

# Mer som en partner

En litteraturstudie om patientdelaktighet

<b>FÖRFATTARE</b>	Monika Jarman
<b>PROGRAM/KURS</b>	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad – Eget arbete  HT 2008
<b>OMFATTNING</b>	15 högskolepoäng
<b>HANDLEDARE</b>	Gudrun Valmari
<b>EXAMINATOR</b>	Åsa Axelsson

---

---



Titel (svensk):	Mer som en partner. En litteraturstudie om patientdelaktighet
Titel (engelsk):	More like a partner. A literature study on patient participation
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Sjuksköterskeprogrammet, 180 poäng/ Omvårdnad - Eget arbete/OM2240
Arbetets omfattning:	15 högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Monika Jarman
Handledare:	Gudrun Valmari
Examinator:	Åsa Axelsson

---

## SAMMANFATTNING

Patienter har idag större krav på att vara delaktiga i sin vård, vilket också lagstiftningen ger stöd för. Trots detta kan patienter uppleva att de har dåliga kunskaper om sin situation och kan upplevas som passiva. Sjuksköterskan har goda möjligheter att främja patientens delaktighet men lyckas inte alltid med detta. Syftet med denna litteraturstudie var därför att få fördjupad kunskap om hur sjuksköterskan kan främja patientens delaktighet i omvårdnaden och vad som kan hindra sjuksköterskan. Hildegard Peplaus omvårdnadsteori om den interpersonella relationen utgör arbetets teoretiska referensram och begreppen kommunikation, makt och empowerment beskrivs. Tretton vetenskapliga artiklar ligger till grund för resultatet. Dessa analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys. Resultatet visar bl.a. att en förtroendefull relation och god kunskap främjar patientdelaktighet. Hinder för att främja patientdelaktighet kan vara att se patienten som objekt eller att sjuksköterskan inte släpper kontrollen. Ett arbete som präglas av rutiner och rationalitet utgör också hinder. Den egna metoden samt de ingående artiklarnas metoder diskuteras. I resultatdiskussionen lyfts relationens betydelse och betydelsen av att lära av varandra fram som viktiga faktorer för att främja patientdelaktighet. Hur resultatet kan användas i klinisk verksamhet och förslag på fortsatt forskning diskuteras också.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INTRODUKTION.....</b>	<b>1</b>
INLEDNING.....	1
DELAKTIGHET.....	1
Patientroll i förändring.....	1
Definitioner.....	1
Lagstiftningen.....	2
Perspektiv på patientdelaktighet.....	2
<i>Patientens perspektiv.....</i>	2
<i>Sjuksköterskans perspektiv.....</i>	3
BEGREPP AV BETYDELSE FÖR DELAKTIGHET.....	3
Kommunikation.....	4
Makt.....	4
Empowerment.....	5
OMVÅRDNADSTEORETISK REFERENSRAM.....	5
Den interpersonella relationen.....	5
PROBLEMFÖRMULERING.....	7
<b>SYFTE.....</b>	<b>7</b>
<b>METOD.....</b>	<b>7</b>
ARTIKELSÖKNING.....	7
ARTIKELANALYS.....	8
<b>RESULTAT.....</b>	<b>8</b>
HUR SJUKSKÖTERSKAN KAN FRÄMJA PATIENTENS DELAKTIGHET I OMVÅRDNADEN.....	9
Skapa förutsättningar för en utvecklande relation.....	9
<i>Skapa förtroende.....</i>	9
<i>Vara tillgänglig och intresserad.....</i>	9
Lära av varandra.....	9
<i>Lära känna patienten.....</i>	9
<i>Informera patienten.....</i>	10
VAD SOM KAN HINDRA SJUKSKÖTERSKAN FRÅN ATT FRÄMJA PATIENTENS DELAKTIGHET I OMVÅRDNADEN.....	11
Hinder i sjuksköterskans relation till patienten.....	11
<i>När patienten ses som ett objekt.....</i>	11
<i>När sjuksköterskan inte släpper kontrollen.....</i>	11
Hinder i sjuksköterskans arbetsfunktion.....	12
<i>Rutiner framför allt.....</i>	12
<i>Ett rationellt arbets sätt.....</i>	12
<b>DISKUSSION.....</b>	<b>12</b>
METODDISKUSSION.....	12
Artikelurval.....	12
Analysförfarande.....	14
De ingående studiernas metoder.....	14
<i>Metodval.....</i>	14
<i>Tillförlitlighet.....</i>	15
<i>Överförbarhet.....</i>	15

