

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ  
I VÅRDVETENSKAP  
VID INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP  
2009:60

Är kunskap, kontroll och förväntningar på mötet med  
vårdpersonal centralt för patientens beskrivning av  
delaktighet i vården?

Litteraturstudie ur ett patientperspektiv

Sonja Nilsson  
Cristina Rolandsson



HÖGSKOLAN I BORÅS  
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP

Uppsatsens titel: Att bli informerad är ingen garanti för delaktighet

Författare: Sonja Nilsson  
Cristina Rolandsson

Ämne: Vårdvetenskap

Nivå och poäng: Magisternivå, 15 högskolepoäng

Kurs: Fristående kurs  
Specialistsjuksköterskeutbildning - Distriktssköterska, DSK02

Handledare: Elisabeth Björk Brämberg

Examinator: Helen Elden

## Sammanfattning

Delaktighet kan förklaras som *aktiv medverkan* eller att tonvikten läggs på känslan av delaktighet det vill säga att *vara till nytta* eller *ha medinflytande*. Enligt SOSFS 2005:12, ska förutsättningar ges så att patienten kan bli delaktig i sin vård. Sjuksköterskor upplever att patientdelaktighet är när det finns en upprättad relation mellan patient och sjuksköterska, delad makt, att det finns en delad information och kunskap samt att det finns ett lika stort engagemang hos båda parterna. Det är viktigt att sjuksköterskan förstår hur patienter upplever delaktighet i vårdmötet.

Syftet är att beskriva möjligheter och hinder för delaktighet i vård och behandling utifrån ett patientperspektiv. En systematisk litteraturstudie har genomförts. Studien baseras på 20 artiklar med kvalitativ ansats som beskriver patienters erfarenhet av möjlighet och hinder för delaktighet. Artiklarna har analyserats utifrån kvalitativ innehållsanalys.

Delaktighet är ett samlingsbegrepp som innefattar att ett flertal olika behov hos patienten behöver bli tillgodosedda. Tre kategorier har utkristalliserats ur resultatet; Patientens kunskap om sin vård och behandling; Patientens upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling och Patientens förväntningar i mötet. Med kunskap avser patienten flera olika delar som information, ställa frågor och få begripliga svar och tid till att reflektera och omsätta informationen till kunskap. Patienten beskriver kontroll som att få ha sista ordet och vara delaktig i beslut. Resultatet i studien visar att patienten förväntar sig att bli inbjuden i mötet för att kunna delta i besluten av sin vård.

Nyckelord: *patientdelaktighet, delaktighet, intervju, fatta beslut.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>1</b>
Delaktighet ur ett sjuksköterskeperspektiv .....	2
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b> .....	<b>3</b>
<b>SYFTE</b> .....	<b>3</b>
<b>METOD</b> .....	<b>3</b>
Urval .....	4
Dataanalys.....	4
<b>RESULTAT</b> .....	<b>6</b>
Kunskap om sin vård och behandling .....	6
Upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling .....	8
Patientens förväntningar i mötet med vårdpersonal .....	10
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>11</b>
Metoddiskussion .....	11
Resultatdiskussion .....	12
Betydelse för vårdandet .....	14
Förslag på fortsatt forskning .....	14
<b>REFERENSER</b> .....	<b>16</b>
Bilaga 1. Sökhistorik.....	20
Bilaga 2. Översikt av analyserade artiklar .....	21

## INLEDNING

Vi har ofta kommit i kontakt med begreppet delaktighet i vårt arbete som sjuksköterskor. Delaktighet nämns i olika riktlinjer, lagtexter och finns med i diskussioner bland sjuksköterskor. Har begreppet delaktighet samma betydelse för sjuksköterskan som för patienten eller för de befattningshavare som har skrivit lagarna? I de preliminära diskussionerna inför examensarbetet kom vi fram till att det fanns många frågetecken runt begreppet delaktighet. Vi sökte på ordet delaktighet i Socialstyrelsens termdatabank för att få vägledning men där fanns det inte med. Vi beslutade oss då för att undersöka begreppet delaktighet ur ett patientperspektiv för att se om den forskning som är genomförd kunde hjälpa oss att tolka begreppet.

## BAKGRUND

Delaktighet förklaras i Nationalencyklopedin som *aktiv medverkan*. Delaktighet kan i språkligt bruk användas ur olika perspektiv, dels som ett juridiskt ord och då menas *medansvar* eller som man oftast använder delaktighet genom att man lägger tonvikten på känslan av delaktighet det vill säga att *vara till nytta* eller *ha medinflytande* ([www.NE.se](http://www.NE.se)). World Health Organisation (1978) tog upp i Alma-Ata deklARATIONEN att människor har rättigheter och skyldigheter att delta individuellt och kollektivt i planering och genomförande av sin vård. Olika modeller har skapats för att kunna åskådliggöra delaktighet, ett exempel är Arnstein (1969) som beskriver att delaktighet kan delas in i tre nivåer dvs. icke-delaktighet, argumentation och klientmakt. Inom olika socialteorier används delaktighet som ett begrepp för att beskriva en grupp människors delaktighet, likväl som för en enskild individs delaktighet. Inom hälso- och sjukvård används begreppet för att beskriva en enskild individs delaktighet (Sahlsten, Larsson, Lindenkröna & Plos, 2008). I vårt arbete kommer vi att använda begreppen delaktighet och patientdelaktighet likvärdigt. Detta pga. att i engelska artiklar används begreppet ”patient participation” som översatt till svenska blir patientdelaktighet. I en vårdvetenskaplig kontext används delaktighet oftast med samma innebörd som patientdelaktighet.

I förarbetet till Hälso- och Sjukvårdsutskottet (HSU) 2000 beskrivs att ”de allra flesta patienter vill vara delaktiga och ha inflytande över sin situation” (Statens offentliga utredningar 1997:154). En annan utgångspunkt är krav på god vård på lika villkor som kräver att de svagare grupperna tillförsäkras rätten till valfrihet, inflytande och delaktighet i vården. Enligt SOSFS 2005:12, om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvård, ska förutsättningar ges så att patienten kan bli delaktig i sin vård. I hälso- och sjukvårdslagen (HSL) används inte ordet delaktighet. De begrepp som beskrivs där är: trygghet, vård på lika villkor, självbestämmande, integritet, kontinuitet, säkerhet, samråd, individuellt anpassad information och att patienten ska ges möjlighet till att välja. Dessa begrepp har under senare tid ofta förknippats med delaktighet. I delbetänkandet (SOU 1979:78) innan HSL skrevs påpekas det att patienten skall ha rätt till trygghet och inflytande. Vidare beskrivs att patienten skall ha rätt till självbestämmande men för att detta ska kunna ske krävs att sakkunnig information ges. Patienten har även rätt till medinflytande vilket innebär att patientens åsikter efterfrågas och respekteras (ibid).

## **Delaktighet ur ett sjuksköterskeperspektiv**

Analys av patientdelaktighet har gjorts av bl.a. Cahill (1995) och Sahlsten et al (2008). Dessa analyser har genomförts utifrån patientdelaktighet som ett begrepp. Enligt Cahill (1995) krävs följande fem kriterier för att begreppet patientdelaktighet ska uppfyllas: det måste finnas en relation. Gapet mellan sjuksköterskan och patientens kunskap måste vara mindre. Sjuksköterskan måste ge upp delar av sin makt. Det måste finnas ett visst engagemang i omvårdningsprocessen från båda parter. Det måste finnas en vinst med delaktighet för båda parter (ibid). Sahlsten et al (2008) har gjort en ny analys utifrån forskning som har skett efter 1995. Till skillnad från Cahill beskriver Sahlsten en vagare bild av relationen mellan patient och vårdare. Vidare berättar Sahlsten att sjuksköterskan bör ge upp kontrollen av makt och inte bara vissa delar av makten. Det måste finnas en gemensamt delad information och kunskap samt att det ska finnas ett lika stort engagemang hos båda parterna. Ett hinder för delaktighet kan vara att samsyn saknas beträffande definitionen av begreppet och vad som ingår i processen (ibid).

När delaktighet studeras bland sjuksköterskor, förväntas patienten vara aktiv, självständig och informationssökande. Sjuksköterskan anser att det inte får vara ett krav och patienten får inte tvingas till delaktighet (Larsson, 2008). Patientdelaktighet som det uppfattas idag kan förstås som en förutsättning för god omvårdnad. Patienten förväntar sig att sjuksköterskan ska styra vårdmötet men genom sitt sätt att styra kan sjuksköterskan påverka patientens möjligheter till delaktighet antingen genom att underlätta eller förhindra (Sahlsten, 2007). Sjuksköterskan initierar och beslutar om patientens möjligheter till delaktighet. Sjuksköterskan upplever att det inte alltid finns tid till att förklara så att patienten förstår informationen de fått. För att patienten ska kunna erbjudas delaktighet från sjuksköterskan krävs det att önskemål och frågor ställs på ett, för sjuksköterskan, acceptabelt och förståeligt sätt (Frank, Asp & Dahlberg, 2008).

