras tilltro till vårdpersonal (Foss, 2011). Äldre patienter som klarade att ta hand om sig själva men som ändå hamnade på sjukhus av andra anledningar, blev missuppfattade som ej kapabla till sin egen vård, trots att de ville och hade förmågan (Nyborg et al., 2017). Då de äldre patienterna hade olika strategier för att bli hörda fick de som hade bättre självförtroende mer uppmärksamhet än de som var av åsikten att allt som vårdpersonal behöver veta står i deras journal (Flink et al., 2012; Foss, 2011). Äldre patienter upplevde ofta ett utanförskap när personalen pratade fort eller fler som pratade samtidigt. Eftersom äldre kan ha sämre hörsel samt svårt att fokusera på en person i taget, ledde detta till barriärer i känslan av delaktighet (Foss, 2011; Frank et al., 2008).

## Anhörigstöd

Anhörigstöd ansågs vara en avgörande faktor för delaktigheten i den egna vården, och att äldre patienter gärna väntade att samtala med vårdpersonal tills anhörig kommer för att känna sig trygga. Detta uppmuntrades från vårdpersonal då det kan ge en bättre inblick i olika behandlingsmöjligheter (Foss, 2011; Harder et al., 2013). De äldre patienterna sa även att de uppskattar anhöriga och behöver dem för att lättare förstå, men att de ändå vill bestämma själva i slutänden (Nyborg et al., 2017). Det visade sig även att anhöriga gärna ville vara med vid beslut för att öka sin egen känsla av trygghet (Nyborg et al., 2017). För att öka delaktigheten samt erhålla uppmärksamheten av vårdpersonal, var anhörigstöd en viktig roll för patienten, speciellt i de fall då patienten själv inte hade möjligheten att påkalla uppmärksamheten från personal (Frank et al., 2008). Patienter orkade inte prata med en sjuksköterska som upplevdes stressad och bestämde sig därför att vänta till sina anhöriga kom (Foss, 2011). Patienterna behövde sina anhöriga för att komma över eventuella kommunikationsbarriärer med vårdpersonal. Det underlättades av att en närstående var med vid besöket, då det gav patienterna bättre självförtroende. Familj, vänner och anhöriga hade stor betydelse för patienter angående läkemedels-konsultation, fortsatta behandling och beslutsfattande i den egna vården (Harder et al., 2013; Flink et al., 2012).

## Vårdpersonal

### Bemötande från vårdpersonal

Trevligt och individanpassat bemötande från vårdpersonal var uppskattat av patienter (Flink, et al., 2012). Patienter förväntade sig att vårdpersonal ska uppmuntra dem till att vara delaktiga (Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007). För att delaktighet ska uppnås behöver patienten få informationen gällande sin situation, vilka möjligheter och konsekvenser som finns (Foss, 2011). Vårdpersonal behöver ge mer och bättre information om vad som behövs av patienten för att stärka säker vård och göra patienten mer delaktig. Detta för att patienten ska kunna påverka sin egen vård och uppföljning och själv skapa sig en aktiv roll i sin vård (Flink, Öhlén, Hansagi, Barach & Olson, 2012; Latimer et al., 2014).

Patienter som mottog en positiv attityd och fick personcentrerad vård var mer villiga att kommunicera tillbaka (Flink et al., 2012). Detta ledde till att sjuksköterskan antog att patienten hade förtroende för henne (Foss, 2011). Ett flertal patienter hade stort förtroende för att deras läkare var lika uppdaterade som resten av världens läkare, men att patienterna då antog en passiv roll i delaktigheten och accepterade läkarens ord (Hegglund, Mikkelsen & Hausken, 2013). En förutsättning för att patientens upplevelse av delaktighet ska infinna sig var behovet av att känna sig sedd och förstådd av vårdpersonal (Frank et al., 2008; Beach et al., 2017; Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2009). Detta innefattade att lyssna, ha ögonkontakt, bekräfta, förklara och låta patienten tala. Patientdelaktighet visade sig även betyda att erhålla

förståelse för livssituationen, och därmed se helheten hos patienterna (Frank et al., 2008). Trots bristande kommunikationsförmåga hos patienten kunde känslan av delaktighet skapas bara genom att vårdpersonalen informerade patienten om händelseförloppet (Höglund et al., 2010). Genom att ge inneliggande patienter uppmärksamhet utöver undersökningstillfället skapades en ökad samhörighetskänsla, ökad känsla av att vara viktig och höjd motivation till sin egenvård (Frank et al., 2008; Näsström, Idvall & Strömberg, 2015). När patienten själv fick ställas inför behandlingsalternativ, överväga och välja metod för sin behandling gav det ökat intresse och höjd motivation (Larsson et al., 2007).