RESULTATDISKUSSION.....	15
Relationens betydelse.....	15
Betydelsen av att lära av varandra.....	17
Resultatets betydelse för klinisk verksamhet.....	18
Förslag till fortsatt forskning.....	18

<b>REFERENSER.....</b>	<b>20</b>
------------------------	-----------

## **BILAGOR**

I. DATABASSÖKNING

II. ARTIKELPRESENTATION

# INTRODUKTION

## INLEDNING

Att vara delaktig i beslut som rör oss personligen ser de flesta av oss som en självklarhet och vi skulle antagligen känna oss kränkta om någon bestämde över våra huvuden. I rollen som patient kan det däremot vara svårt att känna sig delaktig i det som rör en själv och ens vård. En patient som har otillräcklig kunskap om sin sjukdom och om vårdmiljön hamnar lätt i ett fysiskt och psykologiskt underläge. Även om patienter idag ställer större krav på delaktighet än tidigare generationer (1) så har jag märkt i mitt arbete som undersköterska och senare som sjuksköterskestudent, att patienter ofta intar en passiv och uppgiven roll. De ifrågasätter sällan den behandling och omvårdnad som de får och vet ofta inte vad som planeras för dem. ”Jag vill inte vara till besvär” är fortfarande en vanlig kommentar. Jag anser att jag som blivande sjuksköterska har en viktig uppgift i att samverka med patienten och göra denne mer delaktig i omvårdnaden. Jag har därför valt att göra en litteraturstudie om patientdelaktighet.

## DELAKTIGHET

### Patientroll i förändring

Historiskt sett så har synen på patienten varit den som passiv mottagare av vård och beslut rörande patienten och dennes vård har varit förbehållet läkaren. Patienter har ofta hållits okunniga om sin sjukdomssituation och har setts som sjuka kroppar och inte som människor (2). Med tiden har denna bild förändrats och patienter är nu mer medvetna om sina rättigheter, mer kunniga än tidigare och i större grad engagerade i sin egen vård (2,3). Att vården idag är mer fokuserad på patienten och dennes delaktighet har sitt ursprung i filosofin om människans fria vilja och självbestämmande och är en naturlig följd av ett samhälle där medborgarna idag förväntas göra egna val, vara upplysta och engagerade (2).

### Definitioner

Adjektivet *delaktig* betyder: ”som medverkar i eller har vetskap om något” (4). Det kan också beskrivas ”som har tillgång (till ngt)”, ofta med tonvikt på ”känslan av att vara nyttig, ha medinflytande o.d.”. Substantivet *delaktighet* beskrivs som ”aktiv medverkan” med den speciella juridiska betydelsen ”medansvar” (5).

Synonymer till *delaktig* är: inblandad, invecklad, medansvarig, medverkande, medbrottsling, medskyldig, engagerad, insyltad, involverad, invigd. Synonymer till *delaktighet* är kompanjonskap, andel, medverkan, medansvar, komplicitet (6).

Den engelska översättningen av ordet *delaktighet*, i betydelsen att vara delaktig i beslut o.d., är *participation* (7). I sin begreppsanalys av begreppet *patient participation* beskriver Cahill (8) följande definierande attribut till begreppet: en relation måste finnas, det måste uppstå ett minskat informations/kunskaps/kompetensglapp mellan sjuksköterskan och patienten, sjuksköterskan måste ge upp en del av sin makt eller kontroll, det måste finnas engagemang i vissa intellektuella eller fysiska aktiviteter under några av vårdprocessens delar och slutligen ska det vara till nytta för dessa aktiviteter. Förutsättningar (antecedenter) för patientdelaktighet är bl.a.

en vilja, både hos sjuksköterskan och hos patienten, att makten omfördelas, att det finns respekt för individualitet och att patienten får tillgång till och förstår information. Konsekvenser av patientdelaktighet är bl.a. förbättrad kommunikation och ökad tillfredsställelse hos patient och sjuksköterska, patienten kan ge feedback på det som sker och får lättare att anpassa sig till sin situation. Ökad känsla av empowerment och minskad känsla avapati och beroende uppstår också.