Larsson (2008) beskriver sjuksköterskans uppfattning att patienten varit delaktig när denne fått nödvändig information om mediciner och vårdplaner. Omvårdningsprocessen används av sjuksköterskan för att ta reda på patientens synpunkter beträffande vård och utskrivning samt att informera och involvera patienten i sin egenvård. Enligt Florin, Ehrenborg och Ehnfors (2008) har sjuksköterskan ett ansvar utifrån sin profession att få patienten delaktig i sin vård men att det saknas verktyg för sjuksköterskan att kunna bedöma den enskilde patientens syn på och önskan om delaktighet. I deras studie framkommer det hur patienten vill vara delaktig i sin vård och att det skiljer sig mycket från individ till individ samt att viljan till delaktighet bäst framkommer genom en individuell bedömning av patienten. De flesta patienter föredrar en passiv roll i besluten om deras vård och behandling (ibid). Enligt Sahlsten, Larsson, Lindenkrone och Plos (2005a) tar de upp betydelsen av att sjuksköterskan har en empatisk förmåga och vilja till inlevelse i patientens upplevelse samt ett aktivt lyssnande och respons till det patienten förmedlar, både uttalat och outtalat. Vid informationstillfället krävs att man stämmer av att patienten har förstått. Information utgör, enligt sjuksköterskan, grunden för delaktighet. Informationen ska vara tillräcklig, saklig och korrekt för att patienten ska kunna göra val och ha inflytanden i beslutsprocessen (ibid). Delad information mellan patient och sjuksköterska bygger enligt Street, Makoul, Aurora och Epstein (2009), på kommunikation. Sjuksköterskan bör reagera på patientens uttryck, bygga en relation, ge patienten möjlighet att fatta beslut, kunna hantera patientens osäkerhet och

stötta patientens egenvård. Kommunikation med betoning på delad information leder till en direkt och indirekt förbättrad hälsa hos patienten. Kommunikationen ska vara förståelig, patienten ska känna sig involverad och kunna fatta beslut om sin egen vård och behandling (ibid).

Hinder för delaktighet är, enligt Sahlsten, Larsson, Plos och Lindenkrona (2005b), då sjuksköterskan inte bygger en tillitsfull relation till patienten och då sjuksköterskan inte använder sina teoretiska och praktiska kunskaper för att skapa delaktighet. Ett annat hinder för delaktighet är en förmyndaraktig attityd hos sjuksköterskan, där patientens inflytande försvåras. Bristen på kontinuitet mellan sjuksköterskan och patienten beror på att det saknas gemensam tid, sjuksköterskans många arbetsuppgifter och egen schemaläggning samt brister i den fysiska omgivningen och utgör då hinder för delaktighet.

## **PROBLEMFORMULERING**

Delaktighet är ett kontextuellt och mångtydigt ord. Det innebär att delaktighet kan ha olika betydelser i olika sammanhang. Detta kan innebära svårigheter i mötet mellan patienten och sjuksköterskan. Sjuksköterskan förväntar sig i mötet att patienten är aktiv och vill delta i beslut om sin vård och behandling. Patientdelaktighet är en förutsättning för god omvårdnad. Tidigare forskning visar på en bred bild av delaktighet utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Kunskap om delaktighet kan komma att fungera som vägledande i det praktiska vårdarbetet om sjuksköterskan/distriktssköterskan förstått hur patienten upplever delaktighet i vårdmötet.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att beskriva möjligheter och hinder för delaktighet i vård och behandling utifrån ett patientperspektiv.

## **METOD**

I examensarbetet har en systematisk litteraturstudie genomförts. Studien baseras på 20 artiklar med vårdvetenskaplig ansats som beskriver patienters erfarenheter av delaktighet. Artiklarna har granskats utifrån Forsberg & Wengström (2008) checklista för systematisk litteraturstudie. Litteraturstudien syftar till att få en ökad kunskap om patienters erfarenheter av delaktighet. Kvalitativa artiklar har analyserats och beskrivits utifrån ett stort antal patientintervjuer tagna ur artiklarnas resultatsdel. Den kvalitativa innehållsanalysen bygger på att analysera texter. Enligt Friberg (2006) är en utgångspunkt att varje enskild kvalitativ forskningsstudie har ett kunskapsvärde men att ett större kunskapsvärde skapas om flera studiers resultat sammanställs (ibid). Kvalitativ innehållsanalys är en metod som kan anpassas både till olika syfte, till datamaterial av varierande kvalitet och till forskarens erfarenheter och kunskaper (Lundman & Hällgren Granheim, 2008).

## Urval

Studierna som analyserats är kvalitativa i sin ansats och metoderna som använts i de kvalitativa studierna är olika som ex. fenomenologisk, hermeneutisk eller grounded theory metod. Fenomenologin är en teori och metod som beskriver läran om fenomen och väsen. Fenomenologin söker förklara eller beskriva idéer och väsen för oss, så som de ter sig ([www.Wikipedia.org](http://www.Wikipedia.org)). Grounded theory är en form av empirisk forskning och har iakttagelser av verkligheten som den enda källan till kunskap. Det är forskarens egna iakttagelser som utgör källa till kunskap ([www.Wikipedia.org](http://www.Wikipedia.org)). I hermeneutikforskningen är tolkningen central och förståelsen av diskurser. Den hermeneutiska forskningen försöker svara på frågan :”Vad är det som visar sig och vad är innebörden i det ?” ([www.Wikipedia.org](http://www.Wikipedia.org) ). Utmärkande för fenomenografi är att den syftar till att beskriva väsensskilda uppfattningar av fenomenet. Målet är att försöka observera en hypotetisk spännvidd över mänskligt förståelse av företeelser ([www.Wikipedia.org](http://www.Wikipedia.org) ).

Det övergripande syftet med kvalitativ forskning är att skapa ökad förståelse. Studien bygger på 20 artiklar som hittats via sökningar i databaser och manuella sökningar. Ordet delaktighet används i många olika sammanhang i vårdandet av patienter. I Socialstyrelsens termbank saknades begreppet och därmed en förklarande text. Vid en fortsatt sökning i CINAHL, PubMed och PubMed central på begrepp som självbestämmande, medbestämmande, patientinflytande, partnerskap och samråd drogs slutsatsen att dessa begrepp ofta användes tillsammans med begreppet delaktighet. Därefter avgränsades sökningen genom att inklusions- och exklusions kriterier formades.

Sökningen har skett i databaserna PubMed, och CINAHL med sökorden patient participation, decision-making och interview\*. Inkluderingskriterierna kom att bli artiklar som beskriver studier av delaktighet i vård och behandling och som har en kvalitativ ansats. Studierna var från 2004-2009, skrivna på engelska och referee granskade, samt beskriver upplevelser av vuxna (dvs.  $\geq 19$  år). Exkluderingskriterier var studier från psykiatri, barn, anhöriga och studier som beskrev upplevelser av äldre äldre (patienter  $>85$  år), rehabilitering, hjälpmedel samt utskrivning.

Vid sökning i databaserna PubMed och CINAHL (se bilaga 1) enligt inklusions- och exklusionskriterierna hittades flertalet av de artiklar som ligger till grund för examensarbetet. Ett flertal artiklar fanns i både PubMed och CINAHL, vi har valt att redovisa artiklarna utifrån den databas vi har tagit dem ifrån. Vid genomgång av artiklarnas referenslistor fann vi ytterligare artiklar som söktes manuellt via författarens namn. I avhandlingen ” Patient som medaktör” (Larsson, 2008) fanns artiklar som överensstämde med de kriterier som valts och har inkluderats i arbetet. Vid den första preliminära sökningen framkom två artiklar som svarade mot kriterierna. Dessa artiklar kom inte upp vid de senare sökningarna i databaserna men har inkluderats i materialet.

## Dataanalys

Vi valde kvalitativ innehållsanalys som metod eftersom den utvecklats för att hantera stor mängd data. Den kvalitativa innehållsanalysen fokuserar på tolkning av texter och

att beskriva skillnader och likheter i textinnehållet. Den kvalitativa innehållsanalysen innehåller meningsenhet, kondenserad meningsenhet, kod, underkategori, kategori och när det är möjligt även tema. Meningsenheten är en bärande del utav texten och kan utgöras av ord, meningar och stycken (Lundman et al, 2008).

