

EXAMENSARBETE - KANDIDATNIVÅ

VÅRDVETENSKAP MED INRIKTNING MOT OMVÅRDNAD
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
2017:101

Delaktighet i vården
En litteraturstudie ur ett patientperspektiv

Caroline Sköld
Catrin Sköld



HÖGSKOLAN
I BORÅS

Examensarbetets titel: Delaktighet i vården – En litteraturstudie ur ett patientperspektiv
Författare: Caroline Sköld och Catrin Sköld
Huvudområde: Vårdvetenskap med inriktning mot omvårdnad
Nivå och poäng: Kandidatnivå, 15 högskolepoäng
Utbildning: Sjuksköterskeutbildningen, GSJUK15v
Handledare: Birgitta Wireklint Sundström
Examinator: Ann-Helén Sandvik

Sammanfattning

Patientsäkerhetslagen och patientlagen är framtagna som komplement till Hälso- och sjukvårdslagen. Sjuksköterskan har en viktig roll i patientsäkerhetsarbetet genom att med sin etiska kompetens försöka eftersträva en god och säker vård där patienten får vara med och påverka sin vård. Litteraturstudiens syfte var att kartlägga patientens delaktighet i sin vård. Studiens resultat grundar sig på tio artiklar, både kvalitativ och kvantitativ forskning, där patientens perspektiv är i fokus. Resultatet redovisas genom två huvudteman som beskriver *Möjligheter* och *Hinder* för ett patientdeltagande i vårdandet. Resultatet visade att den största möjligheten till delaktighet fick patienten om sjuksköterskan bjöd in patienten i sin vård. Att patienten kunde känna trygghet, tillit och blev underrättad med anpassad information visade sig också vara av stor betydelse. Inkompetens hos vårdpersonalen, ignorans och dåligt anpassad information var faktorer som förhindrade patienten till delaktighet. I diskussionen lyfte författarna vad som var viktigt för att patienten skall få sin röst hörd, faktorer som ansågs viktiga i vårdmötet och vad som kan förväntas av sjuksköterskan och hennes roll. Oavsett om patienten önskar ett aktivt eller passivt deltagande är det upp till sjuksköterskan om patienten tillåts delta i sin vård. Studiens slutsats blir att patientens delaktighet formas beroende på hur det vårdande mötet ser ut mellan patient och sjuksköterska. Det innebär att dialogen i mötet skall vara ömsesidig och att båda parter får möjlighet att uttrycka sin åsikt utifrån sitt perspektiv.

Nyckelord: Delaktighet, Patientsäkerhet, Autonomi, Patientperspektiv, Vårdmöte, Kommunikation.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Ett etiskt patientperspektiv och patientens delaktighet i vården.....	1
Styrande lagar och myndigheter.....	2
Sjuksköterskans ansvar för en god och säker vård.....	3
Patientsäkerheten kan påverkas av sjuksköterskans arbetsmiljö.....	3
Bristande kommunikation och risken för vårdskador.....	4
PROBLEMFÖRMULERING	5
SYFTE	6
METOD	6
Datainsamling.....	6
Dataanalys.....	7
RESULTAT	7
Möjligheter.....	7
Att vilja vara delaktig i sin vård.....	7
Att sjuksköterskan skapar trygghet och uppmuntrar till delaktighet.....	8
Hinder.....	9
Att patienten inte fick tillräcklig kunskap, upplevde otrygghet och intog en passiv roll.....	9
Att sjuksköterskan hade bristande kompetens, engagemang och intog en maktposition.....	10
DISKUSSION	11
Metoddiskussion.....	11
Resultatdiskussion.....	12
Möjligheter för patientdelaktighet.....	12
Hinder för patientdelaktighet.....	13
Hållbar utveckling.....	16
SLUTSATSER OCH KLINISKA IMPLIKATIONER	17
REFERENSER	18
Bilaga 1 – Sökhistorik.....	22
Bilaga 2 - Artikelgranskning.....	23

INLEDNING

Alla patienter skall garanteras en säker och god vård. Patientsäkerhet är en viktig del i hälso- och sjukvårdens kvalitetsindikatorer och det är bland annat sjuksköterskans ansvar att upprätthålla en patientsäker vård. Sjuksköterskan är ansvarig för att skapa en god vårdrelation och en dialog där patienten blir sedd samt lyssnad till. Vårdrelationens utformning är avgörande för hur patientens delaktighet skall komma till uttryck. Det är därför viktigt att uppmärksamma betydelsen av patientens delaktighet för att sjuksköterskor därigenom ska kunna stärka patientsäkerheten. Vårt intresse för ämnet väcktes då vi själva har träffat på patienter som önskat mer delaktighet i sin vård men trots det inte fått möjligheten att göra sin röst hörd. I föreliggande studie används vårdande (Arman, Ranheim, Rydenlund, Rytterström & Rehnsfeldt 2015) och omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening 2017) som synonyma begrepp. Internationellt motsvaras vårdande av ”caring” och omvårdnad av ”nursing” (Wiklund 2003, s. 25).

BAKGRUND

Ett etiskt patientperspektiv och patientens delaktighet i vården

För att patienten ska kunna stå i centrum och känna sig säker i sitt vårdande krävs ett etiskt patientperspektiv som kan skapa trygghet, gemenskap och tillhörighet hos patienten. Ett etiskt patientperspektiv skapar ett förhållningssätt hos vårdaren som gör att denne kan möta patienten i olika situationer och värna om människans värdighet och skapa en god vård (Eriksson 2012, ss. 38-39). Enligt Dahlberg och Segesten (2010, ss. 110-111) skall sjuksköterskan därför arbeta med en etisk hållning, vilket innebär att så god vård som möjligt ska utföras, samt att det ligger ett ansvar hos sjuksköterskan att träna upp sin vårdande förmåga. Det innefattar bland annat att vara uppdaterad på nya lagar, använda rätt kompetens samt att förvalta och sprida sin kunskap.

Enligt Birkler (2010 ss. 145-146) betyder autonomi rätten till självbestämmande vilket inte var något som sjukvården förr i tiden tog större hänsyn till. Undersökningar och behandlingar utfördes enligt vad som ansågs nödvändigt utan hänsyn till patientens vilja. Men i dagens samhälle ska vården utföras i samråd med patienten. Sjuksköterskan ska utgå ifrån autonomiprincipen vilket innebär att patienten får möjlighet att fatta egna beslut utefter sina egna värderingar och erfarenheter. Sjuksköterskans roll blir då att fungera som en rådgivare där korrekt och nödvändig information utlämnas samt att ge patienten råd och rekommendationer.

För att hälsa och välbefinnande ska kunna uppnås är det viktigt att patienten får vara delaktig och får möjlighet att kunna påverka sin vård. Delaktighet innebär respekt för patientens rättigheter, självbestämmande samt för patientens egenansvar och inflytande

inom hälso- och sjukvård. När människor är sjuka finns det en ökad risk att patienten kommer ur sitt vanliga sammanhang och tappar delar av sin grundtrygghet. Saknad av grundtrygghet och sammanhang skapar en sårbarhet som kan göra att patienten tappar kraft för att orka vara delaktig i sin vård (Dahlberg & Segesten, 2010. s. 108).

Delaktighet har visat sig vara en av de viktigaste faktorerna för att kunna säkerställa en god och säker vård (Sahlström, Partanen, Rather & Turunen 2016). Om patienten inte erbjuds deltagande i det egna vårdande samt om patientperspektivet inte beaktas kan en god patientsäkerhet inte uppnås. Genom att erbjuda patienten delaktighet i sitt vårdande kan hen upplysas om eventuella biverkningar och effekten av behandlingar samt hjälpa till att bekämpa infektioner, övervaka vårdprocessen och rapportera incidenter som kan äventyra patientsäkerheten. Detta kan i sin tur leda till en bättre och säkrare vård.

Patientens delaktighet handlar inte enbart om att fatta beslut gällande sin vård. Att vara delaktig och involverad i vården bygger också på en fungerande kommunikation till vårdaren. Genom kommunikationen kan sjuksköterskans se patienten och höra vilka önsknings och funderingar som finns. Kommunikationen är avgörande för delaktighetens utformning (Siouta et al. 2015).

Styrande lagar och myndigheter

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (SFS 2017:30) är den lag som styr den svenska vården. Lagen står för att sjukvården ska bedrivas så att en god vård uppnås och att vården utförs på lika villkor med respekt och värdighet för varje enskild individ. Det innebär att vården ska vara av god kvalitet, att patientens behov av säkerhet och trygghet säkerställs samt att vården bygger på patientens autonomi och integritet.