## Lagstiftningen

Frågan om patienters rätt till information, delaktighet och medinflytande har under de senaste decennierna lyfts fram inom svensk hälso- och sjukvård (9). Hälso- och sjukvårdspersonalen kan inte ge god vård utan att samtidigt ta hänsyn till varje patients unika förutsättningar och behov och måste visa respekt för rätten till självbestämmande (10,11). Samtidigt har personal inom vården skyldighet att ge omsorgsfull och sakkunnig vård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet (12). Enbart patientens önskemål kan alltså inte styra. Patienter har ingen laglig rätt att kräva viss vård eller behandling (11) men ska ges möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ då dessa står i överenskommelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (12). Vården ska så långt som möjligt utformas i samråd med patienten (10,12). I princip fodras alltid samtycke från patienten inför olika åtgärder och patienten kan inte tvingas till någonting, förutsatt att patienten inte vårdas under tvång enligt gällande lagstiftning. Patienten har med andra ord en obegränsad rätt att avstå eller avbryta all vård och behandling (1). Att ge individuellt anpassad information om patientens hälsotillstånd och om olika behandlingsmöjligheter är också vårdpersonalens skyldighet (10,12).

För att kunna vara delaktig i beslut som rör den egna vården, och ge sitt samtycke, måste patienten dels förstå den information som ges, dels kunna förstå konsekvenserna av ett beslut. Detta brukar benämnas beslutskompetens. Orsaker till att patienter inte anses vara beslutskompetenta kan vara psykisk störning eller demenssjukdom eller att patienten helt enkelt inte är kontaktbar. En patient kan dock vara beslutskompetent inom vissa områden av vården men inte inom andra. En patient som inte är beslutskompetent kan ha en god man eller förvaltare som företräder patientens intressen. Däremot har inte anhöriga till vuxna patienter någon bestämmanderätt, även om hänsyn bör tas till deras önsknings. För de patienter som inte kan ge sitt samtycke och som inte har någon företrädare, finns det egentligen inga bestämmelser utan vårdpersonalen får väga patientens rätt till självbestämmande mot rätten till sakkunnig vård. I nödsituationer kan den allmänna nödregeln i brottsbalken åberopas. När det gäller barn och ungdomar under 18 års ålder så kan de vara beslutskompetenta i vissa vårdfrågor beroende på ålder och mognadsgrad (1).

## Perspektiv på patientdelaktighet

### *Patientens perspektiv*

Patienter kan ha olika önskemål om hur delaktiga de vill vara i sin vård. Olika faktorer verkar ha betydelse såsom ålder, social bakgrund, graden av kunskap, om sjukdomen/skadan är akut och hur välbekant sjukhusmiljön är. Yngre, mer informerade patienter och patienter som är bekanta med sin sjukdom vill i regel vara mer delaktiga (2,13). En viktig aspekt att ta hänsyn till är kunskapens betydelse då brist på kunskap naturligt leder till att patienten blir mer passiv (2). Att vara delaktig innebär även att vara delaktig i beslut rörande delaktigheten. Sjukvården har en

skyldighet att utforma vården i samråd med patienten (10,12) men det finns en risk att patienter måste ta allt för stort ansvar. För att kunna fatta riktiga beslut angående vård och behandling så måste patienten vara välinformerad och få hjälp att värdera olika alternativ. Annars riskerar patienten att hamna i en otrygg och konfliktfylld situation med bristande kompetens och ett stort behandlingsansvar (9).

Patienter kan beskriva olika faktorer som viktiga för delaktigheten. Delaktighet kan vara att få information, valmöjligheter och ärliga svar. De kan beskriva det som kränkande när de inte blir tagna på allvar och när deras egen kunskap inte tas tillvara (14). Samtalet har också betydelse, dels som ett medel för att få information men också att samtalet, och då främst att bli lyssnad på, visar att personalen bryr sig om patienten som människa och möjliggör för patientens synpunkter att komma fram. Kontinuitet i vården beskrivs också som en viktig faktor för delaktighet då det gör att personalen lär känna patienten bättre. Patienter kan uppleva det som positivt att ökad delaktighet leder till ökad kontroll men kan också uppleva en sorts påtvingad delaktighet om de blir tvungna att bevaka att saker blir gjorda för att personalen glömmet eller inte hinner med sina arbetsuppgifter (3).