Studiernas resultat har analyserats utifrån kvalitativ innehållsanalys (se bilaga 2). Meningsenheter har plockats ut som svarar till studiens syfte och använts i innehållsanalysarbetet. Den engelska texten, som antingen var ett patientcitat eller ett resultat från artikelförfattaren, har översatts till svenska och använts i meningsenheten. En kondensering av meningsenheten gjordes. Koden är en etikett på meningsenheten. I koden söktes de likheter och skillnader som beskrevs i artiklarna. Ur de koder som framkom analyserades det fram likheter och skillnader utifrån materialet från helhet till de olika delarna. Dessa bildade underkategorier som svarar på vad patientens erfarenhet av delaktighet är. Vi fann tre kategorier som alla svarar på frågan vad patienten upplever som delaktighet. Dataanalysen syftar till att abstrahera textmassan. En sammanställning har presenterats i resultatet och är en konklusion av den analys som genomförts. Detta innebär att det inte går att återfinna de kategorier vi kommit fram till i de artiklars resultat som har analyserats.

Tabell 1. Tre exempel ur analysen enligt kvalitativ analys.

Engelsk text	Meningsenhet	Kondenserad meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
...the importance of not being seen solely as an illness or a bed number (Larsson mfl, 2008)	..vikten att bli sedd inte enbart som en sjukdom eller som ett sängnummer.	Bli sedd inte vara sjukdom eller sängnummer	Bli sedd	Respekterad	Patientens förväntningar i mötet med vårdpersonal
“the nurse came to me when I couldn’t cope anymore, we had a talk and she help me overcome..” (Larsson mfl, 2006)	Sjuksköterskan kom till mej när jag inte klarade av det längre och hjälpte mej så att jag tog mej igenom	Inte klara av situationen, hjälp att ta sig igenom.	Hjälp att klara situationen	Patienten vill bli omhändertagen	Patientens förväntningar i mötet med vårdpersonal
To be informed is not a guarantee for understanding or participation (Johansson & Ekebergh, 2006)	Att bli informerad är ingen garanti för förståelse och delaktighet	Informerad är ingen garanti för förståelse och delaktighet	Information ingen garanti för förståelse	Information leder inte till kunskap	Kunskap om sin vård och behandling



Analysarbetet färgas utav de som tolkar texten det vill säga deras erfarenhet och kunskap. Våra erfarenheter har diskuterats och skrivits ner innan analysen påbörjats. I ett försök att komma runt detta har diskussionen dessutom fortgått under hela arbetet med analysen. Vid en kvalitativ innehållsanalys är det viktigt att det finns en variation exempelvis män och kvinnor i varierande ålder (Lundman et al, 2008). I de artiklar vi valt är det från fem till 300 patienter som intervjuats. I studien med 300 respondenter var det en del i metodens öppna frågor som analyserades kvalitativt och därför användbart även i det här examensarbetet. Bland intervjudeltagare i artiklarna finns en blandning av män och kvinnor men den övervägande delen var kvinnor.

## RESULTAT

Resultatet presenteras i form av tre kategorier. Dessa kategorier är; Patientens kunskap om sin vård och behandling; Patientens upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling och Patientens förväntningar i mötet. I analysen har vi funnit att patienten inte gör någon direkt skillnad mellan sjuksköterskor, läkare och annan vårdpersonal, varför beskrivningen vårdpersonal istället för specifik profession används i resultatet om patienten inte tydligt har uttalat professionstillhörighet, vilket kan komma fram i patientcitat.

### **Kunskap om sin vård och behandling**

När patienterna pratar om kunskap menar de den mängd kunskap som behövs för att förstå och kunna ta beslut om sin vård och behandling. Patienten beskriver att begreppet kunskap är en mer riktig beskrivning än information. Information är det begrepp som vårdpersonal använder när de beskriver hur de gör för att få patienten delaktig i sin vård. För att nå kunskap behövs och krävs det att informationen är individuell och utgår från patientens behov. Kunskap är när patienten förstår informationen och den är baserad på patientens livsvärld. Patienten anser sig ha rätt till kunskap för att kunna vara delaktiga i beslut och få den tid det behövs för att omvandla information till kunskap. Information är något som patienten och sjuksköterskan delar med varandra. Informationen ska vara enkel och kunna förstås av patienten. Patientens tidigare erfarenheter och kunskap ska tas tillvara vid informationsutbytet mellan patient och sjuksköterska (Doherty & Doherty, 2005; Eldh, Ehnfors & Ekman, 2004; Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006a; Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006b; Eldh, Ekman & Ehnfors, 2007; Fraenkel & McGraw, 2007b; Frank, Asp, & Dahlberg, 2008; Johansson & Ekebergh, 2006; Larsson, Sahlsten, Segensten & Plos, 2008a; Larsson, Sahlsten, Segensten. & Plos, 2008b; Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2006; Manias, & Williams, 2007; Saba, Schillinger, Fernandez, Somking, Wilson & Grumbach, 2006; Tutton, 2005).

They described the surgery in simple words and pictures. I understood it when they described it in ordinary language and not some gobbledygook (Eldh, 2006).

Patienten föredrar att veta vad som är på gång och att information ges kontinuerligt. Informationen ska vara relevant och anpassad till situationen. Information ska vara förståelig och svåra ord eller begrepp ska förenklas. När det gäller sjukdom och behandling ska information ges för att förklara vad som händer i patientens kropp. Hur mycket information som krävs för att den ska omsättas till kunskap förväntas sjuksköterskan kunna förstå (Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a; Eldh et al, 2006b; Entwistle, Prior, Skea & Francis, 2008; Fraenkel et al, 2007b; Johansson et al, 2006; Larsson, et al, 2008a; Larsson et al, 2008b; Larsson et al, 2006; Manias, Botti, & Bucknall, 2006).

Nurses were expected to augment patient's knowledge to enable them to understand medical treatment and nursing care, there goals and how this can be carried out (Larsson, 2006).

Patienten behöver kunskap om vårdorganisation, sin sjukdom och hur den påverkar dess egen kropp för att de ska kunna dela med sig av sin information, kunskap och erfarenhet till vårdpersonalen. Kunskap om situationen och förväntningar ger en känsla av välmående och gör att patienten upplever hälsa. Patienten behöver kunskap för att förstå hur sjukdomen fungerar och vad behandlingen syftar till. Kunskap ger en känsla av att kunna vara självständig och kunna fatta beslut (Doherty et al, 2005; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a; Eldh et al, 2007; Entwistle et al, 2008; Fraenkel, & McGraw, 2007a; Fraenkel et al, 2007b; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2008b; Larsson et al, 2006).

I prefer to know what's going on ... I like to know why I have to take something and what it does to me (Entwistle, 2008).

Patienten beskriver att kunskapsbrist leder till att inte kunna uppleva delaktighet. Kunskapsbrist beskrivs som att inte få information eller kunna förstå svåra ord eller begrepp inom sjukvården. Att inte bli informerad kan leda till en känsla av att vara liten och värdelös. Ett hinder för delaktighet kan vara att inte vara medveten om hur en sjukvårdsorganisation fungerar. Svårigheten är att inte veta vilka förväntningar på patientens kunskap som ställs eller vilka krav på kunskap som patienten kan ställa på vården. Om patienten inte har tillräcklig kunskap för att förstå de olika valen som kan finnas i vård och behandling blir det svårt att vara delaktig. Patienterna förtydligar att det handlar om kunskap och inte enbart information för att kunna vara aktivt deltagande i beslut. Information och inte kunskap kan beskrivas som att få instruktioner eller föreskrifter utan någon förklaring (Beaver, Jones, Shabbir, Carven, Tomlinson, Witham, & Luker, 2005; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a; Eldh et al, 2007; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2008b; Larsson et al, 2006).

To be informed is not any guarantee for understanding or participation (Johansson, 2006).

Tidsaspekten, beskriver patienter, kan vara ett problem om de inte får tid till att fråga eller om tid inte ges till att få svar när behovet finns. Vårdpersonalen måste tillåta patienten att få tid att tänka och ställa frågor under hela vårdtillfället (Beaver et al, 2005; Fraenkel et al, 2007b; Larsson, et al, 2008a).

I was giving the time to think and ask question so I know what it is all about (Larsson, 2008).

### **Upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling**

Upplevelsen av att bli inblandad ger en möjlighet till inflytande och kontroll för patienten. Om vårdpersonalen är vänlig, tillgänglig och välkomnande upplever patienten att den har inflytande över sin vård och behandling. Patienten beskriver olika typer av kontroll. Patienten påpekar att när båda parter är involverade i processen uppstår en känsla av ömsesidighet och kontroll, en slags balans uppstår. Patienten upplever kontroll när dennes vilja följs och när patienten får fatta egna beslut. När patienten upplever sig ha kontroll kan patienten ställa krav på vård, planering och behandling. Egenvård och den egna livssituationen samt tidigare erfarenheter beskriver patienter som centralt för att kunna uppleva kontroll och för att kunna acceptera den egna livssituationen (Beaver et al, 2005; Belcher, Fried, Agostinin, & Tienetti, 2006; Doherty et al, 2005; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006b; Entwistle et al, 2008; Frank et al, 2008; Haidet, Kroll, & Sharf, 2006; Larsson, et al, 2008a; Larsson et al, 2006; Saba et al, 2006; Tutton, 2005).