### Tid för patienten

Känslan av att vårdpersonal tar sig tid var en viktig faktor för att delaktighet skulle uppnås (Foss, 2011). Tiden visade sig vara avgörande, då respekten och förtroendet för sjuksköterskan påverkades negativt vid stressade möten (Beach et al., 2017). När patienter fick reflektera fritt över deras vårdvistelse visade det sig i att de kände sig utanför i sin vårdsituation, och ansåg att vårdpersonal stressar och springer fram och tillbaka. Vissa ansåg att personal var trevlig och kunde svara på deras frågor samtidigt som andra upplevde personal oerhört stressad och att tidsbristen inte gav utrymme för patientdelaktighet. Detta gällde även informationen patienterna själva hade velat ge angående sin situation, men begränsade den, då frågorna personalen ställde var korta och få (Foss, 2011; Flink et al., 2012). Om vårdpersonalen trots tidsbrist kom och tittade till patienten utan att ha ett särskilt ärende, ökade känslan av tillhörighet och delaktighet (Frank et al., 2008). När vårdpersonal passade tiden till mötet påverkade det patientens motivation positivt. Patienterna upplevde då att deras tid kändes värdesatt samt att mötet inte behövde skyndas på, vilket gav mer tid för diskussion och frågor (Beach et al., 2017). En stressad miljö minskade delaktigheten då patienter inte vill känna sig i vägen eller besvärliga. Patienter kunde känna ångest av att fatta beslut, och när de inte fick den tid de behövde för övervägning ökade risken för att de bara gjorde som de blev tillsagda, och diskussionen med vårdpersonal uteblev. Detta ledde i förlängningen till att delaktighet uteblev (Hughes et al., 2009; Höglund et al., 2009). När vårdpersonal istället försäkrade sig om att patienten har förstått informationen om sin situation och kände sig bekräftad och sedd, infann sig känslan av delaktighet. Då erhöll patienterna känslan av att vårdpersonalen tog sig tid samt tillät en stund att reflektera (Höglund et al., 2009). Många patienter upplevde att vänta på sin tur i väntrummet är en krävande situation. I några fall tröttnade patienterna på att inte erhålla hjälp i väntrummet och lämnade sjukhuset, då personal återkommande gånger påtalat att "de kommer snart". Andra patienter blev missnöjda redan innan de hade erhållit vård och erhöll känslan av marginalisering (Flink et al., 2012).

## Diskussion

### Metoddiskussion

Metoden som användes för att besvara syftet var en litteraturöversikt med induktiv ansats, vilket innebär att data samlas in för att sedan formulera begrepp i form av teorier eller hypoteser (Backman, 2008). Syftet var att beskriva vilka faktorer som påverkar patienters delaktighet och har därför en kvalitativ ansats. Denna metod anses vara passande då det undersöktes vilka faktorer som patienterna upplevde svarade på syftet (Forsberg & Wengström 2003). Artiklarna var beskrivande och svarade på syftet. Målet var tydligt från start och utifrån detta utreddes om det fanns faktorer som kunde leda till att delaktighet kan förbättras inom vården. Kvalitetsbegrepp som trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet har beaktats under hela sökningsarbetet.

Sökorden togs fram med hjälp av en bibliotekarie på Högskolebiblioteket i Jönköping och rekommenderade att använda artiklar från de senaste tio åren, 2008-2018. En artikel från 2007 inkluderades då den ansågs mycket relevant och berörde ämnet väl. De databaser som användes valdes då de hade störst arkiv av artiklar som var träffande utifrån syftet. Sökningar gjordes först i databasen CINAHL, och sedan i PsycINFO. PsycINFO innehåller referenser till artiklar inom psykologi och angränsande ämnesområden och CINAHL täcker främst omvårdnad. Det framkom att en artikel var dubblätt och fanns både i CINAHL och PsycINFO, vilket stärkte trovärdigheten på resultatet. Sökningar på fler databaser ger en högre trovärdighet och större möjlighet till att hitta fler artiklar (Henricson, 2017). Fyra artiklar är även funna genom manuell sökning efter att ha läst vetenskapliga artiklar som berör syftet i litteraturöversikten. De hittades även i databaserna vid sökning på artikelrubrikerna, vilket ansågs stärka trovärdigheten då alla artiklar är relaterade till omvårdnadsforskning (Östlundh, 2017). Ett av Hälsohögskolan i Jönköping framtaget granskningsprotokoll för kvalitativa artiklar användes för att kvalitetsgranska de artiklarna som svarade på syftet, och de skulle ha minst 10 poäng av 12 st. Åtta artiklar hade endast elva poäng. Där saknades frågan om metoden diskuterats mot kvalitetssäkringsbegrepp i metoddiskussionen eller frågan om forskningsmetod.

Artiklarna var alla skrivna på engelska, och då inte det är modersmål fanns en risk att misstolka. Lexikon och Google translate var hjälpmedel vid svårare ord och ordspråk, men fortfarande fanns risk för feltolkningar och ordets rätta betydelse kunde vara svårt att framföra rättvist. Enligt Kjellström (2017) gjordes därför fria tolkningar och översättningar för att göra texten så rättvis som möjligt. Tre av artiklarna innehöll dubbelt perspektiv, en med patient och anhörigperspektiv och två med patient och vårdgivarperspektiv, men endast patientperspektiv beaktades, för att beskriva utifrån patientens perspektiv. Granskare av litteraturöversikten användes för att diskutera tolkningarna och för att få en högre trovärdighet av begreppen (Henricson, 2017). Då en förförståelse funnits från början fördes en diskussion för att öka medvetenheten och minska möjligen att den kunde påverka resultatet. Risk

finns ändå att det påverkat något då det inte går att utesluta förförståelsens betydelse (Henricson, 2017). Det som förvånade var att åtta av artiklarna var från Skandinavien, varav fem från Sverige. Det ansågs intressant och relevant, och bekräftade att Sverige står i framkant vad gäller patientdelaktighet. En anledning till att det forskas mycket inom området i Sverige kan vara att Patientlagen säger att patienten i möjligaste mån skall vara delaktig i sin vård och att främja självbestämmande. Dessutom påvisar det att Sverige arbetar enligt våra lagar och förordningar och delaktighet är en grundsten (SFS 2014:821). Detta styrks också av Hälso och sjukvårdslagen som säger att patienten ska vara delaktig i beslutsfattning i sin egen vård (SFS 2017:30).

