Patienters upplevelse av delaktighet i sin vård- en litteraturstudie

Patients' experience of participation in their care- a literature review

Författare: Sofi Hall & Linus Höglin
Handledare: Katarina Brochard
Examinator: Kent-Inge Perseius
SAMMANFATTNING


Syfte: Syftet var att belysa faktorer som påverkar patienters delaktighet i sin vård.

Metod: En litteraturstudie baserad på elva vetenskapliga artiklar analyserade med inductive ansats.

Resultat: Författarna fann elva underteman som påverkade patienters upplevelse av delaktighet i sin vård. Dessa utmynnade i de tre teman kunskap, relation och tid vilka alla hade gemensamt att individanpassning var önskvärt.

Slutsats och klinisk betydelse: Resultatet visar att en förutsättning för känslan av delaktighet är att en vårdrelation uppstår mellan sjuksköterska och patient. När sjuksköterskan bekräftar patienten, anpassar sig efter denne och följer upp sina vårdhandlingar finns förutsättningar för att delaktighet uppnås.

Nyckelord: patient participation in nursing care, patient perspective.
ABSTRACT

Background: The relationship between nurse and patient has undergone major changes. The patient was previously seen as an object without its own resources, to now be seen in a holistic perspective, as an individual with strengths, assets and one who is an expert in his/her own person. The concept of patient participation was highlighted in 1978 by the World Health Organization in the Alma-Ata Declaration and has since then gained extension in care. Patients' legal right to participate in their care is extensive and it is the nursing staff's obligation to inform and involve their patients. Patients of today demand more from health care and it is a challenge for the nurse to be able to relate to them.

Aim: The aim was to highlight factors that influence patients' participation in their care.

Method: A literature review based on eleven scientific articles analyzed with an inductive approach.

Result: The authors found eleven sub-themes that influenced patients' experience of participation in their care. These led to the three themes knowledge, relationship and time which all had in common that personalization was desirable.

Conclusion and implication: The results show that a prerequisite for the feeling of participation is that a care relationship arises between nurse and patient. When the nurse confirms the patient, adapts to the patient and follow up on her actions are prerequisites for participation is achieved.

Keywords: patient participation in nursing care, patient perspective.
INNEHÅLLSFÖRTECKNING

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

2 BAKGRUND ................................................................................................................. 1
  2.1 Definition av begreppen delaktighet och patientdelaktighet ................................. 1
  2.2 Historia ..................................................................................................................... 1
  2.3 Vad säger Hälsö- och sjukvårdslagen? ..................................................................... 2
  2.4 Sjuksköterskans roll .............................................................................................. 3
  2.5 Centralk begrepp för patientdelaktighet ................................................................... 3
    2.5.1 Personcentrerad vård .......................................................................................... 3
    2.5.2 Empowerment .................................................................................................... 4
    2.5.3 Concordance ......................................................................................................... 4
  2.6 Vad innebär delaktighet för patienten? ................................................................... 4
  2.7 Teoretisk referensram ............................................................................................ 5

3 PROBLEMFORMULERING ......................................................................................... 5

4 SYFTE ......................................................................................................................... 6

5 METOD ....................................................................................................................... 6
  5.1 Design ...................................................................................................................... 6
  5.2 Urval och datainsamling ......................................................................................... 6
  5.3 Datainsamlingsmetod .............................................................................................. 8
  5.4 Dataanalys ............................................................................................................... 8
  5.5 Etiska aspekter ....................................................................................................... 9

6 RESULTAT .................................................................................................................. 10
  6.1 Hur kunskap möjliggör delaktighet ......................................................................... 10
    6.1.1 När information inte når fram .......................................................................... 11
    6.1.2 Orsaker till informationsbrist ......................................................................... 11
  6.2 Relationens betydelse för delaktighet ..................................................................... 11
    6.2.1 Dialogens betydelse och dess förutsättningar .............................................. 11
    6.2.2 Att få bekräftelse .............................................................................................. 12
    6.2.3 Vad hindrar dialogen? .................................................................................... 12
    6.2.4 Samarbetet ......................................................................................................... 13
  6.3 Hur tillgång till tid påverkar delaktighet ............................................................... 14