I want you to put me into the grave with all my limbs. In other words when I go I want to go with all my limbs if possible and if that means dying early by age sixty that's fine just so that I can have all my limbs (Haidet et al, 2006).

Patienten önskar att vara inblandad i processen hela vägen. En viktig förutsättning för att uppleva kontroll är kontinuitet bland vårdpersonal. Kontinuitet och känslan av kontroll behövs för att patienten skall kunna känna sig involverad i processen. För patienten innebär kontinuitet exempelvis att ha en "egen" sjuksköterska och är en förutsättning för att kunna känna kontroll. Patienten vill bli inblandad i beslut om vård på sina villkor. När attityden hos vårdpersonalen speglas av en auktoritär attityd förringas patientens egen förmåga och möjlighet till delaktighet (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Eldh et al, 2004; Haidet et al, 2006; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2008b; Larsson et al, 2006; Manias et al, 2006; Manias et al, 2007; Tutton, 2005).

... relationship with a own nurse is needed for participation (Larsson, 2008).

Brist på kontroll är att inte förstå vad vårdpersonalen säger. En känsla av maktlöshet när patienten behöver vänta utan att veta vad som är planerat. Bristande kontroll kan vara att förlora självständigheten, kontrollen över sin kropp och hälsosituation eller om sjuksköterskan tar över situationen och förringar patientens förmåga till delaktighet (Belcher et al, 2006; Doherty et al, 2005; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006b; Eldh et al, 2007; Fraenkel et al, 2007b; Frank et al, 2008; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2008b).

The way a nurse communicates can make the patient feel depreciated eg baby talk (Larsson, 2008).

Rädsla för sjukdom kan vara en orsak till att patienten väljer bort att bli inblandad i beslut om sin vård. Enligt patienten ska det vara okej att välja bort sin egen kontroll i vård och behandling och det ska förstås av vårdpersonalen. Ibland kan det kännas tungt för patienten att stå ensam med ansvar och beslut i sin vård och behandling (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Eldh et al, 2004; Fraenkel et al, 2007a; Johansson et al, 2006b).

If you are doing it by yourself the burden is extreme. When you are in a situation you are going to make a decision totally on your own without any influence from anyone else (Fraenkel, 2007).

När patienten har behov av behandling kan denne välja att överlåta ansvaret och beslutet till vårdpersonalen. När patienten är för sjuk och litar på att vårdpersonalen vet bäst gällande vården, kan patienten överlåta till vårdpersonalen att fatta besluten. Detta innebär att patienten gör ett aktivt val och upplever att det finns förtroende för vårdpersonalen och en respektfull samverkan (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Eldh et al, 2004; Fraenkel et al, 2007a; Fraenkel et al, 2007b; Larsson et al, 2008b; Larsson et al, 2006; Manias et al, 2007).

I was so poorly that I let them do whatever they wanted. I let go of everything and didn't want to participate (Larsson, 2008).

Hur personalen arbetar kan bli ett hinder för patientens upplevelse av delaktighet. Om vårdpersonalen gör enligt sina rutiner utan att ta hänsyn till patientens behov upplever patienten brist på kontroll. Språket tas upp som ett hinder dvs. att inte kunna förstå det medicinska språket eller att patienten talar ett annat språk än vad läkaren gör eller vice versa. Patienten kan tilldelas en roll som minskar möjligheten att vara med och ta beslut om egen vård (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Doherty et al, 2005; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2006; Larsson, et al, 2008a; Larsson et al, 2008b; Manias et al, 2007; Saba et al, 2006).

The nurse can't do things only in her way, the nurse must imagine the state I'm in (Larsson, 2006).

Vårdpersonalens attityd kan vara ett hinder för att kunna bli inblandad i vårdprocessen vilket leder till att patienten inte upplevs vara en fullvärdig deltagare och ha kontroll i beslutet om vård och behandling. Ett exempel kan vara, enligt patienten, när vårdpersonalen inte hälsar eller visar intresse för patienten (Beaver et al, 2005; Doherty et al, 2005; Eldh et al, 2007; Entwistle et al, 2008; Fraenkel et al, 2007b; Frank et al, 2008; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2006; Larsson et al, 2008b; Manias et al, 2007).

The attitude seems to be; 'well if the patient doesn't ask then you don't need to tell them very much (Beaver, 2005).

## Patientens förväntningar i mötet med vårdpersonal

Patienten beskriver betydelsen av vem som tar initiativ till ett möte för att delaktighet ska uppnås. Patienten väntar på en inbjudan från vårdpersonalen för att kunna delta i sin vård och behandling, initiativet ska komma från vårdpersonalen. För att veta vilka valmöjligheter som finns för patienten förväntas att vårdpersonalen förklara detta för patienten. Vårdpersonalen förväntas ta reda på vilka patientens förväntningar är på sin vård och behandling (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a ; Eldh et al, 2006b; Entwistle et al, 2008; Fraenkel et al, 2007b; Frank et al, 2008; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2006; Larsson et al, 2008b; Tutton, 2005).

She always included me in discussions because she needs my knowledge said I was an expert I was involved and in control (Larsson, 2008).

Patienten menar att de ska ta ett aktivt ansvar för att fylla ut sina egna kunskapsluckor antingen genom att fråga den lokala apotekaren, själv leta på internet eller via någon patientförening. Patienten kan ta sitt ansvar genom att förbereda sig inför läkarbesök, komma med egna förslag till behandling och att ta egna initiativ. Patientens tidigare erfarenheter och kunskaper ger möjlighet till att själv kunna delta i beslut (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a; Eldh et al, 2006b; Entwistle et al, 2008; Fraenkel et al, 2007b; Frank et al, 2008; Haidet et al, 2006; Johansson et al, 2006; Larsson et al, 2006).

..People should not be afraid to ask question even if it means, like I do, I make a little list when I go in... you should feel free to ask him questions about your medication or stuff that's going on about your medication (Bealcher, 2006.)

Det är patienten som ska ta beslut och läkaren ska ge råd. Ett exempel kan vara att välja att byta läkare för att få annan behandling och vård. När båda har förslag på behandling och i samråd vågar testa sig fram är det delaktighet, men delaktighet innebär, för patienten, att få ha sista ordet. Patienten beskriver att vårdpersonalen tar initiativet till beslut och patienten samtycker till beslutet och upplever att detta är delaktighet (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a; Entwistle et al, 2008; Fraenkel et al, 2007a; Fraenkel et al, 2007b; Frank et al, 2008;; Larsson et al, 2006; Saba et al, 2006).

I could discuss my medication with my physician. My observation was considered and suggestions for solution develop (Eldh, 2006).

I mötet förväntar sig patient bli respekterad för den person man är och det liv som man har valt att leva. För att uppleva respekt måste patienten befinna sig i en tillåtande miljö. Respekt beskriver patienterna som att bli sedd och hörd, som unik individ med egna behov. I dialogen mellan patienten och vårdpersonalen ska båda ge och ta, och mötet ska präglas av tillit och förståelse. Patienterna behöver få sina behov och förväntningar uppfyllda i mötet. Andra förväntningar är när patienterna beskriver att vårdpersonalen visar intresse och har en öppen attityd. När det sker så upplever patienten att de har varit delaktiga (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006;;Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a; Eldh et al, 2006b; Eldh et al, 2007; Entwistle et al, 2008; Fraenkel et al, 2007a; Fraenkel

et al, 2007b; Frank et al, 2008; Larsson, et al, 2008a; Larsson et al, 2006; Johansson et al, 2006; Manias et al, 2006; Tutton, 2005).

Participation is considered when staff expresses interest and open-ended questions, shared dialogue and with respect (Frank, 2008).

Hinder för delaktighet kan vara negativa attityder hos vårdpersonalen. Ett exempel är när patienten blir sedd som en sjukdom istället som en individ. Liknande exempel kan vara när vårdpersonalen undviker att svara på patientens frågor eller när de berättar för de anhöriga istället för patienten. Brist på återkoppling beskriver patienterna är när de inte blir tillfrågade innan beslut fattas eller att de förslag som patienten ger inte får gehör. För att få gehör kan patienten använda sig av ett ökat röstläget för att få respons (Beaver et al, 2005; Belcher et al, 2006; Doherty et al, 2005; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006; Eldh et al, 2006b; Eldh et al, 2007; Entwistle et al, 2008; Fraenkel et al, 2007; Frank et al, 2008; Haidet et al, 2006; Johansson et al, 2006; Larsson, et al, 2008a; Larsson et al, 2008b; Manias et al, 2007; Saba et al, 2006).

... shouting out loud, becoming unpleasant or aggressive in a terms to get reaction (Frank, 2008).