Tillsammans har medbedömning av artikelns resultat tillämpats vilket senare har enat en betydelse och stärkt trovärdigheten i arbetet. Under hela litteraturöversiktens gång har synpunkter och åsikter påtalats av handledare, kurskamrater samt vänner för att stärka kvaliteten på arbetet (Henricson, 2017). Artiklarna är skrivna 2007-2018 för att ge så uppdaterad och aktuell information som möjligt. Artiklarna som resultatet bygger på berörde huvudsakligen allmänna upplevelser av vården och ibland handlar de om en specifik sjukhusvistelse eller behandlingsmetod som patienten upplevt. Då artiklarna som användes i litteraturöversikten har stor variation i patientgrupper, vårdavdelning samt nationalitet anses tillförlitligheten vara hög. Det gjorde att delaktighet belystes från fler perspektiv och blev en intressant läsning. Om fler artiklar med mer bredd hade hittats hade tillförlitligheten stärkts ytterligare. Å andra sidan berörde de mer nischade artiklarna sådant som kanske annars hade gått förlorat. Resultatet kunde ha effektiviserats genom att bearbeta och strukturera upp artiklarnas syfte och resultat i ett tidigare skede. Då hade resultatet fått en tydligare sammanställning, och arbetet hade blivit mer lättarbetat. Som tidigare nämnts har en medvetenhet om förförståelse funnits, men trots att den fanns där kan inte uteslutas att den har påverkat resultatet (Henricson, 2012). Resultatet upplevdes som svårtolkat emellanåt då delaktighet är ett brett begrepp och resultaten flyter samman med varandra. Fokus var hela tiden att behålla den röda tråden. För att styrka dataanalys och val av kategorier och underkategorier kan en utomstående person kopplas in för att granska, vilket utfördes. Senare fördes diskussioner med vänner samt handledningsgruppen under skrivprocessen, vilket rekommenderas av Henricson (2017).

## Resultatdiskussion

Uppmuntran av vårdpersonal att delta i sin egen vård sker mer och mer och leder till att fler patienter blir delaktiga (Socialstyrelsen, 2015). Patientens vilja att vara delaktig underlättar för att skapa en personcentrerad vård då det blir tydligt vad patienten själv önskar (Oldknow, Cornish & Newman, 2012). Patienter som kommer pålästa och har egna idéer anses positivt. Här krävs att vårdpersonal själv är påläst och har tålamod att föra en diskussion med patienten. Detta utförs på ett personcentrerat sätt tillsammans med patienten, för att komma fram till en behandling som passar bäst. Så länge patienten är öppen för diskussion är det en tillgång att de kommer pålästa (Dilliway & Maudsley, 2008). Patienten har rätt att genom ett aktivt beslut inte längre



ställas inför val rörande sin behandling eller vård, utan kan överlåta det ansvaret till personalen eller anhöriga. Detta ska respekteras, men patienten ska bli informerad om att det närsomhelst går att återkalla sitt beslut (SFS 2014:821). Detta kan lindra oro och stress samt ge mer tid över till annat och höja livskvalitet. Då vårdens syfte är att öka livskvalitet kan överlåtande av beslut vara ett alternativ, framförallt för äldre eller människor i livets slutskede. I detta skede anses kommunikation och information vara av hög vikt.

Vårdkulturen har ändrats de senaste åren, vilket kan skapa förvirring hos äldre patienter. Patienter förväntas idag vara aktiva och ta egna beslut (SFS 2014:821). I kombination med tidsbrist leder det till att patienten ej sätter sig in i sin vård, utan gör istället som vårdpersonalen säger utan att reflektera. Detta leder till att patienten går miste om behandlingsmetoder som kunde varit aktuella och mer individanpassade. Det var även lättare att bli missförstådd som äldre patient och ej betrodd med kunskapen patienten besitter. Detta har med vårdpersonalens vårdande och hjälpsamma behov att göra, men som kan leda till att patientens egna resurser inte utnyttjas (Strandberg & Jansson, 2003). Detta kan ha sin förklaring i att vårdpersonal inte anser sig vara tillräckligt förberedda i mötet med äldre patienter (Griffiths, Knight, Harwood & Gladman, 2014). Vård av äldre omfattas av ett personcentrerat förhållningssätt vilket innebär att en problemorientering av hela den äldres tillstånd och livssituation ska utföras. En helhetssyn där olika instanser samverkar är en avgörande faktor för att bedömning och behandling ska bli individanpassat (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). Ålder visade sig vara en begränsning hos äldre patienter, då hörsel var en barriär. För att patienter med sämre hörsel ska kunna vara delaktiga behöver vårdpersonal hitta strategier för att kommunicera och uppmuntra dem att vara autonoma och delaktiga (Hardin, 2012).