7 DISKUSSION ............................................................................................................. 14
  7.1 Resultatdiskussion ................................................................................................. 14
    7.1.1 En väg mot delaktighet .................................................................................... 15
    7.1.2 Tid för omvårdnad ............................................................................................ 15
    7.1.3 Betydelsen av hur information ges .................................................................. 15
  7.2 Metodiskussion ..................................................................................................... 16
    7.2.1 Trovärdighet ...................................................................................................... 16
    7.2.2 Pålitlighet .......................................................................................................... 18
    7.2.3 Överförbarhet .................................................................................................... 19
<table>
<thead>
<tr>
<th>No.</th>
<th>Section</th>
<th>Page</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>8</td>
<td>SLUTSATS</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>9</td>
<td>KLINISK BETYDELSE</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>10</td>
<td>FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>11</td>
<td>FÖRFATTARNAS INSATSER</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>12</td>
<td>REFERENSER</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>13</td>
<td>BILAGOR</td>
<td>28</td>
</tr>
</tbody>
</table>
1 INLEDNING


2 BAKGRUND

2.1 Definition av begreppen delaktighet och patientdelaktighet


2.2 Historia

Relationen mellan sjuksköterska och patient har genomgått stora förändringar under det senaste seklet. Under början av 1900 talet ansågs sjuksköterskeysyrket vara ett kall och hade religiösa rötter. Uppskattning från läkaren och tillfredsställelsen i att utföra sin plikt ansågs mer betydelsefullt än relationen sjuksköterska- patient. Efter andra världskriget kom en tid som präglades av nya läkemedel och effektivitet skattades högt. Vården syftade då till att diagnostisera och behandla och fokus låg på det sjuka hos patienten (Holmdahl, 1997). En syn på patienten som passiv mottagare av vård, utan talan eller beslutsrätt över sin egen person var då


Synen på patienten skiftade till att se individen bakom patienten, med styrkor och resurser (Sahlsten, 2007). Övergången från det tidigare paternalistiska synsättet på patienten till ett där patientens delaktighet skattas högt kräver en annan relation mellan sjuksköterska och patient, där sjuksköterskan bör involvera och dela sin makt med patienten (Aasen et al., 2012a). Idag ställer patienter allt högre krav på sjukvården och tydligast är det bland unga och välutbildade patienter samt patienter med långvariga sjukdomar, vilka har blivit mer insatta och delaktiga i sin vård (Sahlsten, 2007).

2.3 Vad säger Hälso- och sjukvårdslagen?

Idag är patienters lagliga rätt till delaktighet i sin vård omfattande och det är vårdpersonalens skyldighet att informera och involvera sina patienter. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) lyder...
”Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten som ska visas omtanke och respekt” (HSL, SFS 1982:763, 2a §) och “den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd, de metoder för undersökning, vård och behandling som finns” (HSL, SFS 1998:531, kap. 2, 2§). Grundläggande för dessa lagar är att de flesta patienter antas vilja veta så mycket som möjligt om sin sjukdom och förväntas vilja vara delaktiga (Sahlsten, 2007).

2.4 Sjuksköterskans roll

2.5 Centrala begrepp för patientdelaktighet
2.5.1 Personcentrerad vård
2.5.2 Empowerment

2.5.3 Concordance

2.6 Vad innebär delaktighet för patienten?
2.7 Teoretisk referensram


Orlando analyserade samverkan mellan sjuksköterska och patient med syfte att kartlägga vilka omvårdnadshandlingar som gav positiva resultat och vilka som resulterade i negativ utgång. Den omvårdnad som gav positivt resultat fick beteckningen *reflektiv omvårdnadsprocess* och den som genererade negativt resultat betecknades som en *automatisk personlig reaktion* (Selanders et al., 1995). Orlando menar att sjuksköterskans egen upplevelse av en situation inte är tillräcklig för att fullt ut förstå en patientens beteende (a.a.). Således kan en vårdhandling även om den är korrekt vara ineffektiv på grund av att den inte görs i samråd med patienten. Vidare menar Orlando att det enbart är patienten som kan förstå sin egen upplevelse (a.a.) och att det är sjuksköterskans uppgift att ta initiativ och hjälpa patienten att ge uttryck för sina behov (Rooke, 1995).