Den vård som utförs ska enligt patientsäkerhetslagen 6 kap (SFS 2010:659) vara evidensbaserad och i största utsträckning utföras i samråd med patienten. Vidare skall patienten visas respekt och har rätt till anpassad information. Vårdpersonalen har en skyldighet att upprätthålla en hög patientsäkerhet. Om en vårdskada inträffat eller om risker för att en vårdskada skulle ha inträffat ska detta rapporteras till vårdgivaren. Patientlagens syfte 1 kap, 1§ (SFS 2014:821) är att främja patientens autonomi, delaktighet och integritet. Det innebär att patienten enligt 3 kap har rätt till väsentlig information om bland annat sin sjukdom, undersökningar och behandlingar. Informationen ska vara individanpassad och ska i den mån det går kontrolleras så att mottagaren uppfattat informationen korrekt.

Socialstyrelsen (2015) har skrivit en handbok till patienter som ska öka deras delaktighet och möjligheten till en säkrare vård. I handboken finns det information om

hur patienten själv kan förbereda sig inför att ta kontakt med vården, förklaring till vad undersökning och behandling innebär, vad vården är skyldig att erbjuda, vad patienten har för egen skyldighet, vilka lagar som styr och vart patienten själv kan få tag på mer information. Denna guide ska då kunna hjälpa patienten att vara mer medveten om vad som kan förväntas av vården och vilka förväntningar som finns på patienten.

Sjuksköterskans ansvar för en god och säker vård

Sjuksköterskans grundläggande ansvarsområde är att bedriva omvårdnad och se till att människor som söker hälso- och sjukvård får en god vård. En god vård innebär att den är och bedrivs enligt evidens. Att ge omvårdnad innebär att främja och återställa hälsa, lindra lidande samt förebygga sjukdomar genom åtgärder som patienten själv skulle utfört om kunskapen, viljan eller möjligheten hade funnits. Sjuksköterskan ska ansvara och se till att patientens behov av omvårdnad uppfylls och att undersökningar eller behandlingar utförs. Ansvaret omfattar även vårdmiljön, patientens välbefinnande och säkerhet (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 299-301).

I sjuksköterskans ansvar ingår det också att skapa en förtroendefull och god relation tillsammans med patienten, vilket är en viktig förutsättning för en god omvårdnad. Vården som utförs ska vara patientcentrerat, vilket innebär att patientens erfarenheter, tankar och värderingar tas i beaktning och att vården anpassas så att patienten står i centrum. Patienten ska också kunna lita på att vården utförs på ett säkert och tillförlitligt sätt där personalen eftersträvar att arbeta förebyggande så att vårdskador inte uppstår (Svensk sjuksköterskeförening 2017).

Patientsäkerheten kan påverkas av sjuksköterskans arbetsmiljö

Patientsäkerhet är ett brett begrepp som innefattar hela människan. Hela människan innebär att det fysiska, psykiska, andliga samt patientens relationer skall betraktas som en helhet, en holistisk syn som beaktar patienten ur ett helhetsperspektiv (Birkler 2010, ss. 122-125). Det är viktigt att patienten känner sig trygg och säker i vårdande situationer, då dessa känslor kan ligga till grund för känsla av mening och sammanhang. Efter att människans primära behov av bland annat mat, dryck, sömn och värme har uppfyllts är upplevelsen av trygghet nästa steg. Människan är väldigt angelägen om att känna sig säker och upplevelsen av trygghet har visat sig vara ett centralt behov (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 84-85).

Grunden för en patientsäker vård är att patienten måste vara villiga att delta i sin vård. Det är viktigt att det finns engagemang från patienten samt delaktighet för att patientsäkerhet ska kunna uppnås. Vid sjukdom kan patientens engagemang minskas och då kan anhöriga vara ett stöd i att hjälpa till att försöka höja engagemanget. Det är

dock viktigt att inte lägga största fokus på anhöriga eftersom att patientens engagemang till delaktighet kan minskas om de helt förlitar sig på sin anhöriga (Vaismoradi, Jordan & Kangasniemi, 2014).

Arbetsmiljöverket (2017) uppmärksammar att en hög arbetsbelastning kan utveckla arbetsrelaterad stress hos personalen. Sjukskrivningar, personalbrist, känslan av otillräcklighet, övertidsarbete samt en förhöjd arbetsintensitet under längre tid är några av orsakerna till arbetsrelaterad stress. När allt fler sjukskriver sig kan det bli en ökad arbetsbelastning på den kvarvarande personalen. Detta i sin tur kan leda till ökad risk för att allt fler drabbas av arbetsrelaterad stress i personalgruppen, att arbetet inte blir korrekt utfört samt att fler riskerar att bli sjukskrivna. Rodrigues, Santos och Sousa (2017) beskriver också hur arbetsrelaterad stress kan orsaka stor utmattning och utbrändhet hos sjuksköterskan, vilket leder till en direkt följd av minskad personal. Minskning i personalstyrkan ger en ökad belastning på de vårdgivare som finns kvar. Den ökade belastningen kan leda till en försämrad vårdkvalité på grund av underbemanningen. Därmed ökar risken för incidenter som i sin tur äventyrar patientsäkerheten i vårdsituationer. Rodrigues et al. uppmärksammar vikten av att värna om sjuksköterskan och hennes hälsa på sin arbetsplats för att kunna upprätthålla en god kvalité i vården och vara mån om patientens säkerhet.

Bristande kommunikation och risken för vårdskador

Det är en mänsklig faktor att inte orka ge en god vård när belastningen är hög hos sjuksköterskan. Om vårdaren befinner sig i pressade arbetssituationer kan det leda till svårigheter att skapa en vårdande relation och dialog, vilken kan medföra att patientens känslor och behov inte fångas upp och tas på allvar (Dahlberg & Segesten 2010, ss. 211-214).

Genom att använda ett icke vardagligt språk som inte är anpassat till patienten kan sjuksköterskan inta en maktposition som inte gynnar den vårdande relationen. Patienten befinner sig oftast i ett naturligt underläge då hen inte besitter samma information och kunskap som sjuksköterskan. Maktpositioner grundar sig oftast på etik, moral eller kunskap (Rundqvist 2012, ss. 337-338). Enligt Arman et al. (2015) är sjuksköterskans uppgift att tillgodose patienten med rätt information för att neutralisera makten så att de möts på så lika villkor som möjligt. Maktpositioner och kränkningar kan förekomma i vissa vårdsituationer om det råder en dålig kultur på sjuksköterskans arbetsplats. Är arbetsmiljön dåligt utformad kan det göra att patienten hamnar i underläge gentemot vårdgivarna. Utnyttjar sjuksköterskan sin makt kan patienten hamna i en sårbar position där hen kan uppleva sig kränkt.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO (2017) har gjort en granskning av patienters upplevelse av vården. Där framkommer det att brister gällande kommunikationen är ett stort problem och antalet klagomål inom området ökar. Vården kan skapa oro, minskad trygghet och missnöje hos patienten om de blir tillrättavisade, ifrågasatta eller inte tagna på allvar. Detta kan i sin tur leda till att patienten söker vård på nytt, gärna flera gånger. IVO uppmärksammar också att brister i kommunikationen kan innebära otillräcklig eller dåligt anpassad information, samt att informationen kan brista eller inte överensstämma mellan olika vårdenheter. Patienterna kan då uppleva att de själva får ansvara för att hålla ihop vården.

IVO (2014) skriver att den vanligaste orsaken till vårdskador är bristande kommunikation. Brister i kommunikationen behöver inte nödvändigtvis ske mellan vårdpersonal och patient utan sker oftast mellan personalen inom vården men drabbar trots det patienten ändå. I sin sammanställning redovisar IVO olika fall som alla har uppstått på grund av att kommunikationen mellan personalen inom vården har varit ofullständig eller på annat sätt bristande. Följderna av dessa brister har lett till att personer avlidit, fått felaktiga diagnoser och behandlingar, fått bestående men eller att patienten på annat sätt blivit lidande av att vården på ett eller annat sätt har brustit.