Anhöriga ska ges möjlighet att medverka vid utformning av vården, om inte sekretess förefaller (SFS 2018:554). I en situation där patienten känner sig osäker kan en anhörig vara betryggande att ha med både för patienten och för vårdpersonalen. En anhörig kan vara en resurs och orka ta diskussioner, ställa frågor, verka lugnande samt ge användbar information om patientens livssituation (Pelzang, 2010). Även för vårdpersonal var anhöriga ett stöd genom deras förmåga att upptäcka patientens behov och hjälpa till med daglig omvårdnad (Partanen, Lemetti & Haavisto, 2018). Det finns även risker med att anhöriga är delaktiga. Patienten kan undanhålla information eller låta bli att ställa generande frågor med sin anhörige närvarande. Det förekommer möten med anhöriga som inte vill att sin respektive ska ta emot vård på grund av bristande stöd och respekt från vårdpersonal. Detta kan leda till att anhöriga upplever en känsla av maktlöshet och stress (Fisker & Strandmark, 2007). Att se sin närstående bli sämre var mycket traumatiskt, och anhörigas psykiska hälsa uppmärksammades i mindre skala. (Andersson, Frank, Willman, Sandman & Hansebo, 2015). Anhöriga upplevde även att de inte fick möjlighet att bli involverade, och bristen på kontakt med vårdpersonal samt bristande information om vårdplanen var några av faktorerna till det. Det ledde till frustration bland anhöriga som egentligen ville ha mer insikt (Sivertsen, Lawson-Smith & Lindhardt, 2018).

I stressade situationer kan det hända att patienter glöms bort eller bortprioriteras, men även ett kort möte som är individanpassat och personcentrerat kan göra stor skillnad i känslan av delaktighet. Pelzang (2010) antyder att även om personalen värderar personcentrerad vård, kan för många antal patienter på en gång och tidsbrist påverka patienten negativt. Vissa patienter behöver mer bekräftelse, få prata av sig och ställa frågor medan andra är mer introverta och vill endast ha fakta. Vårdpersonal som kan individanpassa sitt bemötande och visa uppmuntran trots tidspress gör stor skillnad för patientens känsla av delaktighet (Lyttle & Ryan, 2010). En förutsättning för patientens upplevelse av delaktighet var behovet av att känna sig sedd och förstörd av vårdpersonal. Därför finns det mycket att vinna om vårdpersonal satsar på bekräftande bemötande. Arbetsplatser där alla professioner aktivt arbetar för att ge patienter en ökad känsla av delaktighet ger bättre resultat. För att gruppen ska lyckas är ett starkt ledarskap en viktig faktor för att nå målet. En ledare som visar stöd och uppmuntran för denna typ av arbete ökar avdelningens chans att ge ett mer uppmuntrande bemötande. I förlängningen leder det till att patienterna erhåller en stärkt känsla av att vilja ha kontroll över sin egen situation och bättre hälsa (Nygårdh, Malm, Wikby & Ahlström, 2014).

En samskapande omvårdnad handlar om relationen mellan vårdgivare och vårdtagare, att lära av varandra och på så vis få en så bra vårdupplevelse som möjligt (Lindh, Lidén & Lindblad, 2011). Vård ska bedrivas med mål att kontakten mellan vårdpersonal och patient är så god som möjligt (Prop.1998/99:4). Goda vårdrelationer främjar delaktighet, samt att god vård uppstår när vårdrelation skapas. Ett bra kunskapsutbyte mellan sjuksköterska, patient och närstående gör det lättare för patienten att nå sina mål trots sjukdom. Om vårdpersonalen kan engagera patienten i planeringen av sin behandling, gällande både senaste forskning och vikten av att sätta sig in i lagar och förordningar, leder detta till att patienten erhåller god och säker vård (Carman & Workman, 2017). Detta styrks av Pelzang (2010) som visar att engagemang och ett gemensamt mål från organisationen, ledarskap och vårdpersonal är nödvändigt om arbetet ska bli personcentrerat och leda till patientdelaktighet.

När vårdpersonal behärskar praktiska och teoretiska kunskaper, har en professionell hållning och arbetar personcentrerat möjliggörs partnerskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). När patienter blivit professionellt bemötta resulterar det i förtroende och känsla av kontakt med sjuksköterskan. Vidare leder detta till en bättre självbild, känsla av säkerhet, välbefinnande, att vara accepterad och en känsla av att läka (Halldorsdottir & Hamrin, 1997). Goda relationer leder till minskad stress och ökad trygghet, vilket kan ge positiva somatiska effekter. Bra relationer leder till att produktion av cytokiner minskar, vilket gör att inflammatoriska processer i kroppen dämpas eller motverkas (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles, & Glaser, 2002). Det kan uppstå svårigheter med samskapande omvårdnad då inte alla patienter vill vara delaktiga i sin vård. Vissa har inte informationen eller kunskapen om att samskapande omvårdnad ofta leder till förbättringar i vårdresultatet. Detta leder till utmaningar för vårdpersonal, och kan vara svårt att känna igen när patient och anhöriga önskar en mer delaktig roll, eller när de vill avstå delaktighet (Batalden, et al., 2016).