3 PROBLEMFORMULERING

Relationen mellan sjuksköterska och patient har ändrats avsevärt genom åren, från att patienten tidigare såg som en individ utan resurser till att idag ses som en expert på det som rör den egna

4 SYFTE

Syftet var att belysa faktorer som påverkar patienters delaktighet i sin vård.

5 METOD

5.1 Design


5.2 Urval och datainsamling


I tabell 1 redovisas ett antal träffar där synonymer används och där få abstract lästes. Det beror på att många av träffarna var dubbletter.


som räknades om till procent och resulterade i graderingen låg-, medel- eller hög kvalitet Willman et al. (2006).

5.3 Datainsamlingsmetod

Tabell 1. Systematisk sökning

<table>
<thead>
<tr>
<th>Databas: Cinahl complete</th>
<th>Datum</th>
<th>Sökord</th>
<th>Antal träffar</th>
<th>Antal lästa abstract</th>
<th>Antal lästa artiklar</th>
<th>Inkludera artiklar</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-20</td>
<td>patient participation</td>
<td>9270</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-20</td>
<td>patient participation AND patient perspective</td>
<td>1068</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-20</td>
<td>patient participation in nursing care AND patient perspective</td>
<td>39</td>
<td>18</td>
<td>11</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-26</td>
<td>patient partnership in nursing care AND patient perspective</td>
<td>56</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-26</td>
<td>patient participation in nursing care AND patient perspective</td>
<td>8</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-28</td>
<td>patient participation in nursing care AND patient opinion</td>
<td>26</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-28</td>
<td>patient participation in nursing care AND patient experience</td>
<td>140</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>14-08-28</td>
<td>patient participation in nursing care AND patient understanding</td>
<td>20</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>subtotal</td>
<td></td>
<td>29</td>
<td>15</td>
<td>8</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>manuell sökning</td>
<td>referenser i artiklarna</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td>3</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Totalt</td>
<td></td>
<td>10 627</td>
<td>32</td>
<td>18</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.4 Dataanalys

Vid bearbetning av materialet har en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats använts, inspirerad av Forsberg och Wengström (2013). Arbetssättet i en innehållsanalys beskriver Forsberg och Wengström kännetecknas av en stegvis och systematisk klassificering av data. Detta med syfte att upptäcka mönster och utifrån dessa beskriva fenomen (Forsberg &
Denna studie har en induktiv ansats vilket innebär att forskaren förutsättningslöst utgår ifrån innehållet i texten (Danielson, 2012).


5.5 Etiska aspekter

Ett etiskt förhållningssätt bör genomsyra hela forskningsarbetet, från val av ämne till redovisning av resultat. Ämnet bör ha betydelse och syfta till att öka förståelsen, med förhoppning att skapa bättre liv för individen och föra samhällets utveckling framåt (Kjellström, 2012). Ett etiskt förhållningssätt innebär vidare att säkerställa att urval, analys och resultat genomförs objektivt (a.a.). Författarna var medvetna om att förförståelse alltid förekommer, något som Priebe och Landström (2012) styrker och har haft diskussioner kring detta. Samtliga presenterade artiklar har genomgått peer-review för att uppnå det etiska kvalitetskravet. Vidare har dessa artiklar etiska överväganden eller tillstånd av en etisk kommitté.
6 RESULTAT

Resultatet presenteras genom att återge fynden som framkom genom analysen av de elva originalartiklarna. Analysen resulterade i elva underteman vilka var information, brist på information, samarbete, bekräftelse, självförtroende, mötet, samtalet, kontroll, paternalistisk syn, kontinuitet/kontaktsjuksköterska och tid. Dessa sorterades sedan in under tre teman, vilka var kunskap, relation och tid.