PROBLEMFORMULERING

Vården i Sverige grundar sig på Hälso- och sjukvårdslagen. Lagen är till för att säkra god kvalitet samt att patienten skall få känna sig säker och trygg i den vård som ges. Vården ska ges till alla på lika villkor och vårdpersonalen ska visa respekt för patientens värdighet och integritet. Patientsäkerhetslagen och patientlagen är komplement till Hälso- och sjukvårdslagen. Dessa är till för att stärka patientsäkerheten, genom att låta patienten vara delaktig i sin vård och därigenom behålla sin autonomi. Sjuksköterskans etiska krav bygger på att vården ska utföras på ett säkert sätt och vara vetenskapligt grundad. En av sjuksköterskans främsta uppgift är att ansvara för en god vårdrelation där patienten bli sedd och lyssnad till. Patientens perspektiv ska stå i centrum och genom en god vårdrelation finns möjligheten för att en bra dialog mellan sjuksköterska och patient upprätthålls. När patienten får kommunicera med sjuksköterskan kan patienten få göra sin röst hörd och därmed vara delaktig i sin vård. I dagens vård kan patienten tyvärr hamna i skymundan. Orsakerna kan vara många men en av anledningarna kan vara att sjuksköterskorna är högt belastade och gör felprioriteringar i vårdarbetet. Som följd av en ofullständig vård kan patienten bli lidande och utsättas för risker som i sin tur kan skapa misstro till vården och ett onödigt patientlidande. Sjuksköterskans ansvar, patientsäkerhetslagen och patientlagen bygger på att patienten ska få möjlighet till att vara delaktig i sin vård. Men trots det kan det vara svårt för patienten att få möjlighet till att påverka beslut. Författarna anser därför att denna

studien är viktig för att kunna uppmärksamma vad som möjliggör och förhindrar patientens delaktighet.

SYFTE

Syftet med litteraturstudien är att kartlägga patientens delaktighet i sin vård.

METOD

Studien är genomförd med hjälp av litteraturöversikt som metod för att söka, värdera och sammanställa kunskap om problemet. Med hjälp av både kvalitativa och kvantitativa artiklar har information tagits fram för att bidra med olika kunskapsperspektiv och därigenom en ökad bredd. Enligt Axelsson (2012, ss. 204-205) kan detta tillvägagångssätt öka chansen att få en välgjord undersökning. Forskning om vårdandet är till för att få fram redskap som kan utveckla sjuksköterskeprofessionen.

Datainsamling

Databaserna "Cinahl" och "PubMed/Medline" användes i sökningen efter vårdvetenskapliga artiklar. Författarna började med att göra en pilotsökning som beskrivs av Axelsson (2012, s. 208) för att söka material som passar till syftet. Sökorden som blev aktuella var *patient participation*, *patient safety*, *patient experience*, *patient perceptions*, *nursing* samt *care*. Sökningarna genomfördes med olika kombinationer gällande sökorden för att hitta relevanta artiklar. I PubMed/Medline begränsades sökningarna genom att artiklarna skulle vara skrivna på engelska och publicerade mellan år 2007-2017, medan sökningarna i Cinahl även skulle vara peer reviewed. Sökningarna resulterade i stort antal artiklar, men det var få artiklar som utgick från patientens perspektiv och var av kvalitativ eller kvantitativ forskning. Författarna valde ut trettio artiklar utifrån deras titel och abstract. Utifrån deras innehåll valdes sedan tio artiklar ut som bedömdes relevanta i förhållande till studiens syfte. Sökhistoriken av artiklarna finns i Bilaga 1. För att det skulle bli enklare att hitta passande artiklar använde sig författarna av en rad olika inklusionskriterier. Inklusionskriterierna var att artiklarna skulle utgå ifrån patientens perspektiv, att patienterna skulle vara vuxna och inneliggande på sjukhus eller nyligen utskrivna. Artiklarna skulle också vara publicerade på engelska, vara peer reviewed och inte vara publicerade tidigare än 2007. Artiklar som grundade sig på deltagare yngre än 18 år, vårdmiljöer utanför sjukhus, artiklar publicerade innan år 2007 samt artiklar som utgick ifrån vårdpersonalens perspektiv exkluderades.

Dataanalys

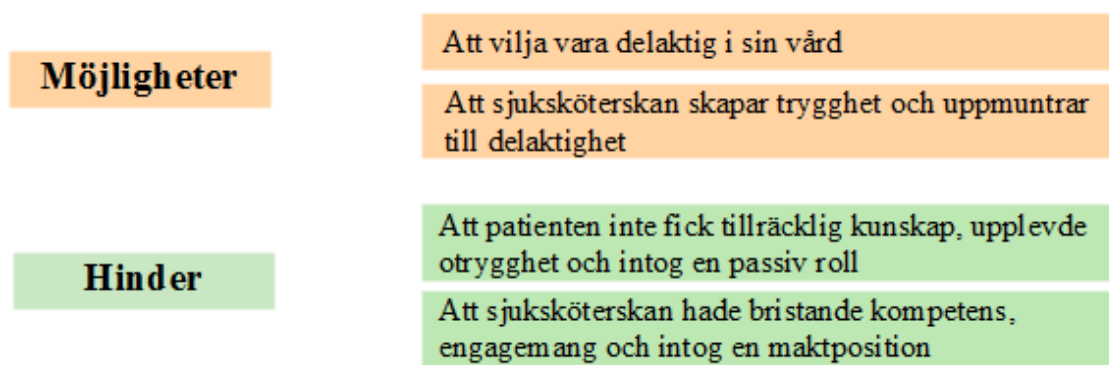
De tio utvalda artiklarna lästes grundligt igenom för att ta reda på om innehållet var väsentligt. Utifrån den valda analysmetod som står beskriven i Axelsson (2012, s. 212) sammanställdes viktig information syfte, metod och resultat i tabeller för att få en enkel överblick över varje artikel (Bilaga 2). Till en början läste författarna igenom de utvalda artiklarna på enskilt håll för att få en övergripande bild. Viktig information markerades och redovisades sedan för varandra. Tillsammans gjordes även en mer grundlig sammanställning av artiklarnas resultat och den markerade informationen fick olika färger för att kategorisera innehållet och ge det en tydligare bild. Den sammanställda informationen blev i sin tur grunden för arbetets tematisering och resulterade i huvudteman och subteman.

RESULTAT

Syftet med litteraturstudien är att kartlägga patientens delaktighet i sin vård.

Resultatet presenteras i två huvudteman *Möjligheter* och *Hinder* samt fyra associerade subteman. (Fig 1).

Figur 1: Huvudteman och subteman



Möjligheter

Att vilja vara delaktig i sin vård

Patienterna sökte grundläggande kunskap om sin vård eftersom de inte ville känna sig "dumma". I vårdmötet och dialogen mellan sjuksköterskan och patienten kunde information, önsknningar och behov lyftas. Utbytet av kunskap och information i vårdmötet kunde ge patienten en ökad förståelse och genom att ingå i ett partnerskap med sjuksköterskan kunde också förtroendet höjas. Emellertid framkom det att

patienterna behövde mer information än vad de faktiskt hade erhållit för att kunna vara delaktiga (Latimer, Chaboyer & Gillespie 2014).

Många patienter försökte med eget initiativ att ta en aktiv roll i sin vård. Ambitionen att vilja vara delaktig handlar om patientens personliga egenskaper. Flera av patienterna upplevde delaktighet som ett sätt att vara aktiv och inte "tappa" sig själva. Genom att delta i sin vård och göra sin röst hörd kunde patienterna hålla kvar sina tidigare funktioner. Det var betydelsefullt för patienten att vara självständig och kunna upprätthålla såväl fysiska som psykiska funktionsnivåer (Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane & Chaboyer 2016).

Beträffande beslutsfattande rapporteras att 22 % av samtliga patienter (både män och kvinnor) föredrog att fatta sina egna beslut och att framföra dessa till sjuksköterskan. 18 % önskade att fatta beslut efter att först ha hört sjuksköterskans rekommendationer. Vidare var det endast 4 % som önskade fatta sina beslut helt och hållet utan samråd med sjuksköterskan. Vidare redovisas att kvinnliga seniorer med en hög utbildningsnivå och som lever ensamma har en större vilja att vara delaktig i de kliniska besluten, närmare bestämt 53 %. Motsvarande resultat var 39 % för män som levde ensamma och hade hög utbildningsnivå (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2008).