Patienten tar upp rädslan för repressalier, när de säger vad de menar och tycker men när detta inte stämmer överens med vårdpersonalens åsikter. Konsekvensen blir att patienten negligeras dels för stunden när åsikterna har gått isär, men även i möten som sker senare. Ytterligare exempel är när vårdpersonalen talar över huvudet på patienten och inte respekterar patienten som expert på sin egen situation (Belcher et al, 2006; Eldh et al, 2004; Eldh et al, 2006a; Eldh et al, 2006b; Entwistle et al, 2008; Larsson, et al, 2008a; Manias et al, 2007; Saba et al, 2006).

She was silent and didn't back me up in front of the doctor. They talk about me, but I wasn't asked a single question (Larsson, 2008).

## **DISKUSSION**

### **Metoddiskussion**

Den modell som valts, kvalitativ analys av redan skrivna artiklar, bedömdes vara en lämplig metod med tanke på att ett större antal artiklar skulle analyseras. Genomgången av artiklarna utifrån Forsberg mfl (2008) checklista, visade att artiklarnas syfte, metod och datainsamlande var väl underbyggt och detta underlättade bedömningen av resultatens trovärdighet. Genom granskningen utifrån checklistan bestämdes inklusionskriterierna i studien. Att sammanställa flera studiers resultat ger ett större underlag för analys och kan ge ett trovärdigare resultat. Genom analys av andra författares resultat har vi nått flera patienters erfarenhet av delaktighet än om en ny intervjustudie genomförts. Som analysmetod valde vi kvalitativ analys enligt Lundman et al (2008) istället för Evans (2002) analysmetod. Den kvalitativa innehållsanalysen bygger på att analysera texter. Enligt Friberg (2006) är en utgångspunkt att varje enskild kvalitativ forskningsstudie har ett kunskapsvärde men att ett större kunskapsvärde skapas om flera studiers resultat sammanställs (ibid). Kvalitativ innehållsanalys är en

metod som kan anpassas både till olika syfte, till datamaterial av varierande kvalitet och till forskarens erfarenheter och kunskaper. Vi valde kvalitativ innehållsanalys som metod eftersom den utvecklats för att hantera stor mängd data (Lundman et al, 2008). Detta val innebar en strukturerad metod med många olika steg som gjorde att vi behöll vår uppmärksamhet för texten istället för att våra egna erfarenheter styrde i analysen av texten. Genom att modellen innehåller flera steg leder detta till en ökad tillförlitlighet i resultatet. Enligt Lundman et al (2008) ska forskaren under hela forskningsprocessen verifiera sitt ställningstagande för att uppnå tillförlitlighet. Ett sätt att bedöma giltighet är att ta med citat från intervjuerna (ibid).

Vid datasökningarna visade det sig att de flesta författarna var från Sverige och att artiklarna beskrev den svenska hälso- och sjukvården. Då begränsningen valdes att vara artiklarna från 2004 – 2009, upptäcktes att äldre artiklar var från England och Australien. Kanske kan detta bero på att forskare från andra länder använder andra begrepp för att förklara delaktighet. Utifrån att flertalet artiklar var skrivna av svenska författare var det lätt att förstå vad de beskrev och kunna relatera detta till vardagen som vårdare, detta ökar resultatets giltighet. Resultatet skulle kunna prövas för att se om det är överförbart till svenska förhållanden. Om resultatet är överförbart till övriga delar av västvärlden går inte att bedöma.

Databaserna vi sökte i var snarlika till utseendet. Samtidigt ska olika termer användas vilket kan skapa oklarheter i sökningsprocessen. De resultat som redovisas kan se olika ut vid olika sökningstillfällen trots samma sökord. Avsikten har varit att så tydligt som möjligt beskriva sökprocessen i de olika databaserna. Analysprocessen har beskrivits i olika steg genom att i tabellform visa på hur analysen har genomförts, vilket styrker tillförlitligheten i examensarbetet.

Problem uppstod eftersom examensarbetet ingick i en inlärningsprocess samtidigt som en analysprocess skulle utföras. Analysens olika delar, exempelvis kod och underkategori, var svåra att särskilja och i början förväxlades dessa. Detta hanterades genom att fördjupa våra kunskaper om metoden. Därefter gjordes en analys av texten igen. Analysförfarandet har varit en process. De olika stegen i processen behöver ta sin tid för att kunna bearbetas och förstås utifrån vad som var vår egen erfarenhet och vad resultatet i artiklarna visar. Detta för att analysen ska kunna vara så tillförlitlig som det är möjligt med tanke på att en text kan förstås olika. Översättningen från svenska till engelska och sedan tillbaka till svenska igen kan innebära att essensens i primärtexten fått en annan mening? Ytterligare en fundering är att om vi hade gjort samma bedömningar om tillgång funnits till grundmaterialet som forskarna i studierna använt när de gjort sina tolkningar.

## **Resultatdiskussion**

Vår studie visar att patienten behöver kunskap för att kunna vara delaktig. Att skapa kunskap innefattar flera olika delar så som information, ställa frågor och få begripliga svar och tid till att reflektera och omsätta informationen till kunskap. Hur information kan bli kunskap är en process. Tidigare vårdvetenskaplig forskning tar upp att reflektion kan ses som en process där information bearbetas till kunskap. Enligt Ekebergh (2007)

leder denna process genom reflektion till en ny mening för människan. Reflektion finns alltid i människan eftersom den kommer ur livserfarenheten. Lärandet måste ges på ett sådant sätt att det stödjer en reflekterande attityd (ibid). Enligt Sahlsten (2007) är ömsesidighet en dynamisk interaktionsprocess, en förutsättning för att patienter ska få kunskap. Interaktionen bygger på närhet och kontakt. Grunden i processen är ett utbyte och samarbete där patientens erfarenhet och kunskap är nödvändig och lika viktigt som sjuksköterskans. I kommunikationen etableras kontakt och dialog där sjuksköterskans attityd till patienten inte får förringas. Det terapeutiska förhållningssättet tar sig uttryck i sjuksköterskans attityder och grundas på reflektion av sjuksköterskans egna förhållningssätt och beteende i patientmötet (ibid). Den forskning som finns stödjer vårt resultat om att patienten behöver kunskap för att vara delaktig. Vårt resultat visar dessutom att vårdpersonal behöver kunskap om kommunikation i vårdmötet. Detta för att patienten ska uppfatta information och kunna bearbeta och reflektera över innehållet.

Vidare visar vår studie att patienten beskriver kontroll som att få ha sista ordet och vara delaktig i beslut. Patienten kan vara aktiv eller passiv i delaktighet vilket innebär att själv fatta beslutet eller överlåta till vårdpersonalen att fatta beslutet. Oavsett vilket av valen patienten gör uppfattar patienten sig delaktig i vården och vill vara informerad om vad som skall ske kontinuerligt. Tidigare vårdvetenskaplig forskning tar upp att innebörden i delaktighet ur ett patientperspektiv kan enligt Eldh et al (2004) innebära att vara säker, att förstå, kunna behålla en känsla av kontroll. Patienten kan se delaktighet som ett slags erkännande av eget ansvar, något de har och accepterar – en personlig attityd (ibid). Sahlsten (2007) beskriver att delaktighet enligt patienten är att nå insikt genom överväganden vilket kännetecknas av att uppleva en tillmötesgående atmosfär, emotionellt gensvar, samförstånd och rättigheter (ibid). Say, Murtagh & Thomson (2006) beskriver att yngre och välutbildade kvinnor tar en mer aktiv roll i beslutsfattande i sin egen vård och behandling. Patienters möjligheter till beslutsfattande är en komplex process och innefattar ett flertal olika förutsättningar (ibid.). I vårt resultat har inte beaktats om patienten var man eller kvinna, ung eller gammal, då detta inte ingick i vårt syfte. Larsson (2008) tar upp delaktighet ur ett sjuksköterskeperspektiv att det kan finnas olika nivåer av delaktighet. Alla patienter vill inte vara delaktiga enligt sjuksköterskan. En patient kan inte tvingas att vara delaktig utan måste ges möjligheten att vara passiv eller aktiv (ibid). Resultatet i vår studie visar till skillnad från Larsson (2008), att patienten upplever delaktighet även vid ett passivt ställningstagande, om patienten upplever kontroll så beskrivs detta som delaktighet. I vårt resultat kan vi inte se om det är yngre eller äldre patienter som har svarat men att i en framtid kommer patienter troligtvis att ställa högre krav på vårdpersonalens kompetens och kommunikationsskicklighet.