6.1 Hur kunskap möjliggör delaktighet

Att ha kunskap var en faktor som påverkade patienters delaktighet (Eldh, Ekman & Ehnfors, 2006; Eldh, Ekman & Ehnfors, 2010; Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona & Plos, 2007). Patienter upplevde att delaktighet uppstod när de fått information på ett sådant sätt att de kunde förstå kunskapen (Eldh et al., 2006). Detta innebär att informationen individanpassas och ges efter patientens behov (a.a.). Ett exempel på detta var när en patient beskrev att den förstod genom att få se bilder och få situationen beskriven med vanliga ord (a.a.). Konkreta exempel på hur information har betydelse för delaktighet kan vara; att få förklaring på sina symptom, att få veta vad som planerats och att vårdpersonalen berättar hur undersökningar kommer att gå till (Eldh et al., 2010). Att patienten var välinformerad gällande sin egen vårdssituation och dess framåtskridande gav en mer initierad patient som var bättre förberedd på delaktighet (Larsson et al., 2007). Att patienten själv får veta vad han kan göra för att må bra och att själv kunna utföra omvårdnaden har visat sig vara betydelsefullt för delaktighet (Eldh et al., 2010).

Det var av betydelse för patientdelaktighet att få information om olika behandlingsalternativ (Höglund, Winblad, Arnetz & Arnetz, 2010) och att patienten gavs valmöjligheter och information i en mängd som hen ansåg tillfredsställande för att själv kunna fatta beslut (Larsson et al., 2007). Samtidigt menade Höglund et al. (2010) att patienter värderade att bli informerade högre än att vara delaktiga i beslutsfattande gällande sin behandling. En patient beskrev hur viktigt det var för dennes känsla av delaktighet att hen fick information i det akuta stadiet, trots att hen inte kunde svara (Höglund et al., 2010).
6.1.1 När information inte når fram
Att inte vara tillräckligt informerad och införstådd upplevs av patienter som hinder för patientdelaktighet (Aasen, Kvangarsnes & Heggen, 2012b; Larsson, Sahlsten, Segesten & Plos, 2011; Penney & Wellard, 2007). Att inte veta vad vissa läkemedel var till för, att inte bli informerad om ändringar i medicinering (Penney & Wellard, 2007) och att inte ha kunskap för att kunna fatta medicinska beslut är exempel på hinder för delaktighet (Höglund et al., 2010).

6.1.2 Orsaker till informationsbrist
En studie visar att patienter upplevde sig få otillräcklig information när samarbetet mellan vårdpersonal inte fungerade (Larsson et al., 2011). Patienter upplevde även att sjukvårdspersonalen ägde informationen och att de bestämde vad patienten behövde veta (Aasen et al., 2012b). Ett annat hinder för upplevelsen av delaktighet var när patienten var för sjuk för att ta emot information (Larsson et al., 2011; Höglund et al., 2010).

6.2 Relationens betydelse för delaktighet
Möjlighet till spontana och ostrukturerade möten mellan patient och sjuksköterska för att lära känna varandra menar Larsson et al. (2007) vara av värde. I mötet mellan sjuksköterska och patient visade det sig vara betydelsefullt för patienten att en känsla av förtroende uppstod, något som sjuksköterskan kunde påverka genom sitt bemötande (Larsson et al., 2007). När patienten upplever genuint intresse från sjuksköterskan uppfattas det som positivt och en ingång till delaktighet (a.a.). Studien visade även att känslomässigt gensvar var en signifikant faktor för att uppleva patientdelaktighet (a.a.). När patienten saknar kontaktsjuksköterska eller upplever otrygghet till följd av att möta för många nya ansikten försvåras möjligheterna till delaktighet (Larsson et al., 2011).

6.2.1 Dialogens betydelse och dess förutsättningar
En förutsättning för patienters upplevelser av delaktighet är att sjuksköterskan är lyhörd, ger återkoppling och visar öppenhet (Larsson et al., 2007). När en vårdrelation präglades av ett nära samarbete med tyngdpunkt på dialog bidrog det till att stärka patients självtillit (Tveiten & Knutsen, 2011). I samma studie fann Tveiten och Knutsen att utmaningen låg i att respektera

6.2.2 Att få bekräftelse

Delaktighet innebär för patienter att personalen lyssnar på dem (Eldh et al., 2010) och beskrivs av patienter som hoppingivande (Tveiten & Knutsen, 2011). Faktorer av betydelse för delaktighet var att patienter fick berätta om sina symptomer (Eldh et al., 2010), upplevelser av erkännande och jämlighet var andra faktorer av betydelse (Larsson et al., 2007). Ett exempel på hur erkännande kan uppstå är när en patient blir ihågkommen av en sjuksköterska som hen tidigare kommit i kontakt med (Tveiten & Knutsen, 2011).