## **Slutsats**

Resultatet genererade i fem faktorer som var utmärkande för patientens delaktighet. När patienten var delaktig på eget initiativ ledde det till bättre behandlingsresultat. Känslan av att känna sig sedd och viktig av sjuksköterskan gjorde att patienten tog sitt tillstånd på större allvar och därmed ville vara delaktig. Ett personcentrerat bemötande gav positiva effekter för patienten. Äldre patienter blev ofta missförstådda och upplevde utanförskap. Anhörigstöd var en faktor för att minska barriärer och underlätta i kommunikationen med sjuksköterskan. Det visade sig att lite extra tid till patienten gjorde stor skillnad i vårdupplevelsen. Sjuksköterskan bör ha ett individanpassat och bekräftande bemötande. Genom att sjuksköterskan arbetade personcentrerat ökade patientens känsla av delaktighet. Det vore intressant att forska vidare om hur det första mötet mellan patient och sjuksköterska påverkar vårdupplevelsen.

## **Kliniska implikationer**

För att delaktighet ska bli bättre och utövas på ett mer effektivt sätt, kan sjuksköterskan informera och diskutera om delaktighet redan vid första mötet med patienten. Sjuksköterskan bör fråga om det finns intresse att vara delaktig i sin egen vård. Om intresse finns kan patienten vara en resurs i behandlingsförloppet. Om patienten inte önskar eller har möjlighet att vara delaktig anpassar sjuksköterskan sitt bemötande. I detta skede är kommunikation och information mycket viktigt. Kunskapen som sjuksköterskan besitter om delaktighet behöver implementeras hos patienten. Ett alternativ för att uppnå detta, skulle kunna vara att en sjuksköterska på arbetsplatsen går på utbildningar och sedan utbildar resterande personal. Detta kräver återkommande utbildningar och stöd från organisationen. Litteraturöversikten kan vara ett stöd för sjuksköterskan att öka sin medvetenhet och kunskap om faktorerna som påverkar patientens delaktighet. Som nyutexaminerad sjuksköterska kan litteraturöversikten vara ett stöd vid implementering av delaktighet på ny arbetsplats.

## Referenser

Resultatartiklar är markerade med asterisk (\*).

Andersson, Å., Frank, C., Willman, A.M.L., Sandman, P-O., & Hansebo, G. (2015). Adverse events in nursing: A retrospective study of reports of patient and relative experiences. *International Nursing Review*, 62(3), 377-385. doi:10.1111/inr.12192

Backman, J. (2008). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur

Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opiari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. *BMJ Quality and Safety*, 25(7), 509-517. doi:2015004315

\*Beach, M. C., Branyon, E., & Saha, S. (2017). Diverse patient perspectives on respect in healthcare: A qualitative study. *Patient Education & Counseling*, 100(11), 2076–2080. doi:10.1016/j.pec.2017.05.010

Cahill, J. (1998). Patient participation: a review of literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 119-128. doi:10.1046/j.1365-2702.1998.00132.x

Carman, K. L., & Workman, T. A. (2017). Engaging patients and consumers in research evidence: Applying the conceptual model of patient and family engagement. *Patient Education & Counseling*, 100(1), 25–29. doi:10.1016/j.pec.2016.07.009

Cronin P, Ryan F, & Coughlan M. (2008). Undertaking a literature review: a step-by-step approach. *British Journal of Nursing*, 17(1), 38–43. doi:10.12968/bjon.2008.17.1.28059

Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions- a review of evidence*. The health Foundation and Picker Institute. London:Picker Institute.

Dilliway, G. & Maudsley, G. (2008). Patients bring information to primary care consultation: a cross-sectional (questionnaire) study of doctors' and nurses' view of its impact. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14, 545-547. doi:10.1111/j.1365-2753.2007.00911.x

Dudas, K., Olsson, L-O., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2012). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centered care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 521-528. doi:10.1177/1474515112472270

Edvardsson, D. (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur

Ekengren, A-M & Hinnfors, J. (2006). *Uppsatshandbok- Hur du lyckas med din uppsats*. Lund: Studentlitteratur.

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ...Stibrant, K. (2011). Person-centered care: ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 148-151. doi:10.1016/ejcnurse.2011.06.008

Fisker T, & Strandmark M. (2007). Experiences of surviving spouse of terminally ill spouse: a phenomenological study of an altruistic perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(2), 274–281. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00466.x

\*Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H., Barach, P., & Olsson, M. (2012). Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care- a qualitative study of patient perspectives. *BMJ Journals*. 21(1) 76-83. doi:10.1136/bmjqs-2012-001179

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

\*Foss, C. (2011). Elders and patient participation revisited- a discourse analytic approach to older person´s reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing*, 20(13/14), 2014-2022. doi:10.1111/j. 1365-2702.2010.03505.x

\*Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2008). Patient participation in emergency care- A phenomenographic study based on patients´ lived experience. *International Emergency Nursing*. 17(1) 15-22. doi:10.1016/j.ienj.2008.09.003

Friberg, F. (2009). Att göra en litteraturoversikt. F. Friberg (red). *Dags för uppsats* (s.121-132) Lund: Studentlitteratur

Fridell, S. (1998). *Rum för vårdens möten*. Institutionen för Arkitektur och stadsbyggnad. Avhandling. Stockholm: Kungliga Tekniska Högskolan

Griffiths, A., Knight, A., Harwood, R., & Gladman, J. R. (2014). Preparation to care for confused older patients in general hospitals: a study of UK health professionals. *Age & Ageing*, 43(4), 521-527. doi:10.1093/ageing/aft171

Halldorsdottir S, & Hamrin E. (1997). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient's perspective. *Cancer Nursing*, 20(2), 120–128. doi:10.1097/00002820-199704000-00007