Vår studie visar att patientens förväntningar på mötet innebär att vårdaren har bjudit in till delaktighet i mötet. I den tidigare vårdvetenskapliga forskningen har (Beaver et al, 2005: Eldh et al, 2004: Frank et al, 2009: Larsson et al, 2006) visar på vikten av att vårdpersonalen förbereder och inviterar patienten till delaktighet i sin vård och behandling (ibid). När vårdaren har beaktat patientens vilja, behov och patientens egna val, kan patienten uppleva delaktighet. Moser, Houtepem, Bruggen, Spreenwenberg & Widdershoven (2009) beskriver att patientens autonomi är en ledande princip i sjuksköterskans förhållningssätt till patienten. I mötet skall patienten ges makt och möjlighet till att ta egna beslut. Det skall finnas ett delat beslutstagande och



sjuksköterskan ska inta en välkomnande attityd så att patienten kan tänka sig att ge information till sjuksköterskan (ibid). Kirk (2007) tar upp det viktigaste är förståelse, utbyte av åsikter och gemensam tillit i den terapeutiska vården – patient relationen. Vårdaren skall i mötet vara personlig men inte privat. Ur den empatiska förmågan hos vårdaren utvecklas det personliga i mötet (ibid). Moser et al (2009) och Kirks (2007) forskning stödjer de resultat som vi kommit fram till i kommunikation och relation. Det som vi reflekterat över är patientens önskan att bli inbjuden i mötet. Ett sätt borde vara att i ankomstsamtalet bjuda in patienten till dialog om på vilket sätt patienten vill vara delaktig i sin vård och behandling. Det är alltså vårdarens ansvar att bjuda in patienten, vilket patienten förväntar sig. Detta ansvar är centralt att vårdaren förstår och kommunicerar så att det i mötet ges en möjlighet för patienten att vara delaktig.

Vår studie visar att upplevelsen av och betydelsen av tid är ett underliggande mönster för hur patienten kan uppleva delaktighet. Med tid menas den tid det tar att bearbeta och reflektera över den information som givits så att den blir hanterbar kunskap för patienten. Tid ska vara avsatt vid mötet så att patienten kan ställa frågor och få svar. När patienterna beskriver tid så anges den inte i ett visst antal minuter eller timmar. Det är innehållet i tiden som är avgörande inte mängden tid. När patienten fått sina behov uppfylla upplevs delaktighet. En annan aspekt på tid är när vårdpersonalen uppfattas ha knappt om tid, en konsekvens av detta är att patienten anpassar sig till situationen för att inte ”störa”.

### **Betydelse för vårdandet**

Studien visar att det är viktigt att vårdaren ger en tydlig inbjudan till patienten att vara delaktig. Om vårdaren stämmer av med patienten på vilket sätt patienten vill vara delaktig så kommer det att innebära att patientens förväntningar och upplevelse av att ha kontroll finns och då upplever patienten delaktighet. Enligt patienten är delaktighet något som man har fått vara eller inte fått vara.

Vidare måste vårdaren förvissa sig om att den information som ges till patienten sker på ett sådant sätt så att patienten kan tillgodogöra sig denna. Det betyder att patienten kan använda informationen och genom att processa den med ex tidigare erfarenheter och kunskaper få en förståelse. När patienter ska tillgodogöra sig information bör vårdaren vara medveten om att det alltid sker mot bakgrund av patientens tidigare erfarenheter och kunskaper. Ofta anger vårdpersonalen att det är tidsbrist som är ett hinder för att inte gå in i mötet med patienten. Studien visar på att det inte är längden på mötet som avgör patientens upplevelse av delaktighet. Ett kort möte med ”rätt” innehåll utifrån patientens perspektiv tycks vara fullt tillräckligt för att patienten skall uppleva delaktighet.

### **Förslag på fortsatt forskning**

Fortsatt forskning skulle kunna vara att genom intervjuer, fördjupa sig i begreppet delaktighet och dess innebörd, utifrån vårt resultats kategorier kunskap, kontroll och förväntning.

Det finns relativt många studier som beskriver delaktighet ur ett patient- eller vårdareperspektiv. Det vore intressant att prova överförbarheten i resultatet genom att implementera delaktighet ur ett patientperspektiv inom några vårdverksamheter och sedan utvärdera det. Exempelvis skulle det vara intressant att se vilka konsekvenser delaktighet får för vårdkonsumenten.

Delaktighet framställs vanligtvis som en generationsfråga. Det sägs allmänt att yngre patienter är mer delaktiga, jämfört med äldre patienter. Därför skulle det vara intressant att studera om dessa "åsikter" stämmer.

## REFERENSER

- Arnstein, S. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224.
- Beaver, K., Jones, D., Shabbir, S., Carven, O., Tomlinson, M., Witham, G., & Luker, K. (2005). Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. *Health Expectations*, 8(2), 103-113.
- Belcher, V., Fried, T., Agostinin, J., & Tienetti, M. (2006). Views of Older Adults on Patient Participation in Medical-related Decision Making. *Journal of General Internal Medicine* 21, 298-303.
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 561-71.
- Doherty, C., & Doherty, W. (2005). Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. *Journal of Nursing Management*, 13(2), 119-127.
- Ekebergh, M. (2007) Lifeworld-based reflection and learning: a contribution to the reflective practice in nursing and nursing education. *Reflective Practice*, 8(3), 331-343.
- Eldh, A., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2004). The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European Journal of cardiovascular Nursing*, 3(3), 239-246.
- Eldh, A., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing ethics*, 13(5), 503-514.
- Eldh, A., Ehnfors, M., & Ekman, I. (2006). The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. *European journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 45-53.
- Eldh, A., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2007). Considering patient non-participation in health care. *Health Expectations*, 11, 263-271.
- Entwistle, V., Prior, M., Skea, Z. & Francis, J. (2008). Involvement in treatment decision-making: it's meaning to people with diabetes and implication for conceptualisation. *Social science and medicine*, 66(2), 362-375.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of advanced Nursing*, 20(2), 23-26.
- Florin, J., Ehrenborg, A. & Ehnfors, M. (2008). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(21), 2935-2944.

- Forsberg, C. & Wengtröm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2008). Patient participation in emergency care- a phenomenographic analysis of caregiver's conceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2555-2562.
- Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care-A phenomenographic study based on patient's lived experience. *International Emergency Nursing*, 17(1), 15-22.
- Fraenkel, L. & McGraw, S. (2007). Participation in medical decision making: the patients' perspective. *Medical decision making* 27(5), 533-538.
- Fraenkel, L., & McGraw, S. (2007). What are the essential Elements to enable Patient Participation in Medical Decision Making? *Society of General Internal Medicine*, 22, 614-619.
- Friberg, F., (red.). (2006). *Dags för uppsats - vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur.
- Haidet, P., Kroll, T. & Sharf, B. (2006). The complexity of patient participation: Lessons learned from patients' illness narratives. *Patient education and counseling*, 62(3), 323-329.
- Jensen, L.A., & Allen, M.N. (1996). Meta-Synthesis of qualities findings. *Qualitative Health Research*, 6(4), 553-660.
- Johansson, A., & Ekebergh, M. (2006). The Meaning of well-being and participation in the process of health and care - women's experiences following a myocardial infarction. *International Journal of Qualitative Studies on health and well-being*, 1, 100-108.
- Kirk, T. (2007). Beyond empathy: clinical intimacy in nursing practice. *Nursing Philosophy*, 8, 233-243.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Sjöström, B., Lindencrona, C., & Plos, K. (2006). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Skandinavien Journal of Caring science*, 21(3), 313-320.
- Larsson, I. (2008). Patient och medaktör: Studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Larsson, I., Sahlsten, M., Segensten, K., & Plos, K. (2008). Nurses behaviors that influence patients' participation in nursing care: a critical incident analysis study. Ingår i: Larsson, I. *Patient och medaktör: studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Larsson, I., Sahlsten, M., Segensten, K., & Plos, K. (2008). Patient`s perceptions of barriers for participation in nursing care. Ingår i: Larsson, I. *Patient och medaktör: studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Göteborg: Göteborgs universitet.

Lundman, B., & Hällgren Granheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. Ingår i: Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Manias, E., Botti, M., & Bucknall, T. (2006). Patients` decision making strategies for managing pain in the postoperative context. *Journal of pain*, 7(6), 428-437.

Manias, E., & Williams, A. (2007). Managing pain in chronic kidney disease: patient participation in decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 201-210.

Moser, A., Houtepem, R., Brugge, H., Spreenwenberg, C., & Widdershoven, G. (2009). Autonomous decision making and moral capacities *Nursing Ethics* 16(2) 203-218

Nationalencyklopedin. (2009). Hämtad 090401  
[http://www.ne.se/sve/delaktighet?i\\_h\\_word=delaktighet](http://www.ne.se/sve/delaktighet?i_h_word=delaktighet)

Saba, G., Schillinger, D., Fernandez, A., Somking, C., Wilson, C., & Grumbach, K. (2006). Shared decision making and the experiences of partnership in primary care. *Annals of family medicine*, 4(1), 54-62.

Sahlsten, M., Larsson, I., Lindencrona, C., & Plos, K. (2005a). Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 4(1), 35-42.

Sahlsten, M., Larsson, I., Plos, K., & Lindecrona, C. (2005b). Hindrance for patient participation in nursing care. *Scandinavian journal of Caring Science*, 19(3), 223-22.