6.2.3 Vad hindrar dialogen?

Ett hinder för patientdelaktighet var när patienter upplevde dialogen som bristfällig (Penney & Wellard, 2007). Vissa patienter upplevde att sjukvårdspersonalen hade glömt bort dem och att dialogen därför uteblev, vilket resulterade i passivitet hos patienten (Aasen et al., 2012b). Att som patient ha ett lågt självförtroende kunde vara ett hinder för delaktighet, då patienterna kunde bedöma sig otillräckliga att förstå, klara problem och möta utmaningar (Larsson et al., 2011). Aspekten att inte bli lyssnad på (Penney & Wellard, 2007) och att patientens välmående inte synliggörs resulterade i att patienten slutligen kände sig som ett objekt snarare än som en person (Eldh et al., 2006). Även när fokus låg på de medicinska aspekterna snarare än patienten som person upplevde patienten det som bristande respekt (Frank et al., 2009). Brist på respekt
upplevdes också när sjuksköterskan agerade över huvudet på patienten (Larsson et al., 2011). Ett exempel på detta var när sjuksköterskan bara informerade en anhörig och inte patienten, som då kände sig förbisedd (a.a.). I en studie gjord på en akutmottagning upplevde patienter som ansåg sig pålästa, kunniga eller hade frågor rörande undersökningar brist på respekt då de bemöttes med en avvisande attityd från vårdpersonalen (Frank et al., 2009). Exempel på patienters försök att få kontroll över sin situation var när de använder sina anhöriga för att komma i kontakt med vårdpersonalen, med syfte att bli mer involverade (Frank et al., 2009). Tveiten och Knutsen, (2011) fann att skillnader mellan patienten och sjuksköterskan, så som att de hade olika förkunskaper, värderingar och mål försvårade möjligheten att föra en god dialog.

6.2.4 Samarbete
Patienter understryker vikten av ett nära samarbete med vårdpersonal som en förutsättning för att känna kontroll (Tveiten & Knutsen, 2011). När gemensamma åtaganden och mål för delaktighet är tydliga upplevs det som positivt av patienter (Larsson et al., 2007). Patienter upplever att samarbete uppstår när de får vara med och bestämma tid för nästa vårdmöte och påverka tider för ingrepp (Eldh et al., 2006). Att som patient ha en kontakt sjuksköterska, att vården anpassas efter patientens förutsättningar och att vårdpersonalen upplevs samarbeta menar (Larsson et al., 2007; Eldh et al., 2010) var faktorer som påverkade patienters upplevelse av delaktighet. Att patienten vet vem hen skulle kontakta (Eldh et al., 2010) och att patienten tillsammans med sjuksköterskan kände ansvar för sig själv och sin situation hade betydelse för upplevelsen av delaktighet (Larsson et al., 2007). I en studie fann Florin, Ehrenberg och Ehnfors, (2006) att patienter som var sammanboende antog en mer passiv roll gällande beslutsfattande jämfört med patienter som var ensamboende.

6.3 Hur tillgång till tid påverkar delaktighet

Att få tillräckligt med tid med sjuksköterskan hade betydelse för patienters upplevelse av delaktighet (Larsson et al., 2007; Penney & Wellard, 2007) och beskrevs som viktigt för att främja känsla av kontroll och självtillit (Penney & Wellard, 2007). Avgörande för relationen med en kontaktsjuksköterska var hur mycket tid sjuksköterska och patient hade till sitt förfogande, ju mer tid tillsammans desto mer värderad kände sig patienten (Larsson et al., 2007).

Brist på tid och resurser samt att sjuksköterskorna var för upptagna har visat sig utgöra ett hinder för delaktighet (Höglund et al., 2010; Penney & Wellard, 2007). På akutmottagningar, där brist på tid forekom upplevde patienter att de behövde kämpa för att bli involverade i sin vård (Frank et al., 2009; Frank, Fridlund, Baigi & Asp, 2011). Frank et al. (2011) fann att unga patienter i högre grad upplevde att de behövde kämpa mer för att få delta i sin vård och var mindre nöjda.