\*Harder, H., Ballinger, R., Langridge, C., Ring, A., & Fallowfield, L.J. (2013). Adjuvant chemotherapy in elderly woman with breast cancer: patients´ perspectives on information giving and decision making. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2729-2735. doi:10.1002/pon.3338

Hardin, S.R. (2012). Hearing Loss in Older Critical Care Patients: Participation in Decision Making. *Critical Care Nurses*, 32(6), 43–50. doi:10.4037/ccn2012225

\*Hegglund, L.-H., Mikkelsen, A., & Hausken, K. (2013). Models, phases and cases of patient participation in decision-making in surgical treatment in Norway: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 15(1), 39–44. doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00716.x

Henricson, M. (red). (2017) *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

\*Hughes CM., & Goldie R. (2009). “I just take what I am given”: adherence and resident involvement in decision making on medicines in nursing homes for older people: a qualitative survey. *Drugs & Aging*, 26(6), 505–517. doi:10.2165/00002512-200926060-00007

\*Höglund, AT., Winblad U., Arnetz B., & Arnetz JE. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24(3), 482–489. doi:10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x

Johansson P, Oléni M, & Fridlund B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337–344. doi:10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x

Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: New perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 83-107. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135217

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K., & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (red). *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57-80). Lund: Studentlitteratur

\*Larsson IE, Sahlsten MJ, Sjöström B, Lindencrona CS, & Plos KA. (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21(3), 313–320. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00471.x

\*Latimer, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Patient participation in pressure injury prevention: giving patient’s a voice. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 28(4), 648-656. doi:10.1111/scs.12088

Lindhahl B, Lidén E, & Lindblad B. (2011). A meta-synthesis describing the relationships between patients, informal caregivers and health professionals in home-care settings. *Journal of Clinical Nursing*, 20(3-4), 454-463. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03008.x

Loh, S., Simon, D., Wills, C., Kriston, C., Niebling, W., Härter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*. 67(3) 324-332. doi:10.1016/j.pec.2007.03.023

Lyttle DJ, & Ryan A. (2010). Factors influencing older patients' participation in care: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 5(4), 274-282. doi:10.1111/j.1748-3743.2010.00245.x

McCormack, B., & McCance, T.V. (2010). Introduction. *Person-centered nursing: theory and practice*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

\*Nyborg, I., Danbolt, L. J., & Kirkevold, M. (2017). User participation is a family matter: A multiple case study of the experiences of older, hospitalised people and their relatives. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23/24), 4353-4363. doi:10.1111/jocn.13765

Nygårdh, A., Malm, D., Wikby, K., Ahlström, G. (2014). The complexity in the implementation of empowerment-based chronic kidney care: a case study. *BMC Nursing*, 13(22). doi:10.1186/1472-6955-13-22

\*Näsström, L. M., Idvall, E. A., & Strömberg, A. E. (2015). Heart failure patients' descriptions of participation in structured home care. *Health Expectations*, 18(5), 1384-1396. doi:10.1111/hex.12120

Oldknow, H., Cornish, A., & Newman, D. (2012). Communication and collaboration in person-centred care planning. *Learning Disability Practice*, 15(3), 19-22. doi:10.7748/ldp2012.04.15.3.19.c9007

Partanen, E., Lemetti, T., & Haavisto, E. (2018). Participation of relatives in the care of cancer patients in hospital- a scoping review. *European Journal of Cancer Care* 27(2), 1-1. doi:10.1111/ecc.12821

Pelzang, R. (2010). Time to learn: understanding patient-centered care. *British Journal of Nursing*, 19(14), 912-917. doi:10.12968/bjon.2010.19.14.49050

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2013). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. (8th ed). (s. 82-118). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Pommer, A.M., Prins, L., van Rans, D., Meijer, J.W., Hul, A.V., Janssen, J., Puower, F., & Pop, V.J.M. (2013). Development and validity of the Patient-centered COPD Questionnaire (PCO). *Journal of Psychosomatic Research*, 75(6), 563-571. doi:10.1016/j.jpsychores.2013.10.001

Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M. Henricson (Red), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 32-50). Lund: Studentlitteratur

Prop. 1998/99:4. *Stärkt patientinflytande*. Tillgänglig:  
<https://www.regeringen.se/49bbe7/contentassets/81e809a2f81e4729b84a06752d4f671f/starkt-patientinflytande>

Prop. 2002/03:50. *Etikprövning av forskning*. Tillgänglig:  
<http://www.regeringen.se/contentassets/7bf6abea0doe47dabo442dd9b6b5722e/proposition-20020350>

Rothman, D.J. (2001). The origins and consequences of patient autonomy: A 25- year perspective. *Health Care analysis*, 9(3), 255-264.  
doi:10.1023/A:1012937429109.

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjöström, B., & Kaety, A.E. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*. 43(1), 211.  
doi:10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x

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

Schröder A, Ahlström G., & Wilde. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 93–102. doi:1365-2702.2005.01241

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 1998:204. *Personuppgiftslag*. Stockholm: Justitiedepartementet L6.

