



AKADEMIN FÖR HÄLSA OCH ARBETSLIV
Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap

Faktorer som kan påverka patientens delaktighet i omvårdnaden.

En deskriptiv litteraturstudie

Emelie Krohn & Jessica Törner

2014

Examensarbete, Grundnivå (kandidatexamen), 15 hp
Omvårdnadsvetenskap
Sjuksköterskeprogrammet

Handledare: Maria Randmaa
Examinator: Josefin Westerberg Jacobson

Sammanfattning

Syfte: Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva vilka faktorer som kan påverka patientens delaktighet i sin omvårdnad ur ett patientperspektiv. Syftet var även att beskriva de valda artiklarnas urvalsmetod.

Metod: Litteraturstudien har en deskriptiv design. Elva artiklar användes varav nio artiklar med kvalitativ ansats, en artikel med kvantitativ ansats och en artikel med både kvalitativ och kvantitativ ansats.

Resultat: Resultatet visade att det finns flera faktorer som påverkar patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad. Faktorer så som *information*, *patientens delaktighet vid beslutsfattande samt bemötande* påverkar patientens möjlighet till delaktighet i omvårdnaden.

Slutsats: Information var viktig för patientdelaktighet i sin omvårdnad. Gällande patientens delaktighet i beslutsfattande fanns delade meningar, samt att ett bra bemötande från vårdpersonalen främjade patientens delaktighet i omvårdnaden. Ökad kunskap hos sjuksköterskor om faktorer som kan främja patientens delaktighet behövs för att förbättra omvårdnaden.

Nyckelord: Delaktighet, Empowerment, Omvårdnad, Patient inom slutenvård, Rapportering

Abstract

Purpose: The aim was to describe the factors that may affect the patient's participation in their care. The aim of this study was also to describe the selected articles selection method.

Method: The literature study has a descriptive design. Eleven articles were used, of which nine articles with a qualitative approach, one article with a quantitative approach and one article with both a qualitative and a quantitative approach.

Results: The results show that there are several factors that affect the patient's ability to participate in their nursing. Factors such as information, the patient's participation in the decision-making and treatment affect the patient's ability to participate.

Conclusion: The information was important for patient participation in their care. Regarding the patient's participation in decision-making, there were differences of opinion, and that good treatment from health workers promoted patient involvement in care. Increased knowledge among nurses about factors that may promote the patient's participation is needed to improve care.

Keywords: Participation, Empowerment, Nursing, Patient within inpatient, Reporting ring.

Innehållsförteckning

1.1.1 1

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Introduktion..... | 6 |
| 1.1 | Bakgrund | 6 |
| 1.2 | Patientdelaktighet | 6 |
| 1.3 | Omvårdnad | 7 |
| 1.4 | Patient inom slutenvård..... | 8 |
| 1.5 | Empowerment | 8 |
| 1.6 | Patientens delaktighet vid rapportering..... | 9 |
| 1.7 | Hildegard Peplau | 9 |
| 1.8 | Problemformulering | 10 |
| 1.9 | Syfte och frågeställningar | 10 |
| 2 | Metod..... | 11 |
| 2.1 | Design | 11 |
| 2.2 | Databaser..... | 11 |
| 2.3 | Sökord/Sökstrategier/Urvalskriterier | 11 |
| 2.4 | Dataanalys | 13 |
| 2.5 | Forskningsetiska överväganden | 14 |
| 3 | Resultat..... | 14 |
| 3.1 | Information..... | 14 |
| 3.1.1 | <i>Överrapportering mellan vårdpersonal.....</i> | <i>15</i> |
| 3.2 | Patientens delaktighet vid beslutsfattande | 16 |
| 3.3 | Bemötande..... | 17 |
| 3.4 | Kvalitet av metodologisk aspekt | 18 |
| 4 | Diskussion | 18 |
| 4.1 | Huvudresultat | 18 |
| 4.2 | Resultatdiskussion..... | 18 |
| 4.3 | Urvalsmetod | 22 |
| 4.4 | Metoddiskussion | 23 |
| 4.5 | Kliniska implikationer för omvårdnad | 24 |
| 4.6 | Förslag till fortsatt forskning..... | 24 |
| 4.7 | Slutsats | 24 |
| 5 | Referenser | 25 |

Bilagor

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod. "

Bilaga 2. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, syfte och huvudresultat.

1 Introduktion

1.1 Bakgrund

Många länder i västvärlden inklusive Sverige lägger vikt vid individanpassad vård och att tillgodose patientens delaktighet i sin omvårdnad (Larsson *et al* (2007). I två svenska studier (Sahlsten *et al*.2009, Larsson *et al*. 2007) framkom att för att kunna tillgodose patientens önskemål och uppnå en god vårdkvalitet är det av vikt med ökad kunskap hos sjuksköterskor om patients delaktighet i vården.

I International Council of Nurses (ICN) & Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) framkommer att sjuksköterskan har ett ansvar att ge patienten adekvat individanpassad information. Patienten ska ges möjlighet till att medverka i sin behandling och att kunna påverka vårdens utformning genom ett delat samtycke. Sjuksköterskan har ett ansvar att informera patienten om patientens valmöjlighet att medverka eller avstå vård (Svensk sjuksköterskeförening 2007, HSL, 1982:763). Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, 1982:763) ska patienten känna sig trygg, säker och bli behandlad med respekt av hälso- och sjukvårdspersonal. Vården ska så långt det är möjligt planeras tillsammans med patienten.

Sigstad (2004) förtydligade att patienten ska ha möjligheten att delta i beslutsfattande gällande sin behandling. Det krävs att patienten har viljan och resurserna till att delta. Patienten har på senare tid en mer aktiv patientroll vilket har lett till en stor förändring i patient-vårdarrelationen. Vårdpersonalen ansvarar för säkra och lämpliga behandlingar men måste samtidigt ta hänsyn till patientens vilja i sin behandling. Patientens förändrade roll i beslutsfattande medför en förändring i synsättet gällande samarbete. I vårdprocessen uppstår ibland spänningar i mötet mellan patient och vårdpersonalen vilket medför att ett nytt synsätt måste etableras inom hälso- och sjukvården för att möjliggöra delaktighet (Sigstad 2004).

1.2 Patientdelaktighet

I en systematisk litteraturoversikt Cahill (1998) beskrevs patientdelaktighet som ett svårdefinierat begrepp trots det breda utbudet av tillämplig litteratur. Det finns ingen enskild definition gällande begreppet patientdelaktighet. Begreppet kan istället beskrivas som patientcentrerad vård, empowerment, patient-engagemang och som patientinflytande i litteraturen. Patientens delaktighet kan kopplas till olika aspekter inom vården så som beslutsfattande, självmedicinering, självständighet, patientutbildning, omvårdnads mål och att delta i behandlingen (Cahill 1998).

Thompson (2007) påtalade att patientdelaktighet ofta omnämns i termer så som patientdeltagande, patientkontroll och samarbete. Graden av patientdelaktighet delas in fyra kategorier; paternalism, icke paternalism, delat beslutsfattande och informellt beslutsfattande. Paternalism innebär att patientens delaktighet är begränsad till att ta emot information och att bekräfta det läkaren förmedlar. Icke paternalism innebär att vårdpersonalen är expert men patientens åsikter tas hänsyn till vid beslutsfattande. Delat beslutsfattande är vad det antyder, att både vårdgivare och patient fattar beslut. Informellt beslutsfattande innebär att patienten har full autonomi att fatta besluten själv. Graden av delaktighet beskrivs som en process där patienten kan vara passiv eller aktiv relaterat till patientens hälsostatus, motivation och intresse av att vara delaktig. Patientdeltagande kan begränsas till vissa vårdsituationer samt vårdpersonalens förhållningssätt (Thompson 2007).

Enligt Socialstyrelsen (2003) ska alla patienter ha rätt till information som är anpassad till individen, få valet att välja sin behandling samt ha rättigheten till en andra medicinsk bedömning. Patienten ska delges information utifrån patientens kunskapsnivå.

För att uppnå delaktighet krävs enligt Sahlsten *et al* (2008) en företroendegivande och etablerad relation mellan sjuksköterska och patient. Sjuksköterskan ska fungera som en stödjande handledare för att patienten ska känna kontroll över sin situation. Det krävs ett aktivt engagemang både från sjuksköterskan och från patienten. Socialstyrelsen (2005) förtydligar att sjuksköterskan ansvarar för att informera, undervisa och att bemöta patienter och deras närstående. Sjuksköterskan ska göra patienten så delaktig som möjligt i sin vård och behandling, samt säkerställa att patienten och eller den närstående har förstått.

1.3 Omvårdnad

Jakobsson & Lutzén (2009) påtalade att under 1970-talet började omvårdnad som begrepp användas inom sjuksköterskeutbildningen. Omvårdnad är ett vida spritt och brett begrepp. Svensk Sjuksköterskeförening (2010) definierar omvårdnad som ett grundläggande humanistiskt paradig. Människan ska betraktas som en fri och individuell varelse och ska bemötas utifrån dennes villkor. Begreppet omvårdnad kan innebära en person som utför omvårdnadsåtgärder samt en person som får omvårdnad.

Statens beredning för medicinsk utvärdering-SBU (1999) definierar omvårdnad i termerna naturlig och professionell omvårdnad. Den naturliga omvårdnaden förklaras som spontan och kan t.ex. utföras av en den drabbade eller av en individ som har en relation till den drabbade. Den professionella omvårdnaden beskrivs som allmän eller specifik, me-

dan den allmänna omvårdnaden fokuserar på människans natur och relationer. Den specifika omvårdnaden är istället förknippad till sjukdomen och behandling (Statens beredning för medicinsk utvärdering 1999).