#### *Sjuksköterskans perspektiv*

Sjuksköterskan har ett professionellt ansvar att medverka till att patienten känner sig delaktig. I Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (15) framgår att en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt ska genomsyra samtliga kompetensområden vilket bl.a. innebär att visa omsorg om och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet och att tillvarata patientens och/eller närståendes kunskaper och erfarenheter. Det ligger även inom sjuksköterskans kompetensområde att i dialog med patient och/eller närstående ge stöd och vägledning för att möjliggöra optimal delaktighet i vård och behandling.

En litteraturöversikt genomförd av Cahill (2) visar att sjuksköterskor i hög utsträckning ser patienten som en passiv mottagare av vård och att sjuksköterskor kan känna sig hotade av att patienter får en allt starkare roll. Samtidigt som sjuksköterskor kan uppleva patientdelaktighet som viktigt så kan de känna sig tveksamma till vissa patienters förmåga till egenvård. Att sjuksköterskor och patienter inte alltid är överens om hur delaktiga patienterna vill vara har visat sig i en svensk studie som jämförde sjuksköterskors och patienters perspektiv på delaktighet. Sjuksköterskorna i studien trodde att patienterna ville vara mer delaktiga än vad patienterna själva uppgav. Trots detta upplevde 41 % av patienterna att de inte fick vara delaktiga i den utsträckning som de önskade, vilket talar för att sjuksköterskors syn på patientdelaktighet inte alltid visar sig i praktiken (16). Enligt Cahill (2) har det inte gått att bekräfta vilka konsekvenser ökad patientdelaktighet ger för hälso- och sjukvårdspersonalen. Resultat från olika studier får därför ses som hypotetiska, men det kan ha flera positiva effekter såsom att det tydliggör målet med vården, ger feedback som fungerar som utvärdering av given vård och även ger färre klagomål. Det kan också öka arbetstillfredsställelsen och minska risken för utbrändhet.

#### BEGREPP AV BETYDELSE FÖR DELAKTIGHET

Under arbetet med introduktionen till denna litteraturstudie har jag funnit några begrepp som upplevs som centrala och som därför behöver beskrivas närmare. Dessa begrepp är: kommunikation, makt och empowerment.



## Kommunikation

Så länge vi människor har funnits har vi kommunicerat med varandra. Enligt Watzlawick m.fl. (17) så är det omöjligt att inte kommunicera. Även om vi inget säger så är det också en form av kommunikation som säger något. Kommunikationen har dels ett innehåll, dels en relationsaspekt, så att det senare klassificerar det förra. Med andra ord så är det i relationen som vi förstår innebörden av det som kommuniceras. Watzlawick m.fl. menar att om vi endast observerar något utan att förstå sammanhanget så kommer vi antingen att uppfatta det som sker som mystiskt eller så kommer vi att dra förhastade slutsatser. Interaktionen mellan människor kan vara symmetrisk, och bygger då på likhet, eller vara komplementär, och bygger då på skillnad. I den symmetriska relationen sker inget utbyte som förändrar den andres beteende. I den komplementära relationen sker ett utbyte mellan parterna som leder till att de påverkar varandra och varandras beteende (17). Relationen mellan sjuksköterska och patient är i grunden asymmetrisk pga. parternas roller som vårdgivare respektive vårdtagare. I denna asymmetri ligger möjligheten till en komplementär relation om sjuksköterskan har en dialog med patienten där hon/han tar tillvara patientens specifika kunskap och kompetens och samtidigt delar med sig av sin (18).

## Makt

Bauman och May (19) beskriver makt som *"möjligheten att fritt välja handlingsmål och sedan ha tillgång till de nödvändiga medlen..."* (19, s.89). Enligt Cahill (8) så är det ett kännetecken och en förutsättning för delaktighet att makten mellan sjuksköterskan och patienten omfördelas.

Att ett maktförhållande föreligger inom vårdandet är ofrånkomligt eftersom makt kräver att den ene är beroende av den andre, s.k. interpersonell makt. Makt kan finnas i olika former och överlappar också varandra. Ju fler former av makt som en person har över en annan, ju större blir denna makt. Här följer en beskrivning av olika former av makt som har betydelse i en vårdrelation:

- Faktamakt. Sjukvårdspersonalen har kunskaper om patientens tillstånd och behandlingsmöjligheter som patienten inte har.
- Färdighetsmakt, vilket kan handla om förmågan att kommunicera eller att utföra olika åtgärder.
- Formell makt. Patienten har inte laglig rätt att kräva viss behandling.
- Fysisk makt. Denna makt kan gälla både patientens underlägsenhet rent kroppsligt men också den fysiska miljön runt patienten som personalen är mer bekant med och lättare kan påverka (20).