7 DISKUSSION

7.1 Resultatdiskussion


Författarna anser att Orlandos omvårdnadsteori är applicerbar på fynden i litteraturstudien då Orlando betonar vikten av att en djupare förståelse uppstår mellan sjuksköterska och patient, vilket stämmer överens med huvudfyndet i litteraturöversikten som enligt författarna är att individualpassning av vården är en faktor som påverkar patienters upplevelse av delaktighet.
7.1.1 En väg mot delaktighet

7.1.2 Tid för omvårdnad
I sin teori menar Orlando att tidsfaktorn är av betydelse för ett effektivt omvårdnadsarbete (Selanders et al., 1995), vilket stämmer överens med fynd i denna studie som belyser tillräcklig tid som en förutsättning för patientdelaktighet. Orlando menar att hennes teori inte omfattar långsiktiga omvårdnadsmål, utan fokuserar på att hjälpa patienten i den process som uppstår i den omedelbara situationen (Selanders et al., 1995). Ett av studiens fynd som handlar om detta var när patienter beskrev att de upplever att ett en dialog inte behöver ta lång när sjuksköterskan fokuserade på det som var viktigt för patienten.

7.1.3 Betydelsen av hur information ges
Orlando grundade sin teori på 60-talet och författarna menar att den än idag känns aktuell, då sjuksköterskor idag ofta arbetar utifrån begreppen personcentrering och empowerment och det kan tänkas att tidsaspekten i vårdarbete alltid kommer att vara en förutsättning.


### 7.2 Metoddiskussion


#### 7.2.1 Trovädighet

säkerställts genom att handledare och kursdeltagare kontinuerligt läst texten och gett kommentarer.

Initialt valde författarna att använda Cinahl Headings i databasen Cinahl Complete med goda resultat. Vid sökning i Medline med MESH-termer blev träffarna färre. Detta kan bero på att Cinahl-termen “patient perspective” saknar egen motsvarighet i MESH. Detta resulterade i att samtliga artiklar hämtades från Cinahl Complete. Flera av sökningarna gav dubbletter, vilket visade att sökningarna varit relevanta och täckt in det aktuella området.

Urvalet resulterade i både kvalitativa och kvantitativa studier och bestod av elva artiklar, varav fyra var kvantitativa. Då kvalitativa studier försöker förstå fenomen och kan ge djupare beskrivningar av upplevelser (Henricson & Billhult, 2012; Rosén, 2012) var de passande för denna studies syfte. Bland de fyra kvantitativa artiklarna var två artiklar (nr 2 & 3) utformade som enkätstudier där frågorna var av kvalitativ karaktär och bestod i att deltagarna fick bedöma vilka förutbestämda uttryck de själva ansåg beskriva delaktighet. I den tredje (nr 6) av de kvantitativa studierna kunde deltagarna välja på en skala mellan 1-4 hur väl de höll med om förutbestämda påståenden. I den fjärde studien (nr 4) valde deltagarna på en skala från A-E hur pass aktivt de önskade delta i beslutsfattande. En svaghet med att använda dessa kvantitativa studier kan vara att patienterna inte uttrycker vad de känner med sina egna ord. Författarna ansåg dock att styrkorna övervägde svagheten då studierna innehöll beskrivande termer och bidrog med statistik från ett större urval, varför de inkluderas.

**Artikelkvalitet**

Samtliga artiklar fick graderingen medelhög eller hög vilket styrker den vetenskapliga kvaliteten i denna litteraturstudie. Av de elva inkluderade artiklarna blev nio stycken bedömda att vara av hög kvalitet och två stycken bedömdes vara av medelkvalitet. De två artiklarna av medelkvalitet var nr 5 och nr 10, där urvalet inte var utförligt beskrivet, teoretisk referensram saknades och ingen teori genererades i artikel nr 5. I artikel nr 10 var urvalet inte strategiskt, resultatet redovisades inte klart och tydligt och ingen teori genererades. Båda artiklarna inkluderas ändå då de svarade bra mot syftet och den ena studien (nr 5) byggde på ett stort underlag, något som värderades högt av författarna.
Samma författare till flera artiklar