1.4 Patient inom slutenvård

Enligt Dunér & Blomqvist (2009) innebär begreppet slutenvård att en patient är inskriven på en sjukvårdsavdelning. Begreppet patient kommer från latinets *Pati*, och inbegriper en individ som är i kontakt med hälso- och sjukvården. Exempelvis räknas inte individer som lämnar blod frivilligt eller som donerar organ som patienter.

1.5 Empowerment

Enligt Ewles & Simnett (2005) kan empowerment översättas på svenska till egenmakt eller vardagsmakt, kontroll över sin situation och beslutsfattande som utgör grunden på en individnivå. I en systematisk review av Aujoulati et al. (2006) granskade författarna flera artiklar där de kom fram till att empowerment är ett komplext begrepp. Aujoulati et al. (2006) menade att empowerment inte har några klara generella mål eller resultat. Empowerment måste anpassas till situation och sammanhang utifrån individens individuella livssituation och förutsättningar. Begreppet empowerment ses som en process som har med psykosociala färdigheter d.v.s. att hitta strategier för en god livskvalité med jäg-stärkande metoder. Vårdpersonal-patientrelation behöver vara kontinuerlig, samt att båda parter har ett ömsesidigt ansvar (Aujoulati 2006).

I studien av McAlister *et al.* (2012) kom författarna fram till att begreppet empowerment är ett mångdimensionellt begrepp. Författarna upptäckte olika teman av begreppet empowerment. Dessa var förståelse över situationen, valmöjligheten att få fatta egna beslut, möjligheten att reducera smärta och öka livskvaliten både för sig själv och för sin omgivning. Att kunna reflektera och hitta copingstrategier, samt att ha hopp inför framtiden (McAlister *et al.* 2012). Eldh (2009) förklarar att empowerment både kan ses som en maktkonflikt mellan patienten och vårdpersonalen samtidigt som den ses som att patienten får autonomi. Vårdpersonal anser ofta att patienter har fått empowerment när denne förstår rekommenderade beslut. En ömsesidig interaktion av information och kunskap mellan vårdpersonal och patient är en förutsättning för att empowerment ska kunna uppstå (Eldh 2009).

I en systematisk review av Holmström & Roing (2010) beskrevs att graden av empowerment är relaterat till kultur, ålder och socioekonomiska aspekter. Holmström & Roing

(2010) menade att empowerment antingen kan vara en resurs eller ett resultat. Patienten kan uppleva empowerment genom vårdpersonal, utbildning, vägledning och patientcentrerad vård. Patienter kan även själv uppnå empowerment genom att själv hitta information t.ex. genom internet eller genom att delta i grupputbildningar (Holmström & Roing 2010).

1.6 Patientens delaktighet vid rapportering

Sexton *et al.* (2004) påtalade att patientdelaktighet vid rapportering kan ske genom, inspe-
lad, skriven eller muntlig rapportering. Rapportering innebär enligt Johnsson (2008) att information förs vidare mellan vårdpersonal, antingen muntligt eller skriftligt. Rapportering kan ske antingen mellan kollegor inom samma yrkesgrupp eller mellan olika yrkeskategorier. Enligt Kerr (2002) har rapportering olika funktioner, dels att lämplig information överförs, interaktionen mellan patient och vårdpersonal samt rutiner gällande rapportering i det praktiska arbetet.

1.7 Hildegard Peplau

Hildegard Peplau tillhör teoretiker vars omvårdnadsteorier lägger vikt vid interaktionsprocessen i omvårdnaden. Relationen mellan sjuksköterskan och patienten och dess anhöriga är den centrala frågan i hennes verk *Interpersonal Relations in Nursing* från 1952. (Zyblock 2010, Plummer & Molzahn 2009). Hildegard Peplau studerade interpersonlig relationsteori under 1930 och -40-talet. Peplau fattade intresse för interpersonlig relationsteori och influerades av Harry Stack Sullivans teori om interpersonlig utveckling. Peplaus interpersonliga relationsteori används framförallt inom den psykiatriska omvårdnaden. Peplau såg behovet av att fylla ut de stora kunskapsluckorna hos sjuksköterskor inom psykiatrin och ville därför förmedla kunskap och idéer. Även om teorin främst används inom den psykiatriska omvårdnaden är den lika aktuell att använda inom andra vårdinriktningar (Forchuk *et al.* 1995). Teorin bygger på olika faser i den interpersonliga processen. Faserna utgörs av orienteringsfasen, bearbetningsfasen, och resolutionsfasen. I orienteringsfasen byggs en relation upp mellan sjuksköterskan och patienten. Under bearbetningsfasen uttrycker patienten det aktuella hälsoproblemet för att få stöd av sjuksköterskan och för att bli hjälpt. I resolutionsfasen bör patienten vara återhämtad och relationen mellan sjuksköterska och patient kan avslutas (Forchuk *et al.* 1995).

Plummer & Molzahn (2009) förklarade att teorin syftar till att tillsammans med patienten arbeta för gemensamma mål, som uppnås med hjälp av de tre faserna. Peplaus teori inriktar sig på den interpersonliga processen i mötet mellan patient och sjuksköterska men

även på sjuksköterskans roller. Sjuksköterskan fokuserar främst på själva mötet men teorin beskriver även den individuella rollen både hos sjuksköterskan och hos patienten (Plummer & Molzahn 2009). Vilken roll sjuksköterskan intar beror på patientens behov och sjuksköterskans kunskapsområde. Det är av stor vikt att sjuksköterskan själv reflekterar gällande sitt bemötande. Sjuksköterskan måste vara observant på olika interpersonliga processer som kan tänkas uppstå i mötet med patienten (Forchuk *et al.* 1995).

1.8 Problemformulering

Patienten har på senare tid en mera aktiv roll i sin vård och behandling vilket bidrar till behovet av en ökad förståelse från sjukvårdens sida (Sigstad 2004). Sjukvården har som ansvar att tillgodose patientens individuella vårdbehov och se till att patienten tillgodoses med kunskap och information (Sahlsten *et al.* 2009, Larsson *et al.* 2007, Svensk sjuksköterskeförening 2007, HSL, 1982:763). Sjuksköterskan är i behov av ökad kunskap om vad patientdelatagande innebär (Sahlsten *et al.* 2009, Larsson *et al.* 2007, Socialstyrelsen 2005).

Det är av stor vikt att sjuksköterskan uppmärksammar och gör patienten delaktig i sin omvårdnad. Sjuksköterskan bör ha ett humanistiskt och nyanserat förhållningssätt i mötet med patienten för att omvårdnaden ska vara av god vårdkvalité. Det är viktigt att sjuksköterskans arbetar utifrån patientens önsknings och behov för att ge patienten möjlighet till att bli delaktig i sin omvårdnad. Trots att patientens inflytande i sin omvårdnad de senaste decennierna har ökat är det av vikt att belysa de faktorer som påverkar patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad.

1.9 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna deskriptiva litteraturstudie var att beskriva vilka faktorer som kan påverka patientens delaktighet i sin omvårdnad ur ett patientperspektiv. Syftet med litteraturstudien var även att bedöma de valda artiklarnas urvalsmetod.

- Vilka faktorer kan påverka patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad?
- Vilken urvalsmetod har de valda artiklarna?

2 Metod

2.1 Design

I föreliggande litteraturstudie används en beskrivande design (Polit & Beck, 2012).

2.2 Databaser

De vetenskapliga artiklarna som användes söktes fram via de omvårdnadsrelaterade databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo (Polit & Beck, 2012).

2.3 Sökord/Sökstrategier/Urvalskriterier

Sökord som användes var "Patient participation", "involvement", "inpatient care", "empowerment", "experience", "bedside", "handover", "nursing", "decision making". Sökorden valdes för att svara på studiens syfte och frågeställningar. För att begränsa sökningen användes MeSH termer i databasen PubMed och för att få en mer relevant sökning användes den booleanska termen "AND" i databaserna PubMed, CINAHL, och PsycInfo (Forsberg & Wengström 2013, Polit & Beck 2012), (se tabell 1). Artiklar mellan år 2004-2014 söktes och artiklarna valdes ut utifrån titel. Abstract till artiklar med relevanta titlar granskades och valdes ut om de svarade på den föreliggande studiens syfte och frågeställningar.