Med makt följer ansvar. En sjuksköterska kan välja att använda sin makt på ett för patienten negativt eller positivt sätt. Sjuksköterskan kan dela med sig av sin makt till patienten och ge denne större makt och därmed ökad handlingsfrihet. Om sjuksköterskan däremot inte delar med sig av sin makt kan relationen bli diktatorisk. Även sjuksköterskan kan uppleva maktlöshet i situationer då patienten har behov som sjuksköterskan inte klarar av att tillgodose (20).

## Empowerment

Empowerment är ett förhållandevis nytt begrepp, som på svenska främst kan jämföras med bemyndigande (21). Det är också ett komplext begrepp som inte är helt lätt att beskriva. Följande är en definition av begreppet: *“In a helping partnership it is a process of enabling people to choose to take control over and make decisions about their lives. It is also a process which values all those involved”* (22, s. 309).

Valmöjlighet är centralt inom empowerment, då begreppet härstammar från begreppet makt som innebär att ha valmöjligheter. Empowerment är en process som möjliggör handlande utifrån att resurser delas mellan de som är inblandade och med respekt för varandras värde. Att dela resurser betyder att makt förflyttas vilket leder till en ökad känsla av värde och handlingsförmåga (22). Björvell (21) beskriver empowerment som främst ett förhållningssätt hos vårdpersonalen i syfte att stärka patientens självkänsla och handlingskraft. Patientfokusering är centralt och innebär att man ser till patientens förmåga och rätt att aktivt delta i sin vård och behandling och att patientens egna upplevelser lyfts fram. I stället för en process kan empowerment även ses som ett resultat. Empowerment kan uppnås om patienten får tillräckligt med kunskap, ges möjlighet att reflektera och blir bekräftad som person.

## OMVÅRDNADSTEORETISK REFERENSRAM

### Den interpersonella relationen

Eftersom delaktighet förutsätter någon form av relation (8) så har jag valt att använda Hildegard Peplaus omvårdnadsteori om interpersonella relationer som teoretisk referensram för detta arbete.

Enligt Peplau (23) ska omvårdnad först och främst ses som en process, innehållande olika steg och handlingar, som förekommer mellan den som vårdar och den som blir vårdad. Det är en interpersonell process och ofta en terapeutisk sådan. Peplau menar att omvårdnad är ett instrument för lärande och mognad som både sjuksköterskan och patienten kan växa utifrån och som leder till att de tillsammans kan lösa problem (se fig. 1).

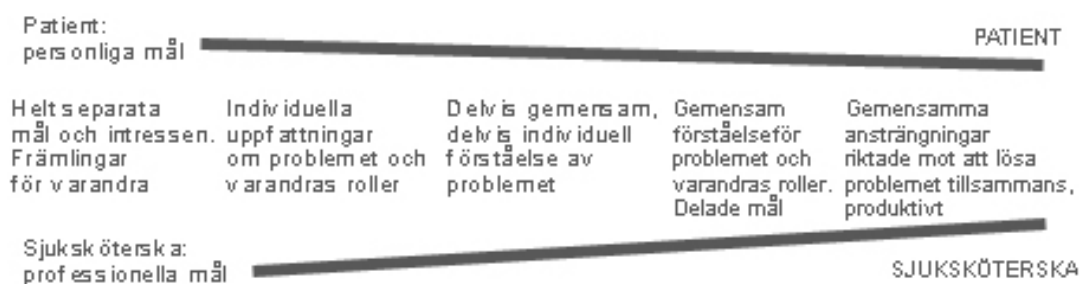


Fig. 1 (23, s.10) Förändringar som sker i sjuksköterske-patient relationen. Egen översättning.

Peplau beskriver fyra faser i sjuksköterske-patient relationen. Dessa faser överlappar och går in i varandra. Varje fas beskriver de uppgifter och den roll som krävs av sjuksköterskan, och hur patientens och sjuksköterskans funktioner går in i varandra då de lär sig att samarbeta för att lösa problem. De fyra faserna är: orientering, identifikation, exploatering och resolution (23).