Att sjuksköterskan skapar trygghet och uppmuntrar till delaktighet

Patienterna ville bli inbjudna av sjuksköterskan till ett deltagande (Latimer, Chaboyer & Gillespie 2014). Sharp, McAllister och Broadbent (2015) beskriver att medkänsla visade sig vara den viktigaste egenskapen hos sjuksköterskan för att vården skulle bli personcentrerad. Utan medlidandet blev patienten oftast passiv i sin vårdssituation. Visade sjuksköterskan istället intresset för patienten och ville få reda på mer information om personen bakom sjukdomen upplevde sig patienterna istället uppskattade och inbjudna. Genom att fokusera på det positiva ökade deltagarnas autonomi, hanteringsförmåga, hopp och välbefinnande. Behov av tydlig information om svar från prover och undersökningar ledde till att en av patienterna kände kontroll och delaktighet över sin vårdssituation. Enligt Sahlström, Partanen och Turunen (2014) upplevde alla patienterna att sjuksköterskan gjorde sitt yttersta för att en trygg och säker vård skulle utföras. Många av patienterna ansåg också att sjuksköterskan tog sig tid att besvara eventuella frågor på ett enkelt och begripligt sätt. En annan studie menar att upplevelsen av ett patientsäkert vårdande handlar om förtroende. Vid sjukdom och behov av hjälp är det viktigt att patienten kan känna tillit och förtroende till sjuksköterskan. Patienterna menar att om det finns ett förtroende för sjuksköterskan så kommer patientsäkerheten av sig självt (De Brún, Heavey, Waring, Dawson & Scott 2016).

Hinder

Att patienten inte fick tillräcklig kunskap, upplevde otrygghet och intog en passiv roll.

När patienterna blev inskrivna och på så sätt överlämnade sig till vården såg de ofta dessa tillfällen som möjligheter till att få information. Men sjuksköterskorna ansåg däremot att dessa tillfällen inte var den rätta tiden till att svara på patientens frågor. Största fokus låg på informationsutbyte mellan sjuksköterskorna medan patienterna inte hade samma prioritet som därför tenderade att bli ignorerade. Frågorna som patienterna ställde besvarades knapphändigt utan hänsyn till dennes rättigheter och det var inte ovanligt att patienten blev avbruten eller fick höra att frågorna skulle besvaras senare (Drach-Zahavy & Shilman, 2014).

Andra problem som uppmärksammats är att patienterna ofta kände sig otrygga gällande den medicinska säkerheten. Det är svårt att ha förtroende och tillit till sjuksköterskan när hen hade svårt att svara på frågor gällande medicineringen (Rather, Brandt & Williams, 2012). McTier, Botti och Duke (2013) stärker också bilden av hur svårt det blev för patienten att vara delaktig i sin medicinhantering. Hade patienten frågor kring sina mediciner fick de oftast svar på läkemedlets namn och uppgift, men någon djupare kunskap om eventuella biverkningar eller läkemedlets påverkan på kroppen utlämnades inte. Dålig och bristande information visade sig därför utgöra ett stort hinder i patientens delaktighet. Utifrån observationerna kunde forskarna se att sjuksköterskorna ägnade lite tid till att lära patienterna mer om sina läkemedel och hur de kunde bli delaktiga av hanteringen. Sjuksköterskan kontrollerade inte frågorna eller responsen från patienterna för att se så att patienten hade förstått. Det visade sig också att sjuksköterskorna gärna lämnade över ansvaret att förklara läkemedlets verkan mer på djupet till läkare eller apotekare.

Om informationen som lämnades ut inte var tillräcklig skapades kunskapsluckor som gjorde det svårt för patienten att förstå och kunna påverka sin situation (Larsson et al. 2011). När patienterna skulle skrivas ut visade det sig att det var hela $\frac{2}{3}$ som inte hade fått skriftlig information om sina nya läkemedel (Sahlström et al. 2014). En annan studie påvisade att det var svårt för patienterna att få tillgång till information om trycksår. Många patienter visste inte vad trycksår var innan de hade drabbats av dem, vilket skapade ett stort och onödigt lidande. Patienterna uppgav att vårdpersonalen inte hade berättat något om risker för att utveckla trycksår och vilka förebyggande åtgärder som kunde vidtas (Latimer et al. 2014).

Det finns flera faktorer som hindrar patientens delaktig. Patienten kan vara överväldigad av sjukdom vilket kan leda till att hen förlorar energi till att vara delaktig i sin vård.

Patienterna uttryckte rädsla för bristande vårdkvalité som en följd av att de inte hade energi att påverka sin vård. Det kunde också handla om att patienterna upplevde dåligt självförtroende och bedömde sin egen förmåga som otillräcklig och som ett hinder till delaktighet. Bristande tro på sig själv och sin förmåga kan leda till att patienten inte vågar utmana sig själv och istället förlitar sig på sjuksköterskan och hennes ord (Larsson et al. 2011). Det framkom också att en passiv patientroll kunde bero på att patienter blivit känslomässigt berörda då de blivit utsatta för en vårdskada och därför avstod från att delta i den förebyggande vården tillsammans med sjuksköterskan (Latimer et al. 2014).

Den vanligaste förekommande önskan beträffande beslut om sin vård visade sig vara att patienter gärna ville inta en passiv roll. Närmare bestämt 29 % av de som intervjuades önskade att sjuksköterskan fattar de avgörande besluten men att de skulle ta stor hänsyn till patientens vilja och önskningsar. En passiv patientroll redovisades speciellt för kvinnor och män som arbetade och som hade låg utbildningsnivå (Florin, Ehrenberg & Ehnfors, 2008).

Att sjuksköterskan hade bristande kompetens, engagemang och intog en maktposition

Det finns många faktorer som gör att patienten inte får möjligheten att vara delaktig i sin vård. Dessa faktorer tillhör oftast organisationen och gör det därför svårt för patienten att påverka. Det kan innebära att patient ständigt får möta ny personal, vilket kan göra det svårt att skapa en god och förtroendefull relation. Det framkom att patienter upplevde att det var jobbigt att inte ha någon att ty sig till och att det blev jobbigt när för många var inblandade i vården (Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos 2011).

Patienterna upplevde även att sjukhusen var underbemannade då de inte såg sjuksköterskorna så ofta som det önskade. De uttryckte också att vissa sjuksköterskor var inkompetenta och intog en passiv roll där fokus låg på dokumentation istället för på vårdmötet (Rather, Brandt & Williams 2012). Saknade sjuksköterskan empati och engagemang ökade risken för att patienten blir hämmad och kunde tappa motivation till att vilja vara delaktig. Patienterna beskrev också att det är viktigt att få en känslomässig respons för att våga öppna upp sig, visa känslor och känna förtroende för sjuksköterskan (Larsson et al. 2011).

Sjuksköterskan kan använda sin makt och kontroll på ett felaktigt sätt som gör att patienten varken vill eller får möjlighet till att vara delaktig in sin vård. Patienterna

beskrev hur sjuksköterskorna kunde använda sin makt och på ett dominant sätt köra över patientens egna önskningar. När sjuksköterskan är dominant och inte lyssnar på patienten kan det skapa oro och osäkerhet. Patienterna beskrev att de upplevde maktlöshet i hur vården kommer formas efter vad patienten uttrycker. En utsatt roll där deras ord kan vändas mot dem och orsaka en försämras vårdkvalité om de inte följer den väg sjuksköterskan vill gå (Larsson et al. 2011). Tobiano et al. (2016) beskrev också hur denna barriär mellan sjuksköterskorna och patienterna kunde orsaka obalans i vårdmötet och kunde hindra patienten att vara delaktig i sin vård. Enligt patienterna kunde sjuksköterskans inställning i vårdmötet vara helt avgörande för ett patientdeltagande.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Syftet med studien var att kartlägga patientens delaktighet i sin vård. Befintlig forskning sammanställdes i en litteraturstudie med stöd av Axelssons analysmetod (2012).

Valda artiklar är både kvalitativa och kvantitativa. Axelsson (2012, ss. 204-205) skriver att större kunskap framträder bäst när artiklarna angrips i både kvalitativ och kvantitativ form. Aktuella forskningsområden kan då enklare ses ur olika perspektiv och verkligheten kan då förstås på bästa sätt. Resultatet kan med hjälp av kvantitativ och kvalitativ forskning ge en bredare bild vilket också ökar trovärdigheten.