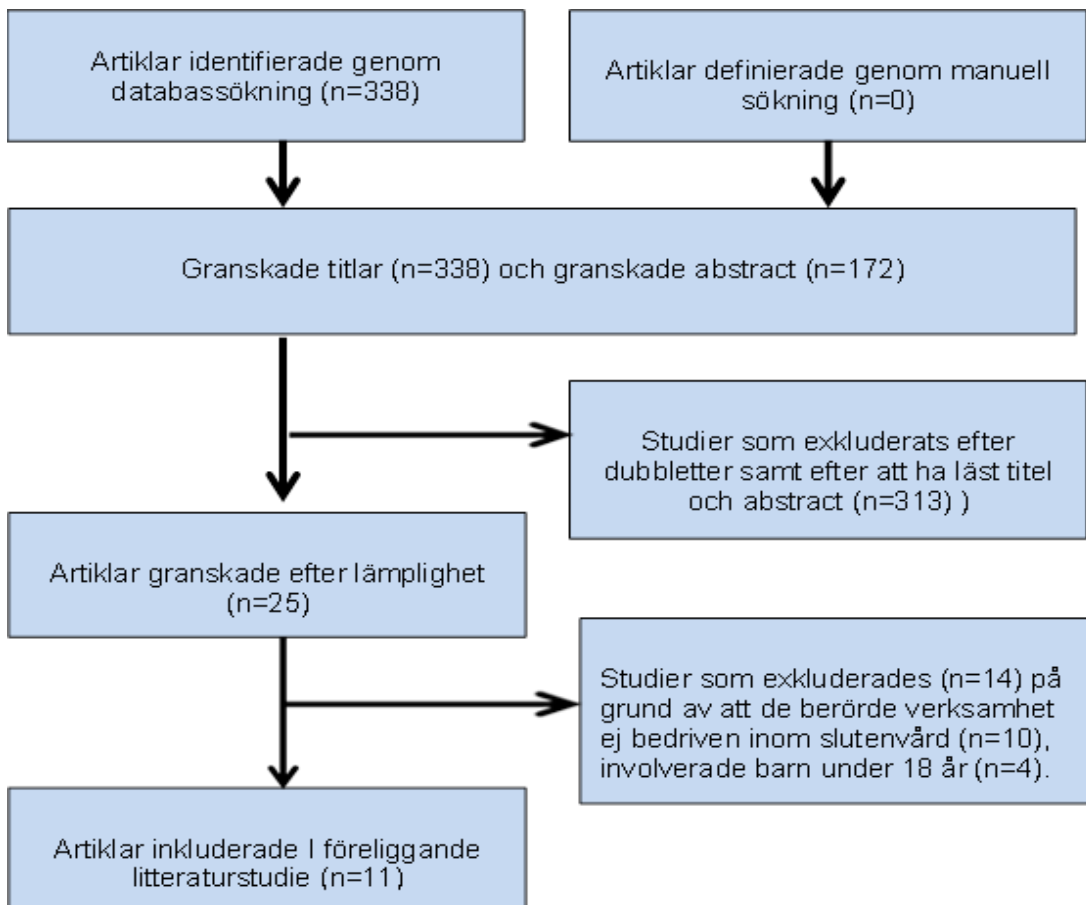
Tabell 1. Utfall av databassökningar, exklusive dubletter.

| Databas | Begränsningar | Sökord | Antal träffar | Antal granskade Abstract | Antal Valda källor |
|---------|--------------------------------|--|---------------|--------------------------|--------------------|
| PubMed | Full text Engelska 10 år | "Patient participation" AND "involvement" AND "inpatient" | 66 | 32 | 2 |
| PubMed | Full text Engelska 5 år | "Patient participation" AND "empowerment" AND "experiences" | 45 | 22 | 1 |
| PubMed | Full text Engelska 5 år | "Patient participation" AND "empowerment" AND "decision making" | 87 | 45 | 1 |
| PubMed | Full text Engelska 5 år | "Patients AND bedside handover AND nursing" | 17 | 7 | 1 |
| PubMed | Full text Engelska 5 år | "Patient participation AND decision making AND inpatient care" | 53 | 15 | 2 |

| Databas | Begränsningar | Sökord | Antal träffar | Antal granskade abstract | Antal Valda källor |
|--------------|--|---|---------------|--------------------------|--------------------|
| CINAHL | Peer review 2009-2014 Engelska Full text Inpatient | "Patient participation" AND "involvement" | 14 | 8 | 1 |
| PsycInfo | Peer review 2009-2014 Engelska Full text | "Patient participation" AND "involvement" AND "inpatient" | 22 | 16 | 1 |
| PsycInfo | Peer review 2009-2014 Engelska Full text | "Patient participation" AND "empowerment" AND "experiences" | 15 | 9 | 1 |
| PsycInfo | Peer review 2009-2014 Engelska Full text | "Patient participation" AND "empowerment" AND "decision making" | 19 | 18 | 1 |
| Total | | | 338 | 172 | 11 |

Inklusionskriterier för artiklar som valdes var att de skulle vara Peer reviewed, att artiklarna hade genomgått en etisk prövning, var skrivna på engelska samt publicerades mellan år 2004-2014. Artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes. Det var endast artiklar som var utförda inom slutenvården samt svarade på studiens syfte och frågeställningar som valdes. Artiklarna var tillgängliga i full text via Högskolan i Gävles databaser.

Exklusionskriterier för de artiklar som valdes bort var artiklar som publicerades innan år 2004. Litteraturstudier samt studier som inkluderade barn under 18 år har valts bort. Dessa gäller för artiklar med studier som inte genomfördes inom slutenvård.



Figur 1. Flödesdiagram, Urvalsprocess av artiklar.

2.4 Dataanalys

En beskrivande design användes till föreliggande litteraturstudie (Polit & Beck, 2012). En dataanalys används enligt Polit & Beck (2012) för att tolka, strukturera, organisera samt analysera material inom forskning. Artiklarna som valdes ut till föreliggande litteraturstudie söktes på ett systematiskt sätt för att granskas kritiskt. Kvalitativa och kvantitativa artiklar valdes ut och granskades med hjälp av en checklista för granskning av artiklar (Forsberg & Wengström 2012, Polit & Beck 2009). Författarna till föreliggande litteraturstudie sökte och valde ut artiklar tillsammans. Artiklarna skrevs ut till pappersformat för att författarna skulle få en bättre överblick över materialet. Valda artiklars resultat- och metoddel översattes från engelska till svenska för bättre förståelse. För att besvara vilka faktorer som påverkar patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad lästes artiklarnas resultat flertalet gånger av båda författarna. Båda författarna har tillsammans bearbetat och författat allt material till föreliggande litteraturstudie. De valda artiklarnas urvalsmetod samt artiklarnas inklusions- respektive exklusionskriterier granskades, se (bilaga 1). En tabell över samtliga artiklars syfte och huvudresultat upprättades, se (bilaga 2).

2.5 Forskningsetiska överväganden

Enligt Forsberg & Wengström (2013) är det av stor vikt att författaren sätter sina egna intressen och värderingar åt sidan och presenterar samtliga artiklars resultat. Detta för att uppvisa ett evidensbaserat resultat. Författarna har valt artiklar objektivt för att nå överensstämmelse med studiens syfte och frågeställningar, oberoende av författarnas egna intressen och värderingar. Samtliga artiklar är etiskt prövade och godkända av en etisk kommitté. Författarna ansåg därför att ingen etisk prövning var nödvändig för att genomföra föreliggande litteraturstudie.

3 Resultat

Resultatet från de elva artiklarna presenteras i en löpande text samt med figur. Åtta artiklar hade kvalitativ ansats (Ernst *et al.* 2013, Flink *et al.* 2012, Heggland & Hausken 2013, Höglund *et al.* 2010, Kerr *et al.* 2014, McMurray *et al.* 2011, Storm & Davidson 2010, Thyssen & Beck 2014). Två artiklar (Arnetz & Arnetz 2009, Uldry *et al.* 2013) hade en kvantitativ ansats och en artikel (Bradley & Mott 2014) hade både en kvalitativ och kvantitativ ansats. Faktorer som påverkar patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad framträdde i resultatet. De tre faktorerna *information, patientens delaktighet vid beslutsfattande samt bemötande* presenteras i resultatdelen. De valda artiklarnas metodologiska aspekt urvalsmetod granskades och sammanställdes under rubriken *Kvalitet av metodologisk aspekt*. En sammanställning över artiklarnas syfte och huvudresultat samt granskning av artiklarnas urvalsmetod framkommer i bilagorna 1 och 2.

3.1 Information

I artiklarna av Thyssen & Beck (2014), Höglund *et al.* (2010), Bradley & Mott (2014), McMurray *et al.* (2011), Flink *et al.* (2012) kom författarna fram till att en adekvat information är den primära förutsättningen för att patienterna ska känna sig delaktiga i sin omvårdnad i sjukhusmiljö.

Thyssen & Beck (2014) menade att patienterna fick en ökad känsla av kontroll och självständighet genom att resurser och verktyg i omgivningen möjliggjorde att patienterna fick lämplig information. Patienterna kunde kommunicera med vårdpersonalen genom en anteckningsbok, där information gällande vård och behandling noterades kontinuerligt. Ett ytterligare verktyg som användes var en tavla där resultat gällande provtagningar och undersökningar uppdaterades kontinuerligt. Patienterna upplevde att vårdpersonalen var en viktig informationskälla och alltid var tillgängliga för eventuella frågor (Thyssen & Beck 2014). Patienter som vårdades på grund av hjärtinfarkt upplevde att de blev delaktiga ge-

nom att de fick muntligt information även i ett akut skede när behandling behövde sättas in omgående (Höglund *et al.* 2010). Patienter inom slutenvården blev delaktiga i sin vård genom att sjuksköterskorna gav patienterna information och att de fick möjlighet att ställa frågor om den fortsatta behandlingen (Bradley & Mott 2014) samt att de blev erkända i vårdteamet vilket möjliggjorde delaktighet (McMurray *et al.* 2011).