Sahlsten, M. (2007). Ömsesidighet i förhandling. Sjuksköterskors förutsättning för och erfarenheter av att främja delaktighet. Göteborg: Göteborgs universitet.

Sahlsten, M., Larsson, I., Sjöström, B., & Plos, K. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2-11.

Say, R., Murtagh, M., & Thomson, R. (2006). Patients` preference for involvement in medical decision making: A narrative review. *Patient, education & counselling*, 60, 102-114.

Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:12). Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Ale Tryckteam AB, Bohus 2006.

Statens offentliga utredningar 1997:154. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation Stockholm: Socialdepartementet.

Statens offentliga utredningar (SOU1979:78). Mål och medel för hälso- och sjukvården  
förslag till hälso- och sjukvårdslag betänkande av hälso- och sjukvårdsutredningen  
Stockholm: Socialdepartementet.

Street, R., Makoul, G., Aurora, N. & Epstein, R. (2009). How does communication  
heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient  
education and counseling*, 74, 295-301.

Svensk författnings samling (SFS1982:763). *Hälso- och sjukvårdslagen* (uppdaterad  
t.o.m. SFS 2009:140). Stockholm: Socialdepartementet.

Tutton, E. (2005). Patient participation on a ward for frail older people. *Journal of  
Advanced Nursing*, 50(2), 143-152.

Wikipedia, 2009, Hämtad 091107. [www.sv.wikipedia.org](http://www.sv.wikipedia.org).

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. International Conference  
on primary Health care Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Hämtad 091005.  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)

## Bilaga 1. Sökhistorik

<b>Sökord</b>	<b>Databas</b>	<b>Uppfyllda inklusionskriterier</b>	<b>Uppfyllda exklusionskriterier</b>
“patient participation” decision-making interview*	CINAHL	33	11
“patient participation” decision-making interview*	PubMed	43	5
”patient participation” decision-making interview*	Manuell sökning	4	4

## Bilaga 2. Översikt av analyserade artiklar

Titel Författare Tidsskrift Årtal	Problem och syfte	Metod	Resultat	Kategorier ur analysmaterial redovisat till respektive artikel
The Meaning of well-being and participation in the process of health and care-women`s experiences following a myocardial infarction Johansson , Ekebergh International Journal of Qualitative Studies on health and well-being 2006.	Syftet var att undersöka kvinnors upplevelser av vård och vårdprocessen efter genomgången hjärtinfarkt med fokus på deras erfarenhet av delaktighet och välbefinnande.	Fenomenologisk epistemologisk ansats. Fenomenet belyst utifrån ”reflective lifeworld research” öppna intervjuer 8 kvinnor ingick i studien. Bortfall 10.	Delaktighet och välbefinnande beskrivs som en erfarenhet av att vara involverad i deras egen vårdprocess. Delaktighet är en förutsättning för kvinnorna för att kunna ta itu med deras egen hälsa och liv. Delaktighet verkar öka kvinnornas känsla av välbefinnande.	Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet
Patient participation in emergency care-A phenomenographic study based on patient`s lived experience Frank, Asp, Dahlberg International Emergency Nursing 2009.	Syftet var att beskriva patientens föreställning av delaktighet i vården på en akutklinik.	Fenomenografisk studie . 9 kvinnor bortfall inte redovisat.	Delaktighet för patienterna innebär att få bekräftelse, att ha inflytande Och att vara experter på sin egen situation.	Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet
What are the essential Elements to enable Patient Participation in Medical Decision Making? Fraenkel, McGraw 2007 Society of General Internal Medicin.	Syfte var att få en grundläggande förståelse för aktiv patientdelaktighet vid medicinska avgörande ur ett patientperspektiv.	Kvalitativ studie med fokusgrupper Intervju. 26 intervjuade. Bortfall 18.	Ett flertal olika behov måste tillgodoses innan patienten kan bli aktivt delaktig relaterad till sin hälsovård.	Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet



## Bilaga 2. fortsättning Översikt av analyserade artiklar

<p>The phenomena of participation and non-participation in health care-experiences of patients attending a nurse-led clinic for chronic heart failure Eldh, Ehnfors, Ekman 2004 European Journal of cardiovascular Nursing.</p>	<p>Syfte var att undersöka meningen med delaktighet och icke delaktighet upplevd av patienter med kronisk hjärtsjukdom.</p>	<p>Intervju analyserade med fenomenologisk och hermeneutisk ansats. 4 patienter ingick. Bortfall ej redovisat</p>	<p>Delaktighet var att vara trygg och säker, begripa och förstå och kunna bevara meningen av kontroll.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Considering patient non-participation in health care Eldh, Ekman, Ehnfors 2007 Health Expectations.</p>	<p>Syftet var att skildra icke-delaktighet beskriven av en grupp med erfarenhet av att vara patient.</p>	<p>Kvalitativ analys Frågor med öppna frågor. En del kvantitativ studie. 325 ingick i studien. Bortfall 37</p>	<p>Avsaknad av information och erkännande såsom att inte bli lyssnad på, och att vara en person med individuella behov.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Patient`s perceptions of barriers for participation in nursing care Larsson, Sahlsten, Segesten, Plos 2008 Avhandling patient och medaktör</p>	<p>Syftet var att undersöka barriärer för patient-delaktighet i sjuksköterskevården med fokus på vuxna med erfarenhet att ha vårdats i slutet somatisk vård</p>	<p>Kvalitativ ansats med Grounded Theory som metod. Intervju som analyserats. 26 informanter, 4 fokusgrupper. Inget bortfall redovisat.</p>	<p>Barriärerna delas in i fyra områden: Möta egen oförmåga, möta okunnighet, nedsättande attityd och strukturella barriärer.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Nurses` behaviours that influence patients` participation in nursing care: a critical incident analysis study Larsson, Sahlsten, Segesten, Plos 2008 Avhandling patient och medaktör</p>	<p>Syftet var att identifiera incidenter och sjuksköterskors uppträdande som främjar patientdelaktighet.</p>	<p>Intervju Critical incident teknik. 17 informanter. Inget bortfall redovisat.</p>	<p>I avsikt att befrämja patientdelaktighet måste sjuksköterskor bli medvetna om de situationer när de kan överskrida sitt område och vilka av egna beteenden som hindrar eller underlättar delaktighet .</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>

## Bilaga 2. fortsättning Översikt av analyserade artiklar

<p>Patient participation In nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindecrona, Plos 2006 Scand J Caring.</p>	<p>Syfte var att undersöka patientdelaktighet i sjuksköterskevård ur ett patientperspektiv.</p>	<p>Grounded Theory. Intervju med 26 patienter, fokusgrupper. Bortfall inte redovisats.</p>	<p>Betonar vikten av samarbete för att förbättra delaktighet. Fyra kategorier framkom: inbjudande atmosfär, emotionell respons, harmoni, och rättigheter.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. Beaver, K., Jones, D., Shabbir, S., Carven, O., Tomlinson, M., Witham, G., Luker, K.A. Health expectations. 2005.</p>	<p>Syftet var att undersöka patientens syn på delaktighet i behandling, fysiska och psykologiska omvårdnadsbeslut och faktorer som är ett hinder för patientens delaktighet.</p>	<p>Kvalitativ studie Intervju, semistrukturerade frågor 41 patienter deltog Bortfall inte redovisat.</p>	<p>För patienten betydde delaktighet att bli informerad under beslutsprocessen och känna sig involverad i konsultationsprocessen. Beroende på vad för slags behandling som skulle ges, hur avancerad medicinskt den var avgjorde om patienten skulle kunna känna sig delaktig i besluten. I omvårdnaden upplevde patienten en större delaktighet.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Views of Older Adults on Patient Participation in Medical-related Decision Making. Belcher, V.N., Fried, T.R., Agostinin, J.V., Tienetti, M.E. Journal of General Internal Medicin. 2006</p>	<p>Syftet var att undersöka äldre vuxnas syn på delaktighet i medicinska beslut.</p>	<p>Kvalitativ studie Semistrukturerade intervjuer 51 deltagare. Bortfall inte redovisat.</p>	<p>Det dominerande i resultatet var patientens syn på om det kunde vara möjligt att vara delaktig och om det var önskvärt från patientens sida att vara delaktig. Om patienten kunde vara delaktig berodde på läkarens skicklighet i kommunikation, hur många läkemedel patienten hade, hur många olika läkare patienten hade.</p>	<p>Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>