I orienteringsfasen ska sjuksköterskan och patienten börja förstå varandra och vilka problem som finns. Patienten söker vård i upplevelsen av att något inte fungerar som det ska och behöver därför hjälp. Patienten och sjuksköterskan kan i denna fas ta första steget mot en dynamisk lärandesituation. I denna, och de övriga tre faserna, har sjuksköterskan fyra sammanlänkade funktioner:

- En resursperson som tillhandahåller information.
- En rådgivande funktion där sjuksköterskan lyssnar på patientens berättelse.
- Ett surrogat för en mor, far eller syskon där sjuksköterskan hjälper patienten genom att tillåta honom eller henne att återuppleva gamla känslor från tidigare relationer.
- En teknisk expert som kan hantera medicinsk-teknisk apparatur i patientens intresse.

Patienten känner oftast inte till dessa funktioner eller ens sitt behov av dem, men patienten behöver bli medveten om och förstå vilka behov och problem hon/han har och delta aktivt för att denna fas ska bli utvecklande (23).

I nästa fas, identifikationsfasen, kommer patienten att selektivt ty sig till personer som kan ge honom eller henne den hjälp som behövs. Patienten visar sina verkliga känslor när det känns tryggt och då patienten vet att hon/han fortfarande kommer att få hjälp. I en sådan situation kan patientens sjukdom bli en erfarenhet som leder till ny styrka. Vissa patienter kan ha svårt för att identifiera sig med och ty sig till andra då de är rädda för att inte bli accepterade eller inte vågar ställa krav. Sjuksköterskan har här en utmaning i att genom olika omvårdnadshandlingar hjälpa patienten att få nya erfarenheter som underlättar för patienten att våga öppna sig. Både orienteringsfasen och identifikationsfasen kan ses som stadier i barndomen och psykologiskt så upplever patienten till viss del samma känslor som fanns i tidigare år. För patienten är det svårt att dels känna sig hjälplös och dels vilja vara självständig. Sjuksköterskan kan här hjälpa patienten att uthärda en tillfällig hjälplöshet samtidigt som patientens önskan att leva som tidigare stöds (23).

När patienten har identifierat sig med en sjuksköterska som kan förstå den interpersonella relationen, och när patienten känner sig bekväm och väl omhändertagen, går patienten in i exploateringsfasen. I denna fas drar patienten full nytta av den service som erbjuds och som är av värde för patientens egenintressen och behov. Samtidigt börjar patienten identifiera nya mål som att t.ex. gå hem. I denna fas kan patienten uppleva svårigheter att finna en balans mellan beroende och oberoende. Sjuksköterskan har en uppgift i att försöka förstå vad som orsakar denna ambivalens i stället för att lägga vikt vid patientens ibland inkonsekventa beteende (23).

I resolutionsfasen kan patienten successivt gå över till att bearbeta sina nya mål och lägga gamla problem åt sidan. Upplevelsen av sjukdomen blir en del av patienten och patienten kan känna sig upplyft av att hjälp faktiskt fanns till hands då behovet uppstod. Resolutionsfasen är en psykologisk fas som inte alltid går hand i hand med att patienten är medicinskt färdigbehandlad. Om patienten inte har fått möjlighet att komma igenom de olika faserna finns risk för att patienten åter söker vård för olika symtom. I resolutionsfasen upphör successivt behovet av identifiering och patienten klarar sig mer och mer på egen hand. Resolutionen är en frigörelseprocess som sjuksköterskan kan hjälpa patienten att genomgå genom att under hela vårdtiden vara i en lärande och utvecklande relation med patienten (23).

## PROBLEMFORMULERING

Sjuksköterskan tillhör en av de personalkategorier som finns nära patienten, och har därigenom stora möjligheter att skapa en relation med patienten och att göra patienten delaktig i sin vård. Enligt lag är hälso- och sjukvårdspersonalen också skyldig att så långt som möjligt utforma vården i samråd med patienten (12). Patienter kan trots detta uppleva att de inte får vara delaktiga i sin vård i tillräcklig utsträckning (16), vilket talar för att sjuksköterskan inte alltid lyckas främja patientdelaktighet. Det kändes därför angeläget att ta reda på vilka faktorer som har betydelse när det gäller sjuksköterskans möjligheter att främja patientdelaktighet.