I studierna av Uldry *et al.* (2013) och Heggland & Hausken (2013) upplevde patienterna som vårdades på kirurgavdelning att det var av stor vikt att få adekvat information gällande operation, omvårdnad och komplikationer både innan och efter ett kirurgiskt ingrepp. Det var av stor betydelse att patienterna fick information att läsa i lugn och ro inför ett kirurgiskt ingrepp och fick besked om alternativa behandlingsalternativ (Uldry *et al.* 2013, Heggland & Hausken 2013). Patienterna ville ha evidensbaserad information på internet om sin behandling för att få en ökad kunskap (Heggland & Hausken 2013). Enligt Uldry *et al.* (2013) föredrog över hälften av de medverkande patienterna att de önskade att få muntlig information framför skriftlig. Flink *et al.* (2012), Storm & Davidson (2010) beskrev att patienterna upplevde att informationen var bristfällig samt i vissa fall uteblev helt. Patienterna upplevde att informationsutbytet mellan olika vårdenheter var bristfälligt och en tredjedel av patienterna fick ingen informationen vid utskrivningen från sjukhuset (Flink *et al.* 2010). Enligt Heggland & Hausken (2013) upplevde patienterna att de inte hade fått tillräcklig information om komplikationer relaterade till deras operation. De beskrev att det var svårt att få möjlighet att tala med sin läkare, samt att sjuksköterskorna var oförmögna till att fatta beslut gällande deras behandling. I en studie av Höglund *et al.* (2010) upplevde patienterna inom den psykiatriska slutenvården en avsaknad av information gällande sin behandling. Patienterna upplevde att vårdpersonalen tillbringade för mycket tid på kontoret och inte fanns tillgängliga för frågor. Patienterna önskade att personalen tog sig mer tid till att umgås med patienterna för att uppnå en ökad känsla av delaktighet.

3.1.1 Överrapportering mellan vårdpersonal

Patienter upplevde att de var en del av vårdteamet och hade möjlighet att korrigera missuppfattningar och felaktiga påståenden som sades genom att de fick närvara när sjuksköterskorna rapporterade. Patienterna hade möjlighet att ställa frågor och få en ökad förståelse för sitt hälsotillstånd samt för den kommande vårdplaneringen. Patienterna upplevde att relationen mellan sjuksköterskan och patienten blev mer personlig och individuell, vilket fick patienterna att känna sig delaktiga (McMurray *et al.* 2011, Bradley & Mott 2013, Kerr *et al.* 2014). I en australiensk studie av Kerr *et al.* (2014) upplevde patienterna

att de fick ett ökat förtroende för sjuksköterskans kompetens genom att de fick vara delaktiga vid rapporteringen. Muntlig information som utbyttes om patienten och som eventuellt kunde vara missvisande kunde enkelt korrigeras av patienten. Patienten tyckte att det var viktigt att delge vårdteamet information om sitt hälsotillstånd. Eftersom patienten lyssnade på all information kunde patienten försäkra sig om att vårdpersonalen hade tillräcklig och korrekt information om patientens omvårdnad. En del patienter upplevde dock att de inte alltid förstod det som sades under en rapportering, vilket kunde leda till att patienten kände oro. Detta inträffade dock oftare bland individer som inte hade engelska som modersmål. Kerr *et al.* (2014), McMurray *et al.* (2011) kom fram till att patienterna var bekymrade och besvärade över hur informationen i samband med rapportering hantearades, eftersom informationen delades i salar med flera patienter.

3.2 Patientens delaktighet vid beslutsfattande

I studierna av Heggland & Hausken (2013), Ernst *et al.* (2013), Storm & Davidson (2010), Höglund *et al.* (2010), Uldry *et al.* (2013) & Arnetz & Arnetz (2009) beskrevs olika faktorer som möjliggjorde patientens deltagande i beslutsfattande på sjukhus. Patienter med en cancerdiagnos som befann sig i ett akut tillstånd hade enligt Ernst *et al.* (2013), inte alltid möjlighet att kunna fatta beslut. Ibland behövde man prioritera ett akut insättande av behandling. Vissa patienter hade dessutom en begränsad kapacitet till att kunna fatta viktiga beslut beroende på deras hälsotillstånd. I en svensk studie av Höglund *et al.* (2010) med patienter på en slutenvårdsavdelning för hjärtpatienter upplevde patienterna att de saknade den medicinska kompetensen som krävdes för att vara delaktiga i svåra medicinska beslut gällande deras behandling.

I studierna av Storm & Davidson (2010) upplevde patienter inom den psykiatriska slutenvården att det var svårt att förstå vad delaktigheten innebar. I majoriteten av intervjuerna rådde det förvirring kring vad den individuella vårdplanen tillförde. De flesta patienter hade inte hört talas om att de hade rätt att få vara delaktiga vid beslutsfattande gällande deras vårdplan. Enligt Storm & Davidson (2010) upplevde psykiatripatienter att de hade fått god information gällande medicinering, dosering samt biverkningar. Patienterna upplevde svagt inflytande i beslutsfattandet gällande val av medicinsk behandling. Patienterna upplevde att vårdpersonalen frantog patienterna rättighet till beslutsfattande genom att använda hot och tvångsmedicinering. Patienterna upplevde även att den enda möjligheten för patienterna att få vara delaktiga i beslutsfattande var genom att medverka på möten tillsammans med vårdpersonal. Patienterna valde att inte gå på mötena eftersom de ansåg att de ändå inte fick vara delaktiga i beslutsfattandet (Storm & Davidson 2010).

I en norsk studie av Heggland & Hausken (2013) vid en enhet för patienter med gastrointestinala sjukdomstillstånd beskrev patienterna att förutsättningen för att kunna vara delaktig i beslutsfattande innebar att vårdpersonalen behövde dela med sig av adekvat information gällande deras hälsotillstånd. Heggland & Haussen (2013) belyste att patienterna fick möjligheten att vara delaktiga i beslutsfattande gällande olika typer av operationer och behandlingsmöjligheter. Dock ansåg vissa patienter att de hade för lite kunskap gällande sin sjukdom för att kunna välja rätt behandling. Patienterna förlitade sig då på att den behandlande läkaren och vårdpersonalen skulle sköta vårdplaneringen. Patienten intog oftast en passiv roll gällande beslutsfattande och överlät besluten till den ansvariga vårdpersonalen. Vissa patienter ville ha en känsla av kontroll över den rådande situationen för att kunna minimera rädslan för ovana situationer. Enligt Uldry *et al.* (2013) ville inneliggande patienter på en kirurgavdelning som var vid medvetande och hade möjlighet att kommunicera vara involverad i allt beslutsfattande, speciellt vid viktiga beslut gällande deras omvårdnad. I en kvalitativ studie av Arnetz & Arnetz (2009) med patienter som vårdades på en hjärtavdelning önskade 76 procent av hjärtinfarktspatienter att få vara delaktiga i beslutsfattande. Dock ansåg endast 1 procent av deltagarna att de var med och fick fatta beslut.

3.3 Bemötande

Flink *et al.* (2012) beskrev i den svenska studien att vårdpersonalens bemötande var en bidragande faktor till om patienterna ville vara delaktiga eller inte. Det ansågs positivt om vårdpersonalen kommunicerade och anpassade informationen till patientens nivå samt visade förståelse för patientens situation. Negativa situationer och attityder uppstod vid stressade och tidsbegränsade situationer.

Enligt Storm & Davidson (2010) upplevde patienter på en sluten psykiatriavdelning att vårdpersonalen var snälla, förstående och stöttande. Vårdpersonalen sågs som en viktig och bidragande resurs i mötet med patienten och kunde hjälpa patienterna att hantera svåra situationer i sin vardag. Patienterna beskrev att konflikter uppstod ibland p.g.a. olika uppfattning kring hur deras behandling skulle bedrivas. Dessa patienter upplevde att de inte blev sedda, hörda eller fick den hjälp de var i behov av.

I en av studie Ernst *et al.* (2013) från Tyskland upplevde patienter som vårdades på en onkologiavdelning avsaknad av sin autonomi och värdesatte en mer personlig relation bortom den professionella interaktionen. Det ansågs viktigt för patienterna med öppenhet,

ärlighet och kompetens. Den förlorade autonomin kunde kompenseras med en känslsam och stöttande läkarkontakt. Bradley & Mott (2014) påpekade att patienterna uppskattade det personliga mötet med sjuksköterskan i samband med rapportering med patienten närvarande. Patienterna upplevde att den personliga relationen mellan patient och sjuksköterska vid rapportering bidrog till en ökad patientdelaktighet. McMurray *et al* (2010) belyste att vården blev mer personlig och patienterna blev sedda som en individ istället för som en diagnos.

3.4 Kvalitet av metodologisk aspekt

I studierna av McMurray *et al* (2011) Kerr *et al* (2014), Flink *et al* (2012) framkom både exklusions- och inklusionskriterier tydligt. I studierna av Thyssen & Beck (2014), Heggland & Hausken (2013), Bradley & Mott (2014), Arnetz & Arnetz (2009) framkom inklusionskriterier men inte några exklusionskriterier. Det framkom exklusionskriterier i studierna av Uldry *et al.* (2013), Ernst *et al.* (2013) men inte några inklusionskriterier. Det framkom varken inklusions- eller exklusionskriterier i studierna av Storm & Davidson (2010), Höglund *et al.* (2010). Urvalsmetoden framkom inte i studierna Arnetz & Arnetz (2009), Flink *et al.* (2012), Storm & Davidson (2010), Uldry *et al.* (2013). I följande studier av Heggland & Hausken (2013), Höglund *et al* (2010), Kerr *et al.* (2014) och Thyssen & Beck (2014) använde sig författarna av ett ändamålsenligt urval som metod. Ett bekvämlighetsurval användes som metod i studien McMurray *et al* (2011). I studien Bradley & Mott (2014) användes en self-selected urvalsmetod. Ernst *et al* (2013) använde sig av en konsekutiv urvalsmetod.

4 Diskussion

4.1 Huvudresultat

Syftet med föreliggande litteraturstudie var att beskriva vilka faktorer som påverkar patientens delaktighet i sin omvårdnad ur ett patientperspektiv. Syftet var även att granska urvalsmetoden i de valda artiklarna. Huvudresultatet i föreliggande litteraturstudie visade på att det finns flera faktorer som påverkar patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad. Faktorer så som individanpassad och adekvat *information, delaktighet vid beslutsfattande* samt *vårdpersonalens bemötande* påverkade patientens möjlighet till delaktighet i omvårdnaden.