## Bilaga 2. fortsättning. Översikt av analyserade artiklar,

<p>The meaning of patient participation for patients and nurses at a nurse-led clinic for chronic heart failure. Eldh, A.C., Ehnfors, M., Ekman, I. European journal of Cardiovascular Nursing. 2006.</p>	<p>Syfte var att undersöka fenomenet patientdelaktighet och icke-patientdelaktighet som det visar sig på sköterskemottagningar och hur det erfars av sjuksköterskor och patienter.</p>	<p>Fenomenologisk och hermeneutisk tradition. Analyser utförda på berättelser/ intervjuer från sjuksköterskor och patienter samt fältanteckningar från deltagande observationer. 4 patienter. Inget bortfall redovisat.</p>	<p>Patientens erfarenhet av delaktighet och icke-delaktighet tolkades som ”Vara ansvarig och acceptera ansvar” och ”att bli kontrollerad och brist på jämlik relation”.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Conditions for patient participation and non-participation in health care. Eldh, A.C., Ekman, I., Ehnfors, M. Nursing ethics. 2006</p>	<p>Syftet var att undersöka situationer av patienters erfarenheter av delaktighet och icke-delaktighet.</p>	<p>Kvalitativ studie Ett färdigt frågeformulär . skapades. Patientcitat i resultatet. 362 respondenter.</p>	<p>Situationer där patientdelaktighet skapades var där informationen gjordes individuell och med de förklaringar som patienten behövde och inte enligt en standardmodell. För att patienten ska kunna vara delaktig krävs att personalen känner av vad just den unika patienten behöver veta och vet, mer än att bara bjuda in patienten till delaktighet i beslut om vården.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Participation in medical decision making: the patients’ perspective. Fraenkel, L, &amp; McGraw, S. Med Deciss making, online, 2007.</p>	<p>Syftet är att lära sig mer om hur patienterna ser på sin involvering i beslut runt deras sjukvård.</p>	<p>Kvalitativ studie. 26 personer intervjuades individuellt. Bortfall inte redovisat. Jämförande analyser gjordes under tiden med arbetet för att på så vis få fram olika teman. Fenomenologisk metod.</p>	<p>Huvudteman som kom fram diskuterades med de intervjuade och de teman som kom fram är . 1. Beslut är en process som sker över tid. 2. Beslut görs i ett speciellt socialt sammanhang. 3. Delaktighet i beslut enligt patienten var om man skulle godta de råd man fick eller inte, inte beslut om behandling som man har trott. 4. Patientinflytande är en respons på de råd som getts. 5. Patienten gör sin val utifrån hur sjuk patienten uppfattar sig.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>

## Bilaga 2. fortsättning, Översikt av analyserade artiklar

<p>Managing pain in chronic kidney disease: patient participation in decision-making. Mains, E., &amp; Williams, A. The Authors journal compilation, 2007</p>	<p>Syftet är att undersök hur man hanterar beslut om smärtlindring mellan patienter och sjuksköterskor, vilken typ av beslutsstil används, vilken slags smärtlindring och adekvat smärtlindringsmetod används.</p>	<p>En undersökande studie där man använt sig av observationer och intervjuer. 14 sjuksköterskor och 53 patienter observerades och intervjuades. Bortfall inte redovisats.</p>	<p>Av de 103 aktiviteter som genomfördes användes det i 78 fall en passiv stil mellan sjuksköterska och patient, i 19 fall en kollaborativ stil och i sex fall en aktiv beslutsstil. När en kollaborativ och aktiv stil användes blev det bäst smärtlindring för patienten.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling</p> <p>Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling</p> <p>Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Patients' preferences for involvement in clinical decision-making within secondary care and the factors that influence their preferences. Doherty, C., &amp; Doherty, W. Journal of Nursing Management, 2005</p>	<p>Syftet är att identifiera vilken slags involvering patienten önskar angående beslut om vård och behandling samt undersöka vilka faktorer som påverkar patientens val.</p>	<p>Studiedesignen inspirerades av tolkande fenomenologi. Intervjuerna var semi- strukturerade 20 intervjuer genomfördes, Inget bortfall redovisat.</p>	<p>Resultatet visade att 20 % av patienterna valde en aktiv roll i beslut om sin vård medan 80 % valde att använda en passiv eller som delvis aktiv roll. En annan upptäckt var att personalen fortfarande använde sig av en förmyndarstil mot patienten. Bristen av personal, brist på kontinuitet och brist på information gjorde att patienterna kände sig maktlösa.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling</p> <p>Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling</p> <p>Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>The complexity of patient participation: Lessons learned from patients' illness narratives. Haidet, P., Kroll, T., &amp; Sharf, B. Patient education and counseling, 2006.</p>	<p>Syftet var att beskriva betydelsen av aktiv patientdelaktighet ur ett patientperspektiv.</p>	<p>En berättande struktur användes med kvalitativa intervjuer. Semistrukturerade och öppna frågor genomfördes som analyserades. 16 berättelser ligger till grund för analys. Inget bortfall redovisat..</p>	<p>Resultatet avslöjade en komplex syn på delaktighet. Fyra teman kom fram, hur viktig sjukdomen är i patientens liv, att kunna bli bättre, sjukdomsrelaterade aktiviteter och partnerskap. Dessa fyra teman återkom i alla berättelserna. Uppfattningen om patientdelaktighet och partnerskap var inte synonyma enligt patienterna.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling</p> <p>Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling</p> <p>Patientens förväntningar på mötet</p>

## Bilaga 2. fortsättning, Översikt av analyserade artiklar

<p>Involvement in treatment decision-making: Its meaning to people with diabetes and implications for conceptualization. Entwistle, V., Prior, M., Skea, Z., &amp; Francis, J. Social Science &amp; Medicine, 2008.</p>	<p>Syftet med studien var undersöka betydelsen för diabetespatienter att bli involverad i beslut om sin vård och behandling .</p>	<p>En kvalitativ studie med semistrukturerade intervjuer i patientens hem en vecka efter utskrivning. Intervjuerna spelades in och genom analys utvecklades olika teman. Studie på 18 patienter. Inget bortfall redovisat.</p>	<p>Resultatet visar att delaktighet kännetecknas av olika delar som har med hälsa och kommunikation att göra. Det kunde handla om innebörden av delaktighet, att kommunicera om hälsa, patientens livs-ideal och känsla av växelverkan med personalen. Det finns en otillräcklighet i förståelsen av involvering i beslut om vård vilket leder till förslag från författarna är att fokusera mera på patientens autonomi än på valmöjligheter.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling</p> <p>Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling</p> <p>Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Patients' decision-making strategies for managing pain in the postoperative context. Manias, E., Botti, M. &amp; Bucknall, T. Journal of Pain, 2006.</p>	<p>Syftet var att identifiera strategier hos postoperativa patienter för att få fram beslut om smärtlindring.</p>	<p>Observationer av patienternas aktiviteter. Med en icke-jämförande design. 52 sjuksköterskor och 312 patienter deltog. 318 aktiviteter observerades. Bortfall inte redovisat.</p>	<p>Resultatet visade att flertalet av patienterna använde ett passivt deltagande jämfört med att lösa problem och aktivt förhandla. En effektiv kommunikation behöver ske mellan sjuksköterska och patient för att patienten ska förstå vilka behandlingsmöjligheter na är och sedan kunna göra aktiva val.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling</p> <p>Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling</p> <p>Patientens förväntningar på mötet</p>
<p>Patient participation on a ward for frail older people. Tutton, E Journal of Advanced Nursing, 2005.</p>	<p>Syftet är att undersöka betydelsen av delaktighet hos äldre människor på sjukhus och deras vårdpersonal och på vilka sätt personalen införlivar patientens delaktighet i sin vård.</p>	<p>Aktionsforskning. Data samlades via fokusgrupper och djupintervjuer. 24 intervjuer med sjuksköterskor och 19 intervjuer med patienter. Bortfall inte redovisat.</p>	<p>Resultatet visade att delaktighet är en dynamisk process som ingår i sjuk-sköterskornas arbete. Processen delaktighet ingår i stöd till patienten, i partnerskap, i att förstå människan och i arbetet med känslor.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling</p> <p>Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling</p> <p>Patientens förväntningar på mötet</p>

## Bilaga 2. fortsättning, Översikt av analyserade artiklar

<p>Shared decision making and the experiences of partnership in primary care. Saba, G., Schilinger, D., Fernandez, A., Somkin, C, Wilson, C., &amp; Grumbach, K. Annals of family medicine, 2006.</p>	<p>Syftet med studien är att undersöka delad beslutsfattande och den subjektiva erfarenheten av partnerskap för patienter och läkare i primärvården.</p>	<p>Fenomenologisk metod. Observationer av möten som spelades in på video samt utvecklade ett färdigt frågeformulär med semistrukturerade frågor. 43 patienter var intervjuade och observerade. Bortfall inte redovisat.</p>	<p>Resultatet visade på att det fanns 4 olika sätt att tänka och känna när det gäller att engagera sig i beslut. Dessa fyra sätt beskrivs som att vara fullt engagerad, simulerat engagemang, anses vara engagerad och att vara icke-engagerad.</p>	<p>Patientens kunskap om sin vård och behandling  Patienters upplevelse av kontroll över beslut i sin vård och behandling  Patientens förväntningar på mötet</p>
---	--	---	---	--