## SYFTE

Syftet med den här litteraturstudien var att få fördjupad kunskap om hur sjuksköterskan kan främja patientens delaktighet i omvårdnaden samt vad som kan hindra sjuksköterskan från att främja patientens delaktighet i omvårdnaden.

## METOD

### ARTIKELSÖKNING

Sökning gjordes i databaserna Cinahl och PubMed. Sökningen genomfördes genom att använda olika kombinationer av sökorden: *patient participation*, *nurs\**, *relation\**, *interact\**, då dessa sökord förväntades generera användbara artiklar. Sökning genomfördes först i Cinahl och sedan i PubMed. Eftersom många av artiklarna som hittades i Cinahl sedan återfanns i PubMed, så genererade sökning i PubMed inte så många ytterligare artiklar att granska. En artikel hittades via *Related Articles* i PubMed. För en tabellsammanställning av databassökningen, se Bilaga I.

Totalt lästes 81 artiklars sammanfattning. Artiklar som rörde barn eller psykiskt sjuka patienter uteslöts pga. att förutsättningarna för delaktighet hos dessa patientgrupper kan se väldigt annorlunda ut och vara begränsade. Tjugo artiklar lästes i sin helhet och granskades med hjälp av institutionens mall för artikelgranskning. Dessa 20 artiklar valdes ut pga. att de, vid genomläsning av sammanfattningen, i hög grad verkade ha ett innehåll av betydelse för litteraturstudiens syfte. Det fanns fler artiklar som verkade intressanta men som inte kunde laddas ner från Internet eller hittas i tidskriftsbeståndet på Biomedicinska biblioteket, Göteborg. Dessa artiklar valdes bort eftersom författaren ansåg att det inte fanns vare sig tid eller ekonomiska resurser att beställa eller köpa artiklar. Vissa artiklar kunde heller inte läsas pga. att de var skrivna på ett annat språk än svenska eller engelska.

Av de 20 artiklar som lästes i sin helhet valdes sju artiklar bort. Fem av dessa valdes bort pga. att studierna visade sig ha ett annat fokus än det som eftersöktes, en artikel beskrev inte en empirisk studie och en studie hade väldigt få deltagare (fyra st). De artiklar som valdes att ingå hade ett syfte som var relevant för arbetet och verkade, utifrån mina begränsade kunskaper, vara av god vetenskaplig kvalitet.

Tretton artiklar kom slutligen att ingå i litteraturstudien. Tolv artiklar var kvalitativa och en var kvantitativ. Det var främst kvalitativa artiklar som berörde problemområdet för denna litteraturstudie. En kvantitativ artikel hade dock ett innehåll som kunde ge ytterligare kunskap och ingick därför. Artiklarna kom från följande länder: Sverige,

Finland, Australien, England och Irland. En artikel var från 1997, de övriga var från 2001 till 2008. Det var angeläget att artiklarna var förhållandevis nya för att i så hög grad som möjligt spegla aktuell forskning. Inga begränsningar angående årtal gjordes i den ursprungliga sökningen utan avsågs att göras utifrån en helhetsbild av materialet, vilket alltså inte blev nödvändigt. Då artiklarna valdes ut togs ingen hänsyn till vilket land artiklarna kom ifrån. Att alla artiklar som togs med kom från västländer kan förklaras med att det vid sökning fanns ytterst få artiklar från andra länder och inga av dessa ansågs relevanta för litteraturstudiens syfte. För en presentation av de artiklar som ingick i litteraturstudien, se Bilaga II.

## ARTIKELANALYS

Kvalitativ innehållsanalys användes för att analysera de artiklar som ingick i litteraturstudien. Vid kvalitativ innehållsanalys görs upprepade genomläsningar av materialet för att hitta ord, meningar eller stycken som, genom sitt manifesta eller latent innehåll, har betydelse för det man vill undersöka, s.k. meningsbärande enheter. Dessa enheter analyseras vidare för att småningom kunna delas upp utifrån sitt innehåll (24). Litteraturstudiens syfte var att ta reda på hur sjuksköterskan kan främja patientdelaktighet och vad som kan hindra sjuksköterskan från detta. De ingående artiklarnas resultat lästes igenom och meningsbärande enheter identifierades utifrån ett induktivt förhållningssätt till texten. De meningsbärande enheterna kondenserades för att tydliggöra budskapet (24) och grupperades utifrån om innehållet, både det manifesta och det latent, beskrev 1) hur sjuksköterskan kan främja patientdelaktighet eller 2) vad som kan hindra sjuksköterskan från att främja patientdelaktighet. För att få en överblick över materialet klipptes de meningsbärande enheterna ut i pappersremsor som sedan placerades ut på ett bord. Fortsatt analys av innehållet i de båda grupperna var för sig, resulterade i att ytterligare uppdelning kunde göras i teman och subteman.