4.2 Resultatdiskussion

I studierna av Thyssen & Beck (2014), Höglund *et al* (2010), Bradley & Mott (2014), McMurray *et al* (2010), Flink *et al* (2012) framkom att adekvat information var en pri-

mär faktor för att uppnå patientdelaktighet. I artiklarna Flink *et al.* (2012), Storm & Davidson (2010) kom författarna fram till att patienterna upplevde att informationen var bristfällig samt i vissa fall uteblev helt.

Enligt Socialstyrelsen (2003) är sjuksköterskan ansvarig för att delge patienterna adekvat individanpassad information. I studierna av Uldry *et al.* (2013) och Heggland & Hausken (2013) framkom det att patienter föredrog adekvat information gällande operation, omvårdnad och komplikationer inför en kirurgisk behandling. I studien av Höglund *et al.* (2010) upplevde patienterna att de blev delaktiga i sin vård genom att få muntlig information i det akuta skedet. Patienten har enligt Socialstyrelsen (2003) rätt till individanpassad information, val av behandling och en andra bedömning gällande medicinsk konsultation. I studien av Heggland & Hausken (2013) var både vårdpersonalen och patienterna överrens om att patientdelaktighet i beslutsfattande processer är beroende av adekvat information gällande behandling, risker och möjligheter. Läkarna ansåg att de var ansvariga i att möta upp patientens behov på ett humanistiskt sätt för att informationen skulle upplevas personlig för patienten. Sjuksköterskorna gav patienterna generell information om sjukhusvistelsen och information inför operationen, medan läkarna informerade om själva operationen, behandlingsmöjligheterna och konsekvenserna.

I studien av Heggland & Hausken (2013) upplevde sjuksköterskorna att patienterna ofta hade många obesvarade frågor när de hade besökt läkaren. Sjuksköterskorna var därför frustrerade över att inte kunna stödja och möta upp patientens behov. Både vårdpersonal och patienter var överrens om att kontroll innebar att få vara delaktig i beslutsfattande om operation. I samtliga intervjuer med både patienter och vårdpersonal diskuterades huruvida läkaren ska ha den fulla makten i beslutsfattande, även i situationer där patienter borde få vara delaktiga i att fatta beslut. Patienten intog oftast en passiv roll inför beslutsfattande gällande kirurgiska ingrepp. Ibland fattades beslut utan patientens vetskap under det pågående ingreppet (Heggland & Hausken 2013). Det är av stor vikt att sjuksköterskan själv reflekterar gällande sitt bemötande. I Hildegaard Peplaus interpersonlighetsteori bör sjuksköterskan vara beredd på och kunna tackla de interpersonliga processer som kan komma att uppstå i mötet med patienten. (Forchuk *et al.* 1995).

Enligt Sahlsten *et al.* (2009), Larsson *et al.* (2007) är patientdeltagande en viktig grund i sjukvården. En ökad kunskap om patientdeltagande hos sjuksköterskor inom vården är av yttersta vikt för att kunna tillgodose patientens önskemål för att uppnå god vårdkvalité.

I litteraturstudien av Thompson (2007) beskrevs att graden av patientdelaktighet har att göra med vilken roll patienten fick vid beslutsfattande samt patientens vilja att delta. Kategorierna paternalism, icke paternalism, delat beslutsfattande, och informella modellen ingår i patientdelaktighet (Thompson 2007). I en studie av Heggland & Hausken (2013) som avsåg att identifiera patienters och vårdpersonals erfarenheter av patientdelaktighet. Resultatet visade att sju av arton deltagare föredrog den ”paternalistiska modellen”, sex av arton deltagare föredrog det ”delade beslutsfattandet”, tre av arton deltagare föredrog den ”informella modellen” och en av arton deltagare föredrog ”icke-paternalism”. Läkarna hade en mera positiv inställning till patientdeltagande än vad sjuksköterskorna hade. Som grupp var vårdpersonalen mer positiv till patientdelaktighet än vad patienterna var.

Enligt HSL (1982:763) ska vården så långt det är möjligt planeras i samråd med patienten för att patienten ska känna trygghet samt bli behandlad på ett respektabelt sätt. I studien av Arnetz & Arnetz (2009) med patienter som vårdades för hjärtinfarkt fick endast en procent av deltagarna vara delaktiga och fatta beslut under sin sjukhusvistelse. I det akuta skedet där snabba beslut och insättning av behandling måste prioriteras uteblev enligt Ernst et al. (2013) patientdelaktigheten ofta i beslutsfattande processer. Majoriteten av patienter valde själva att överlåta beslutsfattande till läkaren. Patienterna upplevde att det var en frihet att slippa ta ställning i olika beslut.

I en svensk studie av Höglund *et al.* (2010) upplevde vårdpersonalen att delaktighet innebär att informera patienten i den akuta situationen, att patienten samtyckte samt att uppmuntra patienten att delta i beslutsfattande processer. Patienterna tyckte att deras inflytande gällande delaktighet ökade och att de fick vara involverade. Vårdpersonalen ansåg att patienterna fick en känsla av kontroll där patienten kunde påverka och känna sig säker. Hinder för patientdelaktighet var enligt patienterna under det akuta skedet, tidsbrist, stressad vårdpersonal, beslutsfattande bortom patienternas kunskapsområde samt bristen på information gällande rättigheten att få delta. Även vårdpersonalen såg hinder i det akuta skedet och även bristande personkemi mellan patient och vårdpersonal. Kulturella skillnader samt sociala faktorer så som ålder, tidsbrist och bristande resurser sågs av vårdpersonalen som hinder för patientdelaktighet (Höglund *et al* 2010).

Enligt Eldh (2009) uppnås empowerment när en ömsesidig interaktion med information och kunskap uppstår. Vårdpersonal antar ofta att patienter har fått empowerment då vårdpersonalen har fattat rekommenderade beslut. Empowerment kan både ses som en makt-

konflikt mellan patienten och vårdpersonalen samtidigt som den ses som att patienten får autonomi. I studien av Sahlsten *et al.* (2009) beskrev sjuksköterskor sina erfarenheter av omvårdnadsstrategier som gynnade patientdeltagande i omvårdnaden i tre huvudkategorier: 1. En nära relation, 2. Att lära känna patienten, 3. Återfå kontroll och egenmakt över sin livssituation.

I studien av Storm & Davidson (2010) upplevde både de inneliggande patienterna och vårdpersonalen på en psykiatriavdelning samarbetssvårigheter. Det var enligt vårdpersonalen ett tidskrävande problem för vårdpersonalen att anpassa vårdplanen efter patientens behov och värderingar. Patienter och vårdpersonal hade skilda åsikter gällande vad patientdelaktighet innebar (Storm & Davidson 2010). I Hildegaards Peplaus interpersonlighetsteori är det i interaktionsprocessen mellan sjuksköterska och patient viktigt att sträva mot samma mål och arbeta enhetligt (Forchuk 1995). Storm & Davidson (2010) förklarade att vårdpersonalen ansåg att mötena med patienterna var en möjlighet för dem att få vara delaktiga och fatta beslut om sin behandling. Patienterna upplevde däremot att det var betungande att delta i mötena. Vårdpersonalen arbetade inte enhetligt med vårdplaneringen inom organisationen, vilket gav patienterna olika förutsättningar för att delta i sin behandling under vårdtiden. Vårdpersonalen upplevde att det viktiga i dialogen med patienten var att få patienten att känna sig förstörd, sedd, inge hopp samt informera patienten om deras tillstånd (Storm & Davidson (2010).

I studien av Bradley & Mott (2014) upplevde både patienter och vårdpersonal det positivt med överrapportering med patienten som närvarande. Vårdpersonalen upplevde sig mer tillfreds och hade möjlighet att se patienten och att utföra en god omvårdnad. Vården blev på så sätt mer patient-centrerad genom att patienten blev mer delaktig i sin omvårdnad. I studierna av McMurray *et al.* (2011), Bradley & Mott (2013), Kerr *et al.* (2014) upplevde patienterna att de fick en nära och personlig relation till sjuksköterskan. Patienterna kände sig som en i vårdteamet och hade möjligheten att korrigera eventuellt missvisande information som utbyttes mellan sjuksköterskor. Patienterna fick även vara delaktig i sin kommande vårdplanering. I studien av Ernst *et al.* (2013) värdesatte patienter som vårdades på en onkologiavdelning en individuell personlig relation bortom den professionella med läkaren.

I studien av Larsson *et al.* (2007) beskrevs patienters upplevelser av patientdeltagande genom olika teman. Dessa teman beskrevs som en interaktionsprocess, ett känslomässigt

gensvar, en gemensam överenskommelse, rätten till information samt beslutsfattande. I Hildeegards Peplaus interpersonlighetsteori kan sjuksköterskan anta olika roller i interaktionsprocessen (Forchuk 1995). Sjuksköterskan ska anpassa sin roll till graden av patientdelaktighet och vara självreflekterande över sitt bemötande gentemot patienten. Sigstad (2004) förtydligade att patienten idag är mera aktiv än förr i sin patientroll vilket ställer nya krav på interaktionen mellan vårdpersonal och patient. I studien av Höglund *et al.* (2010) upplevde patienterna att främjande faktorer som påverkar patientdelaktighet kunde vara att vårdpersonalen såg till att patienten hade förstått informationen och att patienten hade fått svar på alla sina frågor. Vårdpersonalen ansåg att främjande faktorer var att fråga patienten om deras åsikter och önskemål samt att klargöra att patienterna hade möjlighet samt borde vara delaktiga i sin omvårdnad (Höglund *et al* 2010).