Vi mötte stora problem i att finna artiklar som kunde inkluderas utifrån valda inklusionskriterier. Ett stort antal artiklar fick exkluderas då de utgick från sjuksköterskans perspektiv gällande patientens delaktighet. Bristen på artiklar ledde till att vi funderade på att utgå ifrån sjuksköterskans perspektiv istället, eftersom att det fanns betydligt mer forskning ur ett professionsperspektiv. Trots det ville vi ändå försöka hitta forskning där patientperspektivet var utgångspunkten, då vi under utbildningen fått lära oss att ständigt utgå från patienten och dennes upplevelser. Vi fortsatte därför vårt sökande efter relevant forskning med patientperspektivet i fokus vilket både blev tidskrävande och svårt. Det bristande sökresultat gjorde att vi blev fundersamma till varför det fanns så lite forskning i ämnet. Artiklarna vi tillslut kunde välja visar att forskningen till stor del ligger under den senaste femårsperioden, vilket tyder på att forskningen är både ny och aktuell.

Analyseringen av data gjordes mestadels tillsammans då vi känner att det är viktigt att ha en dialog kring varje ämne och för att bekräfta varandra i åsikter och reflektioner som uppkommit under arbetets gång. Första sökningarna gjordes dock på enskilt håll

där intressanta artiklar valdes ut. Tillsammans gick vi sedan igenom alla artiklar och vår stora granskning började. Flera av artiklarna valdes bort då de ofta utgick från andra perspektiv. När våra tio valda artiklar valts ut läste vi de på enskilda håll och gjorde egna färgmarkeringar. Därefter gick vi tillsammans igenom våra markeringar för att se vad vi funnit och om vi hittat samma "sanning" i artiklarna. Det som gav de viktigaste resultaten i artiklarna bildade våra två huvudteman och de fyra associerade subteman.

Resultatdiskussion

Syftet med studien är att kartlägga patientens delaktighet i sin vård. Det resultat och kategorier som framkommit i studien diskuteras och problematiseras.

Möjligheter för patientdelaktighet

Patienten är beroende av att hamna i en vårdmiljö som gynnar möjligheter för delaktighet och inrymmer ett klimat där kommunikationen till sjuksköterskans fungerar bra. Sjuksköterskan behöver främja och uppmuntra till delaktighet och värna om att patienten känner sig trygg i vården (Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane & Chaboyer, 2015).

Kiessling och Kjellgren (2004) lyfter viktiga områden som patienterna uttryckt som viktiga för att de ska få möjlighet att vara delaktiga, ämnen som innebär kontinuitet i vårdkontakten, behov av kontroll och behov av samtal. Det framkom att patienter önskar kontinuerliga samtal där det finns utrymme att göra sin röst hörd. Det var viktigt att få tid att bli lyssnad till och kunna byta kunskaper i vårdrelationen. Samtalen hade stor betydelse då patienten fick chansen att kunna förmedla sina känslor gällande sin sjukdom, vilket kunde främja delaktigheten. Vårdmötet och samtalet hade flera goda aspekter gällande patientens delaktighet. När sjuksköterskan möter patienten kan bekräftande ord få patienten att känna förtroende och delaktighet. Det var också viktigt för patienten att känna igen personalen eftersom det är en viktig trygghetsfaktor som kunde gynna samarbetet dem emellan och öka förtroendet till vården.

För att ett förtroende till vården skulle kunna växa fram menade patienterna att vårdpersonalen behövde visa medmänsklighet och empati. Andra egenskaper som engagemang, vänlighet, tydlig kommunikation och ärlighet men med respekt till patienten ansågs också vara betydelsefulla. Patienterna uttryckte att förtroendet var väldigt viktigt när de överlämnade sig till vården. Det berodde på att de befann sig i en sårbar situation men samtidigt upplevde att det var viktigt att tro att vårdpersonalen gjorde sitt yttersta för patientens skull (Mechanic & Meyer 2000). Tankarna kring personalens egenskaper och bemötande uppmärksammas också av Dahlberg, Todres och Galvin (2008) som understryker att patientens välbefinnande och delaktighet bland

annat stärks av att de behandlas med värdighet, respekt och medlidande. Det är också viktigt att vårdpersonalen förstår att patienten är expert på sig själv och att hänsyn tas till patientens erfarenheter.

Utifrån denna litteraturstudies resultat menar författarna att det finns goda förutsättningar till att patienten ska kunna vara aktiv i sin vård. Både lagar och socialstyrelsens handbok stödjer och uppmuntrar patientens rätt till delaktighet och det är därför viktigt att patienten själv vågar ta steget att aktivt medverka i sin vård. Även sjuksköterskan har en skyldighet att bjuda in och involvera patienten i sin vård. Det är av stor vikt att sjuksköterskan utlämnar korrekt och begriplig information så att patienten kan uppleva kontroll över sin situation. Vi anser att sjuksköterskan ska besvara patientens frågor i så stor utsträckning som möjligt, men ställs frågor som inte kan besvaras eller som inte hör till hans profession bör patienten hänvisas vidare. Det viktiga är att sjuksköterskan inte aktivt undviker att ge patienten kunskap då det visat sig vara en väsentlig aspekt av patientens möjlighet till att påverka sin vård.

Hinder för patientdelaktighet

När patienten söker vård finns stora risker att patientens perspektiv inte beaktas och lyssnas till. Känslor som att inte bli sedd och lyssnad till kan skapa en känsla av utanförskap. När patienten blir utsatt för dåliga vårdupplevelser, där personalen inte ser till patientens perspektiv kan det minska chansen för ett gott resultat i hälsoprocessen och skapa ett vårdlidande. Risken ökar också för att känna misstro inför framtida vårdkontakter (Berglund, Westin, Svanström & Johansson Sundler, 2012).

Patientens deltagande kan hindras om sjuksköterskan har en bristande kompetens. Orsaken kan vara föråldrad kunskap eller otillräcklig förståelse för den professionella omvårdnaden. Vid en bristande insikt hos sjuksköterskan finns inte förståelsen för att möjligheten till patientens delaktighet bygger på samspel. Att en tillförlitlig vårdrelation skapas är därför av stor vikt, annars kan patienten uppleva ignorans, kränkning eller att inte bli inbjuden till deltagande sin egen vård. Om sjuksköterskan inte förstår vikten av att jobba tillsammans med patienten mot gemensamma mål och delmål spelar det ingen roll hur mycket information som utlämnas, patienten blir ändå inte delaktig i sin vård. Den bristande inblicken för patientens delaktighet kan jämföras med paternalism och att sjuksköterskan har en maktposition. Om patienten tillåts göra så mycket som möjligt utefter sin egen förmåga förändras rollen mellan patient och sjuksköterska, men det förutsätter samtidigt att sjuksköterskan vågar släppa på kontrollen och intar en mer passiv roll (Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005). För hur skall patientens delaktighet främjas när de riskerar att mötas av paternalistiska attityder? Dahlberg och Segesten (2010, s.108) skriver att delaktighet bygger på respekt för självbestämmande,

att patienten skall få ta eget ansvar och göra inflytande inom hälso- och sjukvård. Annars utesluts patienten från sin egen vård.

Många patienter är idag kunniga och ställer därför mer djupgående frågor, vilket kan uppfattas som krävande. Om sjuksköterskan då inte utlämnar korrekt information eller undviker att besvara frågorna kan patienten uppleva osäkerhet och bristande kontroll över sin situation och sitt hälsotillstånd, vilket i sin tur hämmar delaktigheten (Sahlsten et al. 2005). Frågan är egentligen hur mycket patienten tillåts delta i vården och hur mycket av dennes autonomi som faktiskt respekteras? Berglund et al. (2012) skriver om patienter som upplevde att det finns en speciell kultur på sjukhus. En kultur där patienten uppfattar det som om att de måste följa vårdpersonalen rekommendationer och råd. För om dessa råd och oskrivna regler inte följs fick patienterna en känsla att de var en "besvärlig" patient. Patienterna upplevde att de fick kämpa för att få vara självständiga och delaktiga i sin vård, men att i slutändan spelar det ändå ingen roll för att hälso- och sjukvårdspersonalen fattar de avgörande besluten. Att inte få vara självständig och delaktig gör att patienten kan känna stor ignorans och maktlöshet i vårdsituationen.

Frågan är egentligen hur mycket patienten tillåts delta i vården och hur mycket av dennes autonomi som faktiskt respekteras? Berglund et al (2012) skriver om patienter som upplevde att det finns en speciell kultur på sjukhus. En kultur där patienten uppfattar det som om att de måste följa vårdpersonalen rekommendationer och råd. För om dessa råd och oskrivna regler inte följs fick patienterna en känsla att de var en "besvärlig" patient. Patienterna upplevde att de fick kämpa för att få vara självständiga och delaktiga i sin vård, men att i slutändan spelar det ändå ingen roll för att hälso- och sjukvårdspersonalen fattar de avgörande besluten. Att inte få vara självständig och delaktig gör att patienten kan känna stor ignorans och maktlöshet i vårdsituationen.