Flera av artiklarna i litteraturöversikten är skrivna av samma forskargrupper, ett faktum som eventuellt skulle kunna resultera i ett vinklat resultat. Två forskargrupper har analyserat sitt eget material vid två olika tidpunkter med olika frågeställningar. Dessa utgör fyra av de inkluderade artiklarna (nr. 2, 3, 9 & 10). En tredje forskargrupp har författat två av de inkluderade artiklarna (nr. 5 & 6), i det här fallet med olika material som grund. Författarna har dock ansett att dessa forskargrupper är experter inom sina fält och att studierna håller tillräckligt hög kvalitet.

Brister i materialet

Författarna reagerade på att patienter exkluderades från studierna på grund av att de ej talade det språk studien gjordes på. Det här visar på att underlaget inte är fullständigt och därmed möjligtvis inte ger en sann bild, då Sverige idag är mångkulturellt.

7.2.2 Pärlitlighet

Författarna bedömer reproducerbarheten som god utifrån vad Henricson (2012) skriver gällande att urval, sökord, datainsamling och dataanalys finns tydligt redovisade.

Bortfall

Någon form av bortfall sägs alltid förekomma i studier (Billhult & Gunnarsson, 2012) och författarna anser 60% vara ett stort bortfall. Författarna till artiklarna (nr 2 & 3) förklarar sig trots ett bortfall på 60% ändå tillfreds med sitt underlag då liknande studier gjorda i samma miljö rapporterade liknande bortfall. Bortfall kan bero på många olika saker och forskarna lyfter det faktum att inga påminnelser skickades ut till deltagarna i studie nr 2 och 3, kan ha påverkat svarsfrekvensen och därmed bortfallet.

Båda författarna granskade artiklarna individuellt och sedan gemensamt, detta för att stärka reliabiliteten (Henricson, 2012). Även dataanalysen genomfördes först individuellt och därefter jämfördes fynden gemensamt, med syfte att säkerställa en hög kvalitet. Analysen resulterade initialt i elva underteman, vilka senare sorterades in under tre teman. Författarna till studien har haft en induktiv ansats, dvs arbetat förutsättningslös i sin granskning av de valda studierna.


(Henicson & Billhult, 2012). Den här delen av processen blir oundvikligen på något sett färgad av författarna och deras förförståelse.

**Förförståelse**

Författarna upplevde att det var svårt att sätta ord på sin förförståelse och kom genom diskussion fram till att deras förförståelse fanns mer i värderingar och livserfarenheter som författarna hade med sig från livet utanför högskolan, något som Priebe och Landström (2012) beskriver som vanligt förekommande. Under arbetets gång har författarna sinsemellan diskuterat sin förförståelse inför ämnet med syfte att försöka ha ett objektiv synsätt.

7.2.3 **Överförbarhet**

Av de inkluderade artiklarna i denna studie är en från Australien, två från Norge och resterande åtta artiklar är studier gjorda i Sverige. Det har inte varit avsiktligt från författarnas sida att så många studier skulle vara av svenskt ursprung och det var inget som författarna väntade sig. Materialet i denna studie visar att majoriteten av forskning kring patienters delaktighet bedrivs i västvärlden och till stor del i Sverige. Då studien har haft begränsning i tid har författarna inte haft möjlighet att fördjupa sig i hur patientdelaktighet ter sig i länder utanför studien. Resultaten av denna studie kan därför tillämpas på området patientdelaktighet och patienter i västvärlden.

8 **SLUTSATS**


Därför pekar denna studie mot att tid som resurs bör prioriteras för att höja vårdkvalitet. Författarna anser att fokus på relationen är en nyckel till ett högre patientdeltagande och därmed även högre vårdkvalitet.

Orlando ansågs vara före sin tid när hon studerade mötet mellan sjuksköterska och patient och fann betydelsen av att en relation uppstod. Vidare beskrev Orlando att relationen skulle skapas...
 genomic att sjuksköterskan ställer sig de fyra frågorna; vad ser jag?, vad tänker jag?, vad känner jag? och hur handlar jag?, något som författarna menar kräver tid för att möjliggöras.