4.3 Urvalsmetod

Urvalsmetoderna i de granskade artiklarna av McMurray *et al* (2011), Kerr *et al* (2014), Flink *et al* (2012) framkom både inklusions- och exklusionskriterier tydligt. I studierna Thyssen & Beck (2014), Heggland & Hausken (2013), Bradley & Mott (2014), Arnetz & Arnetz (2009) framkommer endast inklusionskriterier medan det endast framkom exklusionskriterier i studierna av Uldry *et al* (2013), Ernst *et al* (2013). Det framkom inga inklusions- eller exklusionskriterier i studierna av Storm & Davidson (2010), Höglund *et al* (2010). I studierna av Heggland & Hausken (2013), Höglund *et al* (2010), Kerr *et al* (2014) och Thyssen & Beck (2014) använde sig författarna av ett strategiskt urval som metod. Ett ändamålsenligt, strategiskt urval som används främst i kvalitativa studier där syftet med studien var att undersöka erfarenheter. (Forsberg & Wengström 2013) Ett bekvämlighetsurval användes som metod i studien av McMurray *et al.* (2011). Urvalet syftar till att inkludera deltagare som är de mest tillgängliga (Polit & Beck 2012). I studien av Bradley & Mott (2014) användes en self-selected urvalsmetod. Urvalsmetoden self-selected kan påverka trovärdigheten (Polit & Beck 2012).

Ernst *et al.* (2013) använde sig av en konsekutivt urvalsmetod vilket är ett icke slumpmässigt urval där deltagare som är aktuella för studien inkluderas, de första som dyker upp i en viss följd. Ett icke slumpmässigt urval fungerar ofta bra på forskning inom sjukvården enligt Forsberg & Wengström (2013). Urvalsmetoden framkommer inte i studierna av Arnetz & Arnetz (2009), Flink *et al.* (2012), Storm & Davidson (2010), Uldry *et al.* (2013). Forsberg & Wengström (2013) beskriver att utebliven information gällande urvalsmetod kan komma att påverka den externa validiteten.

4.4 Metoddiskussion

Föreliggande litteraturstudien har en beskrivande design för att kunna svara på studiens syfte och frågeställningar. Författarna önskade att få fördjupad kunskap om vilka faktorer som påverkar patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad. Författarna hade för avsikt att exkludera artiklar med kvantitativ ansats. Litteraturstudien bygger både på kvalitativa och kvantitativa artiklar med en majoritet av artiklar med kvalitativ ansats. Enligt Polit & Beck (2012) och Forsberg & Wengström (2013) är en kvalitativ ansats, lämplig när forskning görs för att belysa människors erfarenheter. Författarna hade vid början av föreliggande litteraturstudie som mål att endast använda artiklar med kvalitativ ansats. Det var dock svårt att hitta relevanta artiklar som svarade till litteraturstudiens syfte, frågeställningar samt inklusions- och exklusionskriterier. Att artiklar med både kvantitativ och kvalitativ ansats användes kunde enligt författarna ses som en svaghet. Författarna övervägde att göra en empirisk studie. Tidsmässigt var dock en litteraturstudie mer lämpad.

Författarna till föreliggande litteraturstudie valde att söka fram artiklar i de omvårdnadsorienterade databaserna PubMed, CINAHL och PsycInfo (Polit & Beck 2012, Forsberg & Wengström 2013). Författarna använde från början en bredare sökning för att upptäcka relevant forskning och eventuella kunskapsluckor inom området. För att begränsa sökningen användes MeSH termer i PubMed och för att precisera sökningen användes den booleanska termen ”AND” i databaserna PubMed, CINAHL, och PsycInfo. Författarna ansåg att det underlättade då det gav en smalare och relevantare sökning som svarade på litteraturstudiens syfte och frågeställningar. För både de kvalitativa och de kvantitativa artiklarna användes en checklista enligt Forsberg & Wengström (2013). Artiklar mellan år 2004-2014 söktes fram, abstracts till artiklar med relevanta titlar granskades och valdes ut om de svarade på föreliggande studiens syfte och frågeställningar. Artiklar som valdes var Peer Review. Artiklarna hade genomgått en etisk prövning samt var skrivna på engelska. Artiklar med både kvalitativ och kvantitativ ansats valdes med studier som utfördes inom slutenvården som svarade på studiens syfte och frågeställningar. Artiklarna var fritt tillgängliga i full text via Högskolan i Gävles databaser. Artiklar publicerade innan år 2004 exkluderades samt studier som inkluderade barn under 18 år. Även artiklar med studier som inte genomfördes inom slutenvård exkluderades. En svaghet enligt författarna kan vara att relevanta artiklar publicerade före 2004 valdes bort samt att artiklar som endast var fritt tillgängliga från Högskolan i Gävles databaser valdes. En dialog fördes aktivt mellan författarna under hela arbetes gång. Reflektioner och beslut skedde i samråd mel-

lan båda författarna vilket författarna ser som en styrka. En kontinuerlig kontakt fördes med handledaren och en tidsplan upprättades. Författarna till föreliggande litteraturstudie valde artiklar som innefattade patienter vid olika vårdenheter inom slutenvården, vilket författarna anser är en styrka. En svaghet kan enligt författarna vara att valda artiklar var skrivna på engelska då det fanns risk för feltolkningar.

4.5 Kliniska implikationer för omvårdnad

Ökad kunskap och förståelse hos personal inom hälso- och sjukvården för faktorer som påverkar patientens möjlighet till delaktighet i sin omvårdnad. Sjuksköterskors möjlighet att tillgodose patientens omvårdnadsbehov och förväntningar bör förbättras.

4.6 Förslag till fortsatt forskning

Forskning inom området delaktighet bör utvecklas för att undersöka vad delaktighet innebär både från sjuksköterskans och från patientens perspektiv. Författarna till föreliggande litteraturstudie anser att det skulle vara av intresse att få större förståelse för faktorer som påverkar patienternas delaktighet samt om dessa överensstämmer mellan sjuksköterskors och patienters uppfattningar.

4.7 Slutsats

Genom ökad kunskap och förståelse hos sjuksköterskor om patientdelaktighet kan sjuksköterskan möta upp patientens behov och förväntningar. Patienter som vistas inom hälso- och sjukvården behöver få adekvat information om deras rätt att få vara delaktig i sin omvårdnad. Eftersom patienten idag vill ha en mer aktiv patientroll behövs ett nyanserat förhållningssätt inom hälso- och sjukvården etableras. Det är av stor vikt att sjuksköterskan på ett tidigt stadie i vårdprocessen informerar patienten om rätten till delaktighet. Det nyanserade förhållningssättet skulle kunna bidra till ökad patientdelaktighet.

5 Referenser

Aujoulat, I., d'Hoore, W., Deccache, A. (2007) Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? *Patient Educ Couns.* Apr; 66(1):13-20.

*Arnetz, JE., Arnetz, BB. (2009) Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care. *Eur J Cardiovasc Nurs.* Sep;8(3):174-81.

*Bradley S, Mott S. (2014) Adopting a patient-centered approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing.* 23;1927–1936.

Cahill, J. (1998) Patient participation-a review of the literature. *J Clin Nurs.* Mar;7(2):119-28.

Dunér, A. & Blomqvist K. (2009). Ehrenberg A. & Wallin, L. Omvårdnadens grunder. *Ansvar och utveckling.* (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Eldh, AC. (2009). Edberg, A. & Wijk, H. Omvårdnadens grunder. *Hälsa och ohälsa.* (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Ernst, J., Berger, S., Weißflog, G., Schröder, C., Körner, A., Niederwieser, D., Brähler, E., Singer, S. (2013) Patient participation in the medical decision-making process in haemato-oncology-a qualitative study. *European Journal of Cancer Care.* 22:684–690.

Ewles, L. & Simnett, I. (2005). *Hälsoarbete.* (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

*Flink, M., Öhlén, G., Hansagi, H. (2012) Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care--a qualitative study of patient perspectives. *BMJ Qual Saf.* Dec:21: 76–i83.

Forchuk, C., Sieloff, C.L. & O'Connor, N. (1995) *Anteckningar om omvårdnadsteorier.* 2. Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, Christina & Wengström, Yvonne (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier, värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning.* 3. uppl. Stockholm: Natur & Kultur

*Heggland, LH. & Hausken, K. (2013) A qualitative identification of categories of patient participation in decision-making by health care professionals and patients during surgical treatment. *Clinical Nursing Research.* May:22(2):206-27.DOI: 10.1177/1054773812464043.

Holmström, I. & Roing. (2010) The relation between patient-centeredness and patient empowerment: a discussion of concepts. *Patient Educ Couns.* Maj:79(2):167-72.

*Höglund, AT., Winblad, U., Arnetz, B., Arnetz, JE. (2010) Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scand J Caring Sci.* 24; 482–489.