Vårdmiljön kan förhindra patientens deltagande om organisationen inte är tillräckligt patientcentrerad. Om det är många parter inblandade i patientens vård kan sjuksköterskan få svårigheter att påverka situationen. Bristande kontinuitet mellan patient och sjuksköterska kan förhindra utvecklingen till en god relation och ett aktivt deltagande. En kontinuitet som brister kan orsakas av sjuksköterskans pressade arbetsschema. En följd av att ett fåtal sjuksköterskor ansvarar för ett högt patientantal kan leda till att det tunga, akuta och rutinmässiga arbetet prioriteras. Tidspress och en hög arbetsbelastning kan göra att sjuksköterskan undviker att ta kontakt med patienterna. Checklistor, riktlinjer och rutinuppgifter prioriterades istället för personkontakt och kommunikation med patienten. För att kunna ge patienterna tid uttryckte sjuksköterskorna att det krävdes förståelse av medarbetarna. Om arbetet inte syntes utåt, exempelvis när information utlämnades inne hos patienten, var det inte ovanligt att sjuksköterskan upplevde att kollegorna lätt kunde missförstå situationen och

istället trodde att sjuksköterskan gått in till patienten men inte utfört något arbete. Dessa situationer kunde också leda till att kontakt med patienterna undveks (Sahlsten et al. 2005). Arbetsmiljöverket (2017) menar att stress kan utvecklas hos personalen om det är en hög arbetsbelastning på arbetsplatsen. Det har visat sig att en ökad stressnivå på arbetsplatsen leder till att fler sjukskriver sig och det blir då en ökad arbetsbelastning på den personalen som är kvar. Arbetsrelaterad stress har också visat sig öka risken för att fel och brister i arbetet lättare uppstår.

Resultatet av studien visar också att patientens delaktighet kunde hämmas av sjukhusets miljö. Otillräcklig utrustning eller dåliga rum och anläggningar kunde leda till att patientens möjlighet till att vara delaktig minskade. Hade miljön varit bättre anpassad efter patienten skulle många uppgifter och egenvård kunnat utföras själv av patienten utan extra hjälp av sjuksköterskan (Sahlsten et al. 2005). Sjuksköterskan som oftast har tidspress i sitt arbete blir enligt författarna, tvungen att lägga "onödig" tid på att hjälpa patienten med moment som hen hade klarat av om sjukhusmiljön hade varit bättre. Detta kan i sin tur även påverka andra patienters möjlighet att få tid och tillgång till sjuksköterskan då hen blir tvungen att utföra arbete som hade kunnat undvikas om miljön hade varit bättre. På så sätt används resurser på arbetsuppgifter som hade kunnat undvikas vilket både kostar tid och pengar.

Vårdens utformning handlar mycket om mötet mellan människor. Det är alltså avgörande hur patienten kommer känna beroende på hur denne möts av vårdpersonal. Den etiska hållningen som sjuksköterskan har till patienten bildar deras vårdrelation. Vårdrelationens obalans kan uttryckas som att patienten är maktlös redan från början. Sjuksköterskans etiska hållning bygger på att hon är känslomässig och känner sig hel som människa. Det är viktigt att må väl för att kunna hålla en professionell attityd och relaterar till andra människors upplevelser. Sjuksköterskan måste kunna ha en god etisk hållning för att kunna känna mod och stå stark i patientens talan. För att kunna stötta patienten i sin sjukdom och sitt lidande krävs att sjuksköterskan har styrka att bygga upp relationen mellan dem så att patientens röst blir hörd (Thorup, Rundqvist, Robert & Delmar, 2012).

Tobiano et al. (2015) skriver att sjuksköterskor uttryckt att deras självförtroende är avgörande för hur mycket patienten tillåts delta i vården. Vissa oerfarna sjuksköterskor menar att det blir svårare för dem att känna tillit och säkerhet till patientens beslut. Därför vill de gärna fatta beslut själva. Andra sjuksköterskor som har lite mer vana känner större tillit till patienten och vågar bjuda in till mer delaktighet.

Slutligen kan diskuteras att patienten inte skall överbelastas och känna för mycket ansvar (Sahlström, Partanen, Rather & Turunen 2016). Det är alltså viktigt att patienten är delaktig men sjuksköterskan bör samtidigt se till så delaktigheten ligger på en bra nivå. Patienten ska inte känna sig utanför men samtidigt inte heller uppleva delaktigheten som en stor börda. Däremot tror vi som författare att det kan vara utmanande och svårt att bedöma vad som är en bra nivå eftersom att varje patient har sin individuella önskan. Vissa patienter vill inta en passiv roll medan andra vill vara mer aktiva och delaktiga och att veta vart gränsen går kan vara utmanande.

Utifrån studiens resultat har det visat sig att patientens delaktighet kan hindras på många olika plan. Det är först och främst upp till patienten hur delaktig hen vill vara, men trots det är det sjuksköterskan som i slutändan avgör om patienten tillåts att vara aktiv eller inte. Vi tror att det kan vara av stor vikt att göra sjuksköterskan medveten om sin maktposition för att delaktigheten ska kunna möjliggöras. Trots det kan det vara svårt att främja patientens medverkan om sjuksköterskan är stressad och har en hög arbetsbelastning. På så sätt kan sjukhusmiljön, arbetsbelastningen och personalbristen bli ett hinder till att uppmuntra och tillåta patientens delaktighet.

Hållbar utveckling

Studiens resultat ger information om vad som kan förväntas av sjuksköterskan och vad som krävs av patienten i vårdmötet för att gynna delaktigheten. Bjuder sjuksköterskan in patienten i sin vård kan deltagandet möjliggöras och samtidigt leda till trygghet och ett ökat förtroende till sjukvården. Ökat förtroende för sjuksköterskan kan ge drivkraft och energi hos patienten att ta ansvar i sin hälsoprocess, vilket i sin tur kan öka processen till att återställa hälsa och välbefinnande. Samtidigt kan sjuksköterskan få möjlighet att lägga sitt fokus på andra patienter ge dem tid i sina vårdmöten. Om sjuksköterskan prioriterar att lämna ut anpassad information om exempelvis läkemedelsbiverkningar, vikten av mobilisering och hur trycksår kan förebyggas får patienten en möjlighet till ett aktivt deltagande. På så sätt kan patienten själv utföra förebyggande åtgärder och minska risken att exempelvis trycksår uppstår. Att patienten blir medveten om olika risker kan leda till att dessa inte utvecklas vilket i sin tur kan leda till en kortare vårdtid och minskad användning av resurser. Genom att göra patienten medveten kan dennes deltagande gynna en hållbar utveckling.

SLUTSATSER OCH KLINISKA IMPLIKATIONER

Sjuksköterskans inflytande i ett patientsäkert vårdande är komplex i relation till patientens delaktighet. Sjuksköterskans professionella roll, arbetssituation och etiska hållning är avgörande för hur mycket patienten ges möjligheter till delaktighet. Sjuksköterskans vårdande hållning eftersträvar att finna tid att möta sin patient, vilket kan handla om att prioritera vårdmötet och lämna över andra ansvarsområden till övrig personal. Vidare bygger delaktigheten på en ömsesidig relation mellan patient och sjuksköterska vilket innebär att båda parter måste ge varandra utrymme. Patienten måste därför vilja bli inbjuden samtidigt som sjuksköterskan måste vara engagerad och bjuda in. Vårdandets utmaning handlar således dels om att alla patienter inte vill vara delaktiga samt att sjukdom och ohälsa kan minska energin till aktiv delaktighet. Samtidigt kan patienten mötas av en paternalistisk attityd. Det handlar också om att sjuksköterskan måste möta den individuella patientens behov och önskningar. Denna komplexitet understryker betydelsen av att varje patient skall ses som unik och att varje vårdmöte bygger på patientens livsvärld, så mycket som sjuksköterskan kan påverka. I praktiken kan sjuksköterskan främja patientens delaktighet genom att prioritera vårdmötet, lyssna in patienten och efterfråga dennes önskningar, respektera patientens önskan om att vara aktivt delaktig likväl som att inta en mindre aktiv roll, delegera arbetsuppgifter till annan personal för att skapa tidsutrymme för sin patient samt att se varje människa som unik och dennes behov.