SFS 2003:460. *Lagen om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Sivertsen, D.M., Lawson-Smith, L., & Lindhardt, T. (2018). What relatives of older medical patients wants us to know- a mixed methods study. *BMC Nursing*, 17(1). doi:10.1186/s12912-018-0304-0

Socialstyrelsen. (2015). *Om vård- och omsorgstagares delaktighet*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen. (2018). *Så tycker äldre om äldreomsorgen 2017- En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning av kvaliteten i hemtjänst*



och särskilt boende. Hämtad 2018-11-26, från  
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-5>

Sossai, K., Gray, M., Tanner, B., Goodridge, D., & Halding, A.-G. (2011). Living with chronic obstructive pulmonary disease: experiences in northern regional Australia...including commentatry by Goodridge D and Halding AG. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 18(11), 631–642. doi:10.1111/jocn.13842

Strandberg, G., & Jansson, L. (2003). Meaning of dependency on care as narrated by nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(1), 84-91. doi:10.1046/j.1471-6712.2003.00213.x

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-10-10 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen inom vård av äldre*. Hämtad 2018-12-08 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/aldrekompwebb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentrerad Vård*. Svensk sjuksköterskeförening. Hämtad 2018-12-01 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk\\_sjukskoterskeforening\\_om\\_personcentrerad\\_vard\\_okt\\_ober\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/ssf-om-publikationer/svensk_sjukskoterskeforening_om_personcentrerad_vard_okt_ober_2016.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Värdegrund för omvårdnad*. Hämtad 2018-12-08 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad\\_reviderad\\_2016.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/vardegrund.for.omvardnad_reviderad_2016.pdf)

Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S.J., Wagner, E.H. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102. doi:10.7326/0003-4819-127-12-199712150-00008

Vårdhandboken. (2018). Personcentrerad vård. Hämtad 2018-11-26 från [http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad\\_vard/](http://www.varldhandboken.se/Texter/Bemotande-i-varld-och-omsorg-patientperspektiv/Personcentrerad_vard/)

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad - en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. Lund: Studentlitteratur.

World Health Organization (1978). *Alma-Ata: Primary Health Care "Health for all" series*, No 1. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth version*. Geneva: World Health Organization.

Östlund, L. (2012). Informationssökning. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats-vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s. 57-59). Lund: Studentlitterat

## Bilaga 1: Kvalitetsgranskning

### Protokoll för basala kvalitetskriterier för studier med kvalitativ metod

**Titel:**

---

**Författare:**

---

**Årtal:**

---

**Tidskrift:**

---

Del I.

Beskrivning av studien

Beskrivs problemet i bakgrund/inledning?                      Ja                      Nej

Kunskapsläget inom det aktuella området är        Ja                          Nej  
beskrivet?

Är syftet relevant till ert examensarbete?                          Ja                          Nej

Är urvalet beskrivet?                          Nej                          Ja

Samtliga frågor ska besvaras med ja för att artikeln ska granskas med hjälp av frågorna i Del II. Vid Nej på någon av frågorna ovan exkluderas artikeln.

---

Del II

Kvalitetsfrågor

Beskrivs vald kvalitativ metod?                          Ja                          Nej

Hänger metod och syfte ihop?                          Ja                          Nej

(Kvalitativt syfte – kvalitativt metod)

Beskrivs datainsamlingen?                          Ja                          Nej

Beskrivs dataanalysen?                          Ja                          Nej

Beskrivs etiskt tillstånd/förhållningssätt/  
ställningstagande?  Ja  Nej

Diskuteras metoden mot kvalitetssäkringsbegrepp (t ex tillförlitlighet och trovärdighet) i  
diskussionen?  Ja  Nej

Diskuteras huvudfynd i resultatdiskussionen?  
Ja  Nej

Sker återkoppling, från bakgrunden gällande, teori, begrepp eller förhållningssätt i  
diskussionen?  Nej  Ja

Är resultatet relevant för ert syfte?

Om ja, beskriv:

.....

Om nej, motivera kort varför och exkludera artikeln:

.....

Forskningsmetod/-design (t ex fenomenologi, grounded theory)

.....

Deltagarkarakteristiska

Antal.....

Ålder.....

Man/Kvinna.....

Granskare sign: .....

## Bilaga: 2

### Sökningar CINAHL

Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa fulltext	Kvalitetsgranskade	Resultat
English Peer reviewed År 2007-2018	Consumer Participation AND Nurs* AND Factors AND Person centered care	45	45	10	4	2	2
English, peer reviewed	Patient Participation in care AND Health care AND Qualitative research AND nurs*	228	128	5	3	3	2
English, peer reviewed År 2007-2018	Patient participation AND patients perspective AND information giving	7	7	1	1	1	1

## Sökningar PsychINFO

Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Lästa titlar	Lästa abstract	Lästa fulltext	Kvalitetsgranska de	Resultat
English, peer reviewedÅr 2007-2018	Patient participation AND Desicion- making	1571	160	25	10	7	4