- Jakobsson & Lutzén. (red.) (2009) Ehrenberg, A., Wallin, L. & Edberg, A. Omvårdnans grunder. *Ansvar och utveckling*. (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Johnsson, L. (2008) *Patientens rättigheter: handbok för ombud och vårdpersonal*. Stockholm: Thomson.
- Kerr, MP. (2002) A qualitative study of shift handover practice and function from a socio-technical perspective. *J Adv Nurs*. Jan;37(2):125-34.
- *Kerr, D., McKay, K., Klim, S., Kelly, AM., McCann, T. (2014) Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside. *J Clin Nurs*. Jun;23(11-12):1685-93.
- Larsson, I-E., Sahlsten, M-J., Sjöström, B., Lindencrona, C-S-C., Plos, K-A. (2007) Patient participation in nursing care from a patient perspective: a grounded Theory study. *Scand J Caring Sci*. Sep;21(3):313-20.
- McAllister, M., Dunn, G., Payne, K., Davies, L., Todd, C. (2012) Patient empowerment: The need to consider it as a measurable patient-reported outcome for chronic conditions. *BMC Health Serv Res*. Jun; 13;12:157.
- *McMurray, A., Chaboyer, W., Wallis, M., Johnson, J., Gehrke, T. (2011) Patients' perspectives of bedside nursing handover. *Collegian*.18(1):19-26.
- Plummer, M., & Molzahn, A-E. (2009) Quality of life in contemporary nursing theory: a concept analysis. *Nursing Science Quarterly*. Apr; 22(2):134-40.
Doi:10.1177/0894318409332807.
- Polit, Denise F. & Beck, Cheryl Tatano (2012) *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 9.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Sahlsten, MJ., Larsson, IE., Sjöström, B., Plos, KA. (2008) An Analysis of the concept of patient participation. *Nurs Forum*. Jan-Mar;43(1):2-11. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x.
- Sahlsten, M-J., Larsson, I-E., Sjöström, B., Plos, K-A. (2009). Nurse strategies for optimizing patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci*. Sep;23(3):490-7. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x.
- Sexton, A., Chan, C., Elliott, M., Stuart, J., Jayasuriya, R., Crookes, P. (2004) Nursing handovers: do we really need them? *J Nurse Manag*. Jan;12(1):37-42.
- Sigstad, H-M. (2004) Brukermedvirkning-alibi eller realitet. *Tidsskr Nor Lægen foren*. 124: 63-4.
- Socialstyrelsen (2003) *Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande – läget efter lagändringarna 1 januari 1999*. Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad 25 september, 2014 från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10582/2003-103-5_20031035.pdf

Socialstyrelsen (2005) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Socialstyrelsen, Stockholm. Hämtad 25 september, 2014 från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9879/2005-105-1_20051052.pdf

Statens beredning för medicinsk utvärdering (1999) *Evidensbaserad omvårdnad vid behandling av personer med depressionssjukdomar*. Statensberedning för medicinsk utvärdering, Sockholm. Hämtad den 5 oktober, 2014 från <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Vit/Evidensbaserad-omvardnad-vid-behandling-av-personer-med-depressionssjukdomar/>

*Storm M, Davidson L. (2010) Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care. *Psychiatr Q*. Jun;81(2):111-25.

Svensk sjuksköterskeförening (SSF). (2007) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm. Hämtad den 5 oktober, 2014 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/ICN.Etisk.kod.webb.pdf>

Svensk Sjuksköterskeförening (SFF). (2010) *Värdegrund för omvårdnad*. Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm Hämtad den 5 oktober, 2014 från <http://www.swenurse.se/Global/Publikationer/Etik-publikationer/Vardegrund.for.omvardnad.web.pdf>

Thompson, A-G. (2007) The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med*. Mar;64(6):297-310.

*Thyssen, GD., Beck, A. (2014) How patients experience the surroundings in relation to patient participation: a qualitative study of inpatients with intestinal failure. *Patient Preference and Adherence*. Apr 28;8:585-92

*Uldry, E., Schäfer, M., Saadi, A., Rousson, V. (2013) Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery. *World J Surg*. 37:2162–2171.

Zyblock, DM. (2010) Nursing Presence in Contemporary Nursing Practice. *Nursing Forum*. Apr-Jun;45(2):120-4. Doi: 10.1111/j.1, 744-6198.2010.00173.x.

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| Författare, år, land | Titel | Ansats och Design | urvalsmetod, urval | Datainsamlingsmetod | Dataanalysmetod |
|---|--|--|--|---|--|
| Arnetz JE, Arnetz BB. (2009) USA | <i>Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care.</i> | Kvantitativ ansats. Design framkommer inte. | N= 652 patienter Ålder:39-70 år Kön:501 män, 148 kvinnor Median: framkommer inte Inklusionskriterier: framkommer inte Exklusionskriterier:framkommer inte | Enkäter med 53 ämnesfrågor och fyrgradig skala. Patienterna rekryterades via dataregistret SEPHIA. | Chi-square test. Kolmogorov-Smirnov test, ANCOVA |

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|
| <p>Bradley S, Mott S. (2014) Australien.</p> | <p><i>Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals.</i></p> | <p>Kvalitativ och kvantitativ ansats. Mixed-method design.</p> | <p>Urvalsgrupp: N=nio ineliggande patienter, Ålder: framkommer inte Kön: fem kvinnor och fyra män. Median: framkommer inte N=48 omvårdnadspersonal Ålder: framkommer inte Kön: 47 kvinnor, en man. Median: framkommer inte</p> <p>Urvalskriterier: Inklusionskriterier: ineliggande patienter på vårdavdelningen, vårdpersonal som var verksam på avdelningen som ville medverka till att patienterna fick närvara vid rapporteringen Alla deltagare var över 18 år.</p> <p>Exklusionskriterier: framkommer inte</p> | <p>Enkäter, intervjuer, observationer och journalanteckningar.</p> | <p>Kvantitativ data analyserades med Mixed-model Kvalitativa data analyserades med Spradley´s Taxonomic analyseprocess (1979)</p> |
|--|--|---|--|--|---|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|
| <p>Ernst J, Berger S, Weißflo g G, Schröde r C, Körner A, Nieder wieser D, Brähler E, Singer S. (2013)</p> <p>Tyskland.</p> | <p><i>Patient participation in the medical decision-making process in haemato-oncology--a qualitative study.</i></p> | <p>Kvalitativ semistrukturerad ansats</p> <p>Design: Explorativ design.</p> | <p>Urvalsgrupp: N=elva patienter Ålder: 39-70 år Kön: sju män och fyra kvinnor Median: framkommer inte</p> <p>Urvalskriterier:</p> <p>Inklusionskriterier: Framkommer inte</p> <p>Exklusionskriterier: Patienter som bodde över 100 km bort.</p> | <p>Inspelade semistrukturerade intervjuer som transkriberades utan redigering 23-72 min.</p> | <p>kvalitativ latent innehållsanalys by Mayring (2000).</p> |
|---|---|---|--|--|---|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| <p>Flink M, Öhlén G, Hansagi H, Barach P, Olsson M. (2012)</p> <p>Sverige.</p> | <p><i>Be- liefs and experiences can influence patient participati on in handover between primary and secondary care-- a qualitative study of patient perspectives.</i></p> | <p>Kvalitativ ansats</p> <p>Design framkommer inte.</p> | <p>Urvalsgrupp: N=23patienter Ålder:41-84 år Kön: 12 män, elva kvinnor Median: framkommer inte</p> <p>Urvalskriterier: Inklusionskriterier: Kroniskt sjuka patienter som blev hospitaliserade p.g.a av ett försämringstill- stånd. Hospitaliserade pati- enter,över 18 år</p> <p>Exklusionskriterier: Patienter med psykiatriska hälsotillstånd, samt bris- tande kunskaper i svenska,</p> | <p>Semi- strukturerade intervjuer.</p> | <p>Kvalitativ konvent- ionell in- nehållsa- nalyt.</p> |
|--|---|---|--|--|--|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| <p>Heggland LH, Hausken K.(2013) Norge.</p> | <p><i>A qualitative identification of categories of patient participation in decision-making by health care professionals and patients during surgical treatment.</i></p> | <p>Kvalitativ ansats. Design framkommer inte.</p> | <p>N= sju patienter Ålder:49-65 år Kön: fyra kvinnor och tre män Median: framkommer inte Urvalsgrupp: N= fyra läkare, sju sjuksköterskor Ålder:26-62 år Kön: åtta kvinnor och tre män Median: framkommer inte Urvalskriterier: Inklusionskriterier: under 25 år, norska som modersmål Exklusionskriterier: framkommer inte</p> | <p>Semi-strukturerade Intervjuerna spelades in och transkriberades. Intervjuer mellan 45-90 min</p> | <p>Kontent innehålls- analys enligt Granheim och Lundman. (2004).</p> |
|---|---|--|---|---|---|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| <p>Höglund AT, Winblad U, Arnetz B, Arnetz JE. (2010) Sverige.</p> | <p><i>Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel.</i></p> | <p>Kvalitativ ansats. Deskriptiv beskrivande design.</p> | <p>Urvalsgrupp: N= åtta patienter Ålder: fem män och tre kvinnor Kön:40-74 år Median: framkommer inte N= 17 vårdpersonal Ålder:25-60 år Kön: 12 kvinnor och fem män. Median: framkommer inte Urvalskriterier: Inklusionskriterier: framkommer inte Exklusionskriterier: framkommer inte</p> | <p>Fem fokusgrupper, två grupper med patienter och tre grupper med vårdpersonal.</p> | <p>Intervjuerna spelades in och transkriberades och analyserades genom tematisk stepwise analys metod enligt Malteruds principer.</p> |
|--|--|---|---|--|---|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|--|---|---|--|--|---------------------------------|
| <p>Kerr D, McKay K, Klim S, Kelly AM, McCa nn T.(2014) Australien.</p> | <p><i>Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside.</i></p> | <p>Kvalitativ ansats Design: deskriptiv design</p> | <p>Urvalsgrupp: N= 30 akutpatienter, Kön: 18 kvinnor och 12 män. Ålder: framkommer inte Median: framkommer inte</p> <p>Urvalskriterier: Inklusionskriterier: patienterna behövde behärska engelska språket, kliniskt stabila, över 18 år. Exklusionskriterier: akuta psykiatriska besvär, förvirring eller medicinskt ostabila</p> | <p>Individuella semistrukturerade intervjuer, ca 20 min långa.</p> | <p>Tematisk innehållsanalys</p> |
|--|---|---|--|--|---------------------------------|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|------------------------------------|
| <p>McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T.(2011) Australien.</p> | <p><i>Patients' perspectives of bedside nursing handover.</i></p> | <p>Kvalitativ ansats. Design: Deskriptiv fallstudie</p> | <p>Urvalsgrupp: N=tio inneliggande patienter på sjukhus. Kön: sex kvinnor och fyra män Ålder:52-74 år Median: 68 år Urvalskriterier: Inklusionskriterier: engelsktalande, inneliggande på sjukhus I minst ett dygn, förmögna att delta i intervju 30-60 min. Exklusionskriterier: allvarligt sjuka eller smittförande</p> | <p>Semistrukturerade individuella intervjuer.</p> | <p>Kvalitativ innehållsanalys.</p> |
|---|---|--|--|---|------------------------------------|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|------------------------------------|
| <p>Storm M, Davids on L. (2010) Norge.</p> | <p><i>Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care.</i></p> | <p>Kvalitativ ansats. Design: framkommer inte</p> | <p>Urvalsgrupp: N= 20 ineliggande patienter Kön:13 kvinnor, sju män Ålder:18-70 år Median. N= antal medverkande vårdpersonal framkommer inte Kön: framkomer inte Ålder: framkomer inte Median: framkomer inte Urvalskriterier: Inklusionskriterier: framkommer inte Exklusionskriterier: framkommer inte</p> | <p>Semistrukturerade intervjuer med patienter. Dialoger, anteckningar från möten och seminarium med vårdpersonal.</p> | <p>Kvalitativ innehållsanalys.</p> |
|--|---|--|--|---|------------------------------------|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|---|
| <p>Thyssen GD, Beck A. (2014) United Kingdom.</p> | <p><i>How patients experience the surroundings in relation to patient participation: a qualitative study of inpatients with intestinal failure.</i></p> | <p>Kvalitativ ansats. Design: Fenomenologisk hermeneutisk design.</p> | <p>Urvalsgrupp: N=åtta patienter Kön:fem kvinnor, tre män Ålder:18-59 år Median: framkommer inte. Urvalskriterier: Exklusionskriterier: framkommer inte Inklusionskriterier: adekvat utan nedsatt kognition, inneliggande minst två veckor.</p> | <p>Semis- strukturerade intervjuer.</p> | <p>Dataanalys enligt Mal- terud´s principer</p> |
|---|---|--|--|---|---|