REFERENSER

Arbetsmiljöverket (2017). *Stress*. <https://www.av.se/halsa-och-sakerhet/psykisk-ohalsa-stress-hot-och-vald/stress/> [2017-10-11]

Arman, M., Ranheim, A., Rydenlund, K., Rytterström, P. & Rehnsfeldt, A. (2015). The nordic tradition of caring science: The works of three theorists. *Nursing Science Quarterly*, 28(4), ss. 288-296. DOI: 10.1177 / 0894318415599220

Axelsson, Å. (2012). Litteraturstudie. I Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (red.) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. 2. uppl., Lund: Studentlitteratur, ss. 203-220.

Berglund, M., Westin, L., Svanström, R., & Sundler, A. (2012). Suffering caused by care--patients' experiences from hospital settings. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7, ss. 1-9. DOI: 10.3402/qhw.v7i0.18688

Birkler, J. (2010). *Filosofi och omvårdnad : Etik och människosyn*. Stockholm: Liber.

Dahlberg, K. & Segesten, K. (2010). *Hälsa och vårdande i teori och praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Dahlberg, K., Todres, L., & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: An existential view of well-being. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 12(3), ss. 265-271. DOI: 10.1007/s11019-008-9174-7

De Brún, A., Heavey, E., Waring, J., Dawson, P., & Scott, J. (2017). PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety'. *Health Expectations*, 20(4), ss. 771-778. DOI: 10.1111/hex.12516

Drach-Zahavy, A. & Shilman, O. (2014). Patients' participation during a nursing handover: the role of handover characteristics and patients' personal traits. *Journal of Advanced Nursing*, 71(1), ss. 136-147. DOI: 10.1111/jan.12477

Ekeberg, M. (2009). *Att lära sig vårda - med stöd av handledning*. Lund: Studentlitteratur AB.

Eriksson, K. (2012). Att definiera och bestämma begrepp inom vårdvetenskap som disciplin. I Wiklund Gustin, L. & Bergbom, I., 2012. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Florin, J., Ehrenberg, A. & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal Of Clinical Nursing*. 17(21), ss. 2935-2944. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02328.x

Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Kommunikationsbrister i vården*.
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/bilder-och-nyheter/2014/kommunikationsbrister-i-varden.pdf> [2017-10-30]

Inspektionen för vård och omsorg (2017). *Hur upplever patienter och närstående vården?* <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/hur-upplever-patienter-och-narstaende-varden/> [2017-10-18]

Kiessling, T., & Kjellgren, K. (2004). Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Nordic Journal of Nursing Research*, 24(4), ss.31-35.
DOI:10.1177/010740830402400407

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

Latimer, S., Chaboyer, W. & Gillespie, B. (2014). Patient participation in pressure injury prevention: giving patient's a voice. *Scandinavian Journal of caring science*. 28(4), ss. 648-656. DOI: 10.1111/scs.12088

Mechanic, & Meyer. (2000). Concepts of trust among patients with serious illness. *Social Science & Medicine*, 51(5), ss. 657-668. DOI: 10.1016/S0277-9536(00)00014-9

McTier, L., Botti, M. & Duke, M. (2013). Patient participation in medication safety during an acute care admission. *Health Expectations*. 18(5), ss. 1744-1756. DOI: 10.1111/hex.12167

Rathert, C., Brandt, J. & Williams, E. (2012). Putting the 'patient' in patient safety: a qualitative study of consumer experiences, *Health Expectations*. 15(3), ss. 327-336. DOI: 10.1111/j.1369-7625.2011.00685.x

Rodrigues, C., Santos, V. & Sousa, P. (2017). Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70(5), ss.1083–1088. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0194

Rundqvist, E. (2012). Makt som fullmakt. I Wiklund, L. & Bergbom, I. (red.) *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Stockholm: Studentlitteratur, ss. 336-346.

Sahlsten, M., Larsson, I., Plos, K., & Lindencrona, C. (2005). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), ss. 223-229. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2005.00336.x

Sahlström, M., Partanen, P., Rather, C. & Turunen, H. (2016). Patient participation in patient safety still missing: Patient safety experts' views. *International Journal of Nursing practice*. 22(5) ss, 461-469. DOI 10.1111/ijn.12476.

Sahlström, M., Partanen, P. & Turunen, H. (2014). Safety as Experienced by Patients Themselves: A Finnish Survey of the Most Recent Period of Care. *Research in Nursing & Health*. 37(3), ss. 194-203. DOI: 10.1002/nur.21589.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslagen*. Sveriges Riksdag.

SFS 2014:821. *Patientlagen*. Sveriges Riksdag.

SFS 217:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Sveriges Riksdag.

Sharp, S., McAllister, M. & Broadbent, M. (2015). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary Nurse*. 52(2-3), ss. 300-312. DOI: <https://doi.org/10.1080/10376178.2015.1020981>

Siouta, E., Hellström Muhli, U., Hedberg, B., Broström, A., Fossum, B. & Karlgren, K. (2016). Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*. 30(3), ss. 535-546, DOI: 10.1111/scs.12276

Socialstyrelsen (2015). *Min guide till en säker vård*.
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-3> [2017-10-18]

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

<https://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/kompetensbeskrivning-for-legitimerad-sjukskoterska/> [2017-09-21]

Thorup, C., Rundqvist, E., Roberts, C., & Delmar, C. (2012). Care as a matter of courage: Vulnerability, suffering and ethical formation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), ss. 427-435.

DOI: 10.1111/j.1471-6712.2011.00944.x

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

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J. & Chaboyer, W. (2016). Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 30(2), ss. 260–270. DOI: 10.1111/scs.12237

Vaismoradi, M., Jordan, S. & Kangasniemi, M. (2015). Patient participation in patient safety and nursing input - a systematic review. *Journal Of Clinical Nursing*. 24(5-6), ss. 627-639. DOI: 10.1111/jocn.12664

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur & Kultur.

Bilaga 1 – Sökhistorik

Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Antal granskade artiklar	Antalet valda artiklar
Cinahl	Patient safety AND Patient participation	Peer-reviewed, Publiceringsår 2007-2017. English language.	722	10	3
Cinahl	Patient participation AND Injury	Peer-reviewed, Publiceringsår 2007-2017. English language.	719	4	1
Medline	Patient experience AND Patient autonomy	Publiceringsår 2007-2017. English language.	623	5	1
Medline	Patient participation AND patient safety	Publiceringsår 2007-2017. English language.	1496	4	1
Cinahl	Patient participation AND patient safety AND patient perceptions	Peer-reviewed, Publiceringsår 2007-2017. English language.	57	3	2
Cinahl	Patient participation AND nursing AND care	Peer-reviewed, Publiceringsår 2007-2017. English language.	1357	4	2

Bilaga 2 - Artikelgranskning

Titel, författare, år, tidskrift, land	Syfte	Metod/Urval	Resultat
<p>1. Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care.</p> <p>Florin. J., Ehrenberg. A. & Ehnfors. M.</p> <p>2008, Sverige</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p>	<p>Att undersöka förutsägelser för att patienten skall kunna delta i beslutsfattanden inom de kliniska besluten. Få fram vilken roll patienten önskar i sitt deltagande.</p>	<p>Kvantitativ metod. Tvärsnittsstudie som genomfördes på 428 patienter som nyligen blivit utskrivna från universitetssjukhus eller regionsjukhus i Sverige.</p>	<p>Resultatet visar att patienter har en delad mening om vilken roll de vill ha i sitt beslutsfattande i vården. Vissa föredra en passiv roll där sjuksköterskans får fatta beslut med stark påverkan av patientens egna önskningar. Andra patienter önskar en mer aktiv roll i sitt deltagande. Att det skiljer sig i vad som avgör vilken roll som önskas beror på kön, ålder, levnadsstatus och yrkesstatus. Dessa faktorer är avgörande för vilken typ av roll patienten vill ha i sitt deltagande i vården gällande kliniska beslut.</p>
<p>2. Patients' participation during a nursing handover: the role of handover characteristics and patients' personal traits.</p>	<p>Att belysa patienters delaktighet när hen överlämnar sig till vården. Lyfta kvalitéer och i vilken omfattning patienten kan medverka i sin</p>	<p>Kvalitativ och kvantitativ metod. Databaserad datainsamling från 5 kirurgiska vårdavdelningar där totalt 100 patienter skrivit in. Observationer och fakta samlades in via enkätformulär</p>	<p>Resultatet visade att det krävdes initiativ från två håll för att patienten skulle kunna delta i överlämningsprocessen till vården. Patientens initiativ förbättrades när sjuksköterskan var närvarande i mötet samt hade en mindre</p>