9 KLINISK BETYDELSE

Genom att identifiera faktorer som påverkar patienters delaktighet i sin vård kan bättre förutsättningar för delaktighet skapas.

10 FÖRSLAG PÅ VIDARE FORSKNING

Författarna reagerade på att endast patienter som förstod och gjorde sig förstådda på svenska inkluderades i majoriteten av studierna. En grupp patienter faller då bort och studiens population kommer inte att utgöra en representativ bild av samhället. Förslag är att tolk används vid vidare forskning med syfte att åstadkomma en mer sann bild av patienters upplevelse av delaktighet.

11 FÖRFATTARNAS INSATSER

Författarna har under hela arbetets gång arbetat tillsammans och genom diskussion framställt texten gemensamt. Båda författarna är överens om att de bidragit efter bästa förmåga och båda är nöjda med sina egna och den andres insatser. Författarna upplever att de båda bidragit lika mycket till genomförandet av studien.
12 REFERENSER

Referenser märkta med * är artiklar som ingår i litteraturöversikten


13 BILAGOR

Bilaga 1. Kvalitetsgranskningssmallar

**Mall för kvalitetsbedömning av studier med kvalitativ metod**

Beskrivning av studien

Tydlig avgränsning/problemformulering? Ja Nej Vet ej

*Patientkarakteristika* Antal……………………………………………………………

Ålder……………………………………………………………………………………

Man/Kvinna………………………………………………………………………………

Är kontexten presenterad? Ja Nej Vet ej

Etiskt resonemang? Ja Nej Vet ej

Urval

- Relevant? Ja Nej Vet ej
- Strategiskt? Ja Nej Vet ej

Metod för

- Urvalsförfarande tydligt beskrivet? Ja Nej Vet ej
- Datosamling tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej
- Analys tydligt beskriven? Ja Nej Vet ej

Giltighet

- Är resultatet logiskt, begripligt? Ja Nej Vet ej
- Råder datamättnad? Ja Nej Vet ej
- Råder analysmättnad? Ja Nej Vet ej

Kommunicerbarhet

- Redovisas resultatet klart och tydligt? Ja Nej Vet ej
- Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram? Ja Nej Vet ej

Genereras teori? Ja Nej Vet ej

**Sammanfattande bedömning av kvalitet**

Bra Medel Dålig
Mall för kvalitetsbedömning av studier med kvantitativ metod

Beskrivning av studien

_Forskningsmetod_ RCT CCT (ej randomiserad) Multicenter, antal center …..

Kontrollgrupp/er

_Patientkarakteristika_ Antal……………………………………………………………………..
Ålder……………………………………………………………………..
Man/Kvinna…………………………………………………………..

_Kriterier för exkludering_
Adekvata exklusioner Ja Nej
_Urvalsförfarandet beskrivet?_ Ja Nej
_Representativt urval?_ Ja Nej
_Randomiseringsförande beskrivet?_ Ja Nej Vet ej
_Likvärdiga grupper vid start?_Ja Nej Vet ej
Analyserande i den grupp som de _randomiserades till_? Ja Nej Vet ej

_Blindning av patienter?_ Ja Nej Vet ej
Blindning av vårdare? Ja Nej Vet ej
Blindning av forskare? Ja Nej Vet ej

_Bortfall_
Bortfallsanalysen beskriven Ja Nej
Bortfallsstorleken beskriven? Ja Nej
_Adekvat statistisk metod?_ Ja Nej
_Etiskt resonemang?_ Ja Nej
_Hur tillförlitligt är resultatet?_
Är instrumenten valida? Ja Nej
Är instrumenten relliabla? Ja Nej
_Ar resultatet generaliserbart?_ Ja Nej

_Sammanfattande bedömning av kvalitet_
Bra Medel Dålig
### Bilaga 2. Artikelmanris

<table>
<thead>
<tr>
<th>Författare (År)</th>
<th>Titel</th>
<th>Land</th>
<th>Nummer</th>
<th>Syfte</th>
<th>Metod</th>
<th>Urval</th>
<th>Resultat</th>
<th>Kvalitet</th>
</tr>
</thead>
</table>