### Bilaga: 3

Författare, (år), land, tidskrift	Titel	Syfte	Typ av studie/metod/Population	Resultat som påverkar delaktighet	Kvalitetsgranskning (max 12p)
Beach, Branyon & Saha. (2017), USA, Patient education and counseling	Diverse patient perspectives on respect in healthcare: A qualitative study	Patienter från olika kulturer beskriver sin upplevelse av bemötande från vårdpersonal. Ett anpassat bemötande påverkar pco positivt.	Kvalitativ studie där fokusgrupper bestående av Afroamerikaner, Latino och Vita norra USA intervjuas om deras upplevelser av bemötande från vårdpersonal.	Beroende på kultur och ursprung ville patienterna bli bemötta på olika sätt.	11p Saknar beskrivning av forskningsmetod
Flink, Öhlén, Hansagi, Barach & Olsson, (2012), Sverige, BMJ Journals	Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care- a qualitative study of patient perspectives.	Syftar till att förbättra kunskapen och öka förståelsen för patientens perspektiv vid förflyttningar inom vården.	Semistrukturerad pilotintervju	Attityden från ssk spelar stor roll vid överlämnandet av information, samt patientens egna förväntningar på behandlingen.	11p Saknar diskussion mot kvalitetssäkringsbegrepp
Foss, (2011), Norge; Journal of Clinical Nursing	Elders and patient participation revisited - a discourse analytic approach	Att fokusera på hur patienter agerar utefter de olika vårdprofessionerna och hur delaktigheten betraktas baserat på deras livssituation och livshistoria	Kvalitativ design med 18 djupintervjuer med äldre patienter 80-92 år. 10 män och 8 kvinnor.	Patienter hittar sätt för att de ska bli sedda och få bättre dialog med vårdpersonal. Delaktigheten främjas av tillit och tidsbristen och stress försämrar.	11 p Saknar diskussion mot kvalitetssäkringsbegrepp

Frank, Asp & Dahlberg, (2008), Sverige, International Emergency Nursing	Patient participation in emergency care- a phenomenographic study based on patient´´ lived experience.	Var att beskriva olika patienters upplevda känsla av delaktighet på en akutvårdsavdelning.	Kvalitativ fenomenologisk studie med induktiv ansats. 9 intervjuer varav 5 män och 4 kvinnor. Ålder 26-73 år.	Beskriver patienters upplevelse av delaktighet på olika sätt, och belyser vikten av att bemöta patienter individuellt.	11 p  Saknar diskussion mot kvalitetssäkringsbegrepp
Harder, Ballinger, Langridge, Ring & Fallowfield, (2013), UK, Psycho-Oncology	Adjuvant chemotherapy in elderly women with breast cancer: patients´ perspective on information giving and decision making.	En kvalitativ studie vars syfte är att undersöka äldre patienters erfarenheter och preferenser gällande information som gav slutgiltiga beslut om kemoterapi.	Kvinnor som erbjöds kemoterapi var inbjudna att delta i strukturerade intervjuer.	12% av kvinnorna ansåg att ett konsultationsmöte med vårdgivare påverkade deras beslut om behandling.	12p
Heggland, Mikkelsen & Hauksen (2012), Norge, Nursing & Health Sciences	Models, phases and cases of patient participation in decision-making in surgical treatment in Norway: A qualitative study	Förbättra förståelse för patienters delaktighet i sjukhusrelaterade beslutsprocesser.	Intervjuer,	Patienter berättar om hur de upplevde sin delaktighet omkring en operation. På vilket sätt och hur mycket information ville de ha innan.	12p
Hughes & Goldie. (2009) Northern Ireland, Original Research Article	“I Just Take What I Am Given” Adherence and Resident Involvement in Decision Making on Medicines in Nursing Homes for Older People: A Qualitative survey	Hur upplever personal och boende att läkemedelsansvar ligger på vårdpersonal?	Kvalitativ design, semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper	Äldre kunde uppleva det som avslappnande att inte ha ansvar över sin medicinering	12p



Höglund, Winblad, Arnetz, Arnetz. (2010), Sverige & USA, Scandinavian journal of caring sciences	Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel	Studien undersöker patienters och personals arbete	Intervju av fokusgrupper	Olika stadier av sjukdom ger olika möjligheter för delaktighet.	11p Saknar diskussion mot kvalitetssäkringsbegrepp
Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, (2007), Sverige, Scandinavian Journal of Caring Sciences	Patient participation in nursing care from a patient perspective: a grounded theory.	Att utforska betydelsen av patientdelaktighet från patientens synvinkel.	Grounded Theory	Kunskapen från ssk. Utbildning för ssk. JU mer insatt du är som patient desto mer delaktig.	11p Saknar diskussion mot kvalitetssäkringsbegrepp
Latimer, Chaboyer, Gillespie, (2013), Australia, Scandinavian journal of caring sciences	Patient participation in pressure injury prevention: giving patient's a voice	Lyssna på patienter om deras arbete att förebygga trycksår	Semistrukturerade intervjuer.	Patienter berättar hur de arbetar för att förebygga trycksår. Eget ansvar och samarbete med personal.	11p Saknar diskussion mot kvalitetssäkringsbegrepp
Nyborg, Danbolt, Kirkevold, (2017), Norge, Wiley journal of clinical nursing	User participation is a family matter: A multiple case study of the experience of older, hospitalised people and their relatives	Jämföra äldre patienters och deras anhörigas upplevelse av delaktighet i beslutsfattande gällande planering av vardagssysslor och utskrivning	Multipel fallstudie.	Äldre patienter berättar hur de vill ha sitt vardagsliv, ofta vill de styra så mycket som möjligt själva på länge som möjligt	11p Saknar diskussion mot kvalitetssäkringsbegrepp
Näsström, Idvall, Strömberg, (2013),	Heart failure patients' description of	Undersöka hur patienter med hjärtsvikt upplever	Kvalitativ intervjustudie	Samarbete med vårdpersonal och att ha	12p

Sverige, Expectations	Health	participation in structured home care	som får strukturerad hemsjukvård upplever sin delaktighet i hemsjukvården		en bra egen inställning anses stärka delaktigheten	
--------------------------	--------	--	--	--	--	--