<p>Drach-Zahavy. A. & Shilman. O.</p> <p>2014, Israel</p> <p><i>Journal of Advanced Nursing</i></p>	<p>vård.</p>	<p>gällande patientens egenskaper och hur det påverkar deltagandet i överlämningsprocessen.</p>	<p>arbetsbelastning på avdelningen.</p>
<p>3. Patient participation in medication safety during an acute care admission.</p> <p>McTier. L., Botti. M. & Duke. M.</p> <p>2013, Australia</p> <p><i>Health Expectations</i></p>	<p>Att undersöka patientens deltagande i samband med hantering av läkemedel vid sjukhusinläggning för hjärtkirurgisk ingrepp hos patienter med hjärt-kärlsjukdom.</p>	<p>Kvalitativ studie. 130 patienter, alla över 18 år som skulle genomföra en hjärtkirurgi under 2008-2009. Patienterna intervjuades före och efter sin operation med samma frågor i båda intervjuerna.</p>	<p>Genom intervjuerna visade det sig att patienternas kunskap om sina nyinsatta läkemedel efter operationen minskade. Det visade sig också att sjuksköterskornas engagemang för patientens delaktig var bristande. Patienterna upplevde att de inte fick den utbildning de behövde om sina nya läkemedel, samt att dem inte blev inbjudna till delaktighet. Sjuksköterskorna däremot blev förvånade över detta resultat och ansåg sig inte kunna ge mer information eller delaktighet till patienterna.</p>
<p>4. Patient participation in pressure injury preventin: giving patient's a voice.</p>	<p>Att beskriva patientens uppfattning om deras roll att kunna förebygga</p>	<p>Kvalitativ metod 20st vuxna patienter som skulle stanna längre än 3 dagar</p>	<p>Patienternas kunskap om trycksår var varierande. De som hade haft trycksår tidigare hade kunskap om</p>

<p>Latimer. S., Chaboyer. W. & Gillespie. B.</p> <p>2014, Australia</p> <p><i>Scandinavian Journal of caring science</i></p>	<p>trycksår.</p>	<p>på sjukhus intervjuades. Frågorna handlade om deras nuvarande kunskap om trycksår och hur dem kunde påverka uppkomsten av trycksår.</p>	<p>förebyggande åtgärder. Deltagarna som saknade kunskap eller erfarenhet om trycksår önskade att de hade fått information om trycksår tidigare så de kunde få en möjlighet till förebyggande åtgärder.</p>
<p>5. Patients’ perceptions of barriers for participation in nursing care.</p> <p>E.Larsson. I., J.M.Sahlsten. M., Segesten. K. & A.E. Plos. K.</p> <p>2011, Sverige</p> <p><i>Scandinavian Journal of caring science</i></p>	<p>Att undersöka hinder som finns för att patienten skall kunna medverka i den omvårdnad som ges på sjukhus. Inriktning på vuxna patienter med erfarenhet av somatisk vård.</p>	<p>Kvalitativ metod. Innehållsanalys där data samlades in genom 6 fokusgrupper med 26 svenska informanter rekryterade från fysisk vård och utskrivna patienter från en sådan miljö.</p>	<p>Fyra kategorier identifieras om vad som hindrar patienten att vara delaktig i vårdsituationen utefter dennes erfarenheter. Kategorierna är: egen oförmåga, paternalistisk attityd, brist på empati i vårdmötet, strukturella hinder. Varje kategori har även underkategorier som fördjupar innehållet i varje huvudkategori.</p>
<p>6. Patients’ perceptions of participations in nursing care on medical wards.</p>	<p>Att utforska patienters uppfattningar om att delta i vården som ges på sjukhus, inklusive hinder</p>	<p>Kvalitativ metod. Tolkningsstudie som genomfördes på fyra medicinska avdelningar, på två sjukhus. Fördjupade</p>	<p>Resultaten ger en bättre förståelse för patienternas upplevda roll, vilket kan vara användbart för att främja patientmedverkan.</p>

<p>Tobiano. G., Bucknall. T., Marshall. A., Guinane. J & Chaboyer. W.</p> <p>2016, Australien</p> <p><i>Scandinavian Journal of caring science</i></p>	<p>och hjälpmedel för att kunna vara delaktig.</p>	<p>halvstrukturerade intervjuer med en induktiv innehållsanalys. 20 patienter deltog i studien och patienterna hade stora skillnader i egenskaper. Skillnader som kön, ålder och mobilitetsstatus. Inklusion: 18 år eller äldre samt kunna ge informerat samtycke. Exklusion: palliativ patient eller medicinsk instabil.</p>	
<p>7. PReSaFe: A model of barriers and facilitators to patients providing feedback on experiences of safety.</p> <p>De Brún, A., Heavey. E., Waring. J., Dawson. P & Scott. J.</p> <p>2016, Storbritannien</p>	<p>Att undersöka patienters perspektiv om att ge feedback om säkerhets upplevelser.</p>	<p>Kvalitativ metod. Semistrukturerade intervjuer kring patienters erfarenheter angående säkerheten på sjukhus. Intervjuerna sker efter att patienterna blivit utskrivna. 28 personer deltog i studien. Inklusion: 18 år eller äldre. Samt kunna ge informerat samtycke.</p>	<p>Tre teman identifierades som hinder och hjälpmedel för patientens engagemang i att ge feedback om sina säkerhets upplevelser.</p>

<i>Health Expectations</i>			
<p>8. Putting the 'patient' in patient safety: a qualitative study of consumer experiences.</p> <p>Rathert. C., Brandt. J. & S. Williams. E.</p> <p>2012, USA</p> <p><i>Health Expectations</i></p>	<p>Syftet med studien är att kvalitativt undersöka konsumenternas uppfattning om patientsäkerhet i den akuta vården på sjukhus.</p>	<p>Kvalitativ metod. 4 gruppintervjuer hölls med 35 deltagare. Genom intervjuer studeras patienters och familjemedlemmars uppfattningen av den akuta vården på sjukhus. Inklusion i urval: Åldergräns 18 år. Patient eller anhörig som upplevt den akuta vården. Samt att informanten måste tillbringat en natt på sjukhuset.</p>	<p>Tre teman identifieras och lyfts som områden som behöver förbättras: Kommunikation gällande hälsoinformation, personalproblem, medicinadministrering. Resultatet visar att behovet av en familjemedlem som patient förespråkare.</p>
<p>9. Safety as Experienced by Patients Themselves: A Finnish Survey of the Most Recent Period of Care.</p> <p>Sahlström. M., Partanen. P. & Turunen. H.</p> <p>2014, Finland</p>	<p>Är att beskriva patientens egna erfarenheter av patientsäkerhet och delaktighetens betydelse för säkerheten.</p>	<p>Kvantitativ metod. Datainsamlingen gjorde från 175 deltagare som hade behandlats på sjukhus. Patienterna blev informerade om studien på sjukhuset och fick sedan besvara frågeformuläret när de kommit hem.</p>	<p>56% av patienterna hade inte upplevt några fel under sin vårdtid. 22% hade någon gång upplevt att fel uppstått i vården och de resterande 22% visste inte om de hade varit med om några fel. Av de patienter som blivit utsatta för felaktig vård var det enbart 36% som hade blivit informerade om detta och endast 9% som hade fått en ursäkt.</p>

<i>Research in Nursing & Health</i>			
<p>10. The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care</p> <p>Sharp. S., McAllister. M. & Broadbent. M.</p> <p>2015, Australia</p> <p><i>Contemporary Nurse</i></p>	<p>Syftet med studien var att uppmärksamma patienternas upplevelser och erfarenheter av en patientcentrerad vård.</p>	<p>Kvalitativ metod. 10 deltagare intervjuades om deras erfarenheter av omvårdnad, personcentrerad vård och identifiera sätt att förbättra och stödja medkänsla.</p>	<p>Enligt patienterna var det viktigaste att sjuksköterskan visade medlidande för att vården skulle kunna bli personcentrerad. Patienterna upplevde att sjuksköterskans främsta uppgift skulle ligga i att se hela personen och inte bara deras sjukdom, utföra vården i samråd med patienten och acceptera patientens önskan.</p>