Bilaga 1. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, ansats, design, urval, undersökningsgrupp, datainsamlingsmetod och dataanalysmetod.

| | | | | | |
|---|--|--|---|---|---|
| <p>Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousso n V, Demarti nes N.(2013) Schweitz .</p> | <p><i>Pa- tients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery.</i></p> | <p>Kvantitativ ansats. Design: Cross-sectionell design.</p> | <p>Urvalsgrupp: N= 253 patienter Kön:133 män, 120 kvinnor Ålder: framkommer inte Median: män 60,4 år, kvin- nor 55,9 år. Urvalskriterier: Inklusionskriterier: patienter som är inbokade för operat- ion mellan år november 2008 till juni 2010 Exklusionskriterier:under 18 år, akuta vårdprocesser, försämrade språkkunskaper i franska språket, oför- mögen att ge informerats samtycke.</p> | <p>Enkäter med 13 binära två- valsfrågor: ja eller nej.</p> | <p>x2-test, ANOVA, odds ratio</p> |
|---|--|--|---|---|---|

Bilaga 2. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, syfte och huvudresultat

| Författare, årtal, land och titel | Syfte | Huvudresultat |
|---|--|--|
| <p>Arnetz JE, Arnetz BB. (2009) USA <i>Gender differences in patient perceptions of involvement in myocardial infarction care.</i></p> | <p>Att utreda ineliggande hjärtinfarktspatienters perspektiv om delaktighet under sjukhusvistelsen, och utreda eventuella könsskillnader</p> | <p>En av tre patienter som vårdades på en hjärtavdelning hade önskat att få vara mera delaktiga under sin sjukhusvistelse.</p> |
| <p>Bradley S, Mott S. (2014) Australien. <i>Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals.</i></p> | <p>Att studera processen och utfallet av rapportering mellan sjuksköterskor vid skiftbyten med närvarande patienter.</p> | <p>Patienter föredrog att få närvara vid rapportering mellan sjuksköterskor framför traditionell rapportering som skedde enbart mellan sjuksköterskor utan patienten närvarande.</p> |
| <p>Ernst J, Berger S, Weißflog G, Schröder C, Körner A, Niederwieser D, Brähler E, Singer S. (2013) Tyskland. <i>Patient participation in the medical decision-making process in haemato-oncology--a qualitative study.</i></p> | <p>Att identifiera orsaken till det låga intresset av delat beslutsfattande hos patienter med hematologiska sjukdomar.</p> | <p>Begränsat patientdelaktighet p.g.a patienternas allvarliga sjukdomstillstånd.</p> |
| <p>Flink M, Öhlén G, Hansagi H, Barach P, Olsson M. (2012) Sverige. <i>Beliefs and experiences can influence patient participation in handover between primary and secondary care--a qualitative study of patient perspectives.</i></p> | <p>Att öka kunskapen och förståelsen för patienters perspektiv om deras medverkan vid överlämning.</p> | <p>Positiva möten med vårdgivare, patientens egenmakt, och förtroende för organisationen och vårdpersonalen var bidragande faktorer för delaktighet.</p> |

Bilaga 2. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, syfte och huvudresultat

| | | |
|--|--|--|
| <p>Heggland LH, Hausken K.(2013) Norge. <i>A qualitative identification of categories of patient participation in decision-making by health care professionals and patients during surgical treatment.</i></p> | <p>Att identifiera vårdpersonal och patienters erfarenheter av patientdeltagande vid beslutsfattande processer i sjukhusmiljö.</p> | <p>Fyra kategorier av patientdeltagande framkom, 1.Informationsspridning, 2. Valmöjligheter, 3. Integrerande information, 4. Kontroll.</p> |
| <p>Höglund AT, Winblad U, Arnetz B, Arnetz JE. (2010) Sverige. <i>Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel.</i></p> | <p>Att utforska och beskriva patienters och vårdpersonals uppfattning kring patienters delaktighet vid beslutsfattande under sjukhusvistelsen.</p> | <p>Författarna kom fram till fem olika teman 1. Meningen med patientdelaktighet, 2. Positiva aspekter, 3. Svåra situationer, 4. Hinder, och 5. Främjande faktorer</p> |
| <p>Kerr D, McKay K, Klim S, Kelly AM, McCann T.(2014) Australien. <i>Attitudes of emergency department patients about handover at the bedside.</i></p> | <p>Att beskriva patienters perspektiv av deltagande vid rapportering med sjuksköterskor på en akutavdelning.</p> | <p>Två huvudteman 1. Patienters erfarenheter om att närvara vid rapportering vilket möjliggör individanpassad vård. 2. Att få behålla integritet samt att information hanteras konfidentiellt, i samband med rapportering.</p> |
| <p>McMurray A, Chaboyer W, Wallis M, Johnson J, Gehrke T.(2010) Australien. <i>Patients' perspectives of bedside nursing handover.</i></p> | <p>Att utreda patienters perspektiv gällande delaktighet i samband med överrapportering vid skiftbyten.</p> | <p>Fyra huvudtema, 1.att erkänna patienten som en i vårdteamet, 2. Korrigera felaktigheter, 3. Passivt deltagande, 4. Överlämning som interaktion.</p> |

Bilaga 2. Sammanställning av samtliga artiklars författare, årtal, land, titel, syfte och huvudresultat

| | | |
|---|---|--|
| <p>Storm M, Davidson L. (2010) Norge. <i>Inpatients' and providers' experiences with user involvement in inpatient care.</i></p> | <p>Att utforska inneliggandes patienters perspektiv av vad det innebär att få vara delaktig i sin omvårdnad. Att utreda vårdpersonalens erfarenheter av hur patienten kan göras delaktig.</p> | <p>Två centrala begrepp 1. Erbjud patienten möjlighet att delta i beslutsfattande gällande sin livsstil och situation. 2. bekräfta individs rätt att bli sedd, hörd och förstådd.</p> |
| <p>Thyssen GD, Beck A. (2014) United Kingdom. <i>How patients experience the surroundings in relation to patient participation: a qualitative study of inpatients with intestinal failure.</i></p> | <p>Att utreda hur inneliggande patienter på en kirurgavdelning för intestinala besvär upplevde den omgivande sjukhusmiljön i relation till patientdelaktighet.</p> | <p>Två huvudteman 1. Omgivningens betydelse för delaktighet: dagliga aktiviteter och att få söka information.. 2. Känslomässiga upplevelser: självständighet, förtroende, dagliga rutiner, kontroll och ansvarstagande, tillfredställd</p> |
| <p>Uldry E, Schäfer M, Saadi A, Rousson V, Demartines N.(2013) Schweitz . <i>Patients' preferences on information and involvement in decision making for gastrointestinal surgery.</i></p> | <p>Att bedöma patienters önskemål kring olika aspekter av beslutsfattande under sin behandling, ev. komplikationer samt preoperativ information.</p> | <p>Majoriteten av patienterna ville ha en aktiv roll vid beslutsfattande av medicinska beslut.</p> |