## RESULTAT

Den kvalitativa innehållsanalysen gav som resultat följande teman och subteman:

Tab.1. Hur sjuksköterskan kan främja patientens delaktighet i omvårdnaden

Subtema	Tema
<i>Skapa förtroende</i>	Skapa förutsättningar för en utvecklande relation
<i>Vara tillgänglig och intresserad</i>	
<i>Lära känna patienten</i>	Lära av varandra
<i>Informera patienten</i>	

Tab.2. Vad som kan hindra sjuksköterskan från att främja patientens delaktighet i omvårdnaden

Subtema	Tema
<i>När patienten ses som ett objekt</i>	Hinder i sjuksköterskans relation till patienten
<i>När sjuksköterskan inte släpper kontrollen</i>	
<i>Rutiner framför allt</i>	Hinder i sjuksköterskans arbetsfunktion
<i>Ett rationellt arbetssätt</i>	

## HUR SJUKSKÖTERSKAN KAN FRÄMJA PATIENTENS DELAKTIGHET I OMVÅRDNADEN

### Skapa förutsättningar för en utvecklande relation

#### *Skapa förtroende*

Ömsesidigt förtroende och förståelse underlättar patientdelaktighet (25,26). Trygghet, respekt och uppriktighet leder till att sjuksköterskan får patientens förtroende och att patienten kan vara sig själv (27). När en förtroendefull relation skapas blir patienten mer avslappnad, lär känna sjuksköterskan bättre och sjuksköterskan kan komma nära patienten. Patienten kan se sjuksköterskan som en vän att lita på och kan ställa frågor utan att känna sig dum (26). Att ha en patientansvarig sjuksköterska har i ett par studier visat sig ha stor betydelse (25,28). Det är viktigt att ett möte uppstår, att man lutar på varandra och att det finns en känsla av respekt oavsett patientens tillstånd och beteende. Att knyta an till patienten, att se människan bakom patientrollen, är väsentligt för att skapa en förtroendefull relation (27,29). Sjuksköterskan måste fokusera på personen snarare än på sjukdomen (30) och behandla patienten som en jämlike (28).

Den känslomässiga kopplingen mellan sjuksköterskan och patienten har i flera studier visat sig vara viktig (25,27,29). Sjuksköterskan accepterar, visar förståelse och sympati för patientens tankar och känslor och utvecklas själv genom att komma i kontakt med sina tankar, känslor och reaktioner (27). Sjuksköterskan måste förstå patientens situation så att de kan vara i fas och anpassa sig till varandra. Det sker när sjuksköterskan lyssnar, ger feedback och är känslomässigt öppen (25). Det är dock viktigt att ha en professionell distans, att inte vara patientens kompis. För att kunna hjälpa på rätt sätt måste sjuksköterskan kunna ta ett steg tillbaka (27).

#### *Vara tillgänglig och intresserad*

I ett par studier beskriver patienter dagligt småprat som viktigt för delaktighet. Vid småprat kan sjuksköterskan och patienten lära känna varandra på en personlig nivå, patienten kan uttrycka saker mer fritt och kan känna sig bekväm med att ställa frågor. Denna konversation beskrivs som spontan och ostrukturerad och rör inte det arbete som sjuksköterskan för tillfället ägnar sig åt (25,26). I en studie där man undersökte delaktighet vid smärtaktiviteter (31), fann man att patienter hade lättare för att vara delaktiga då sjuksköterskan ägnade sig åt patienten informellt utan att samtidigt ägna sig åt andra sysslor. Att sjuksköterskan är genuint intresserad och tar sig tid att sitta ner och prata har uttryckts som viktigt i flera studier (25,27,32). När sjuksköterskan tillbringar tid med patienterna, är vänliga och skojar och uppmärksammar patientens verbala och icke-verbala signaler, visar de att de bryr sig om och då känner sig patienterna sedda, hörda och viktiga som personer (25,26,32). Henderson (26) har i en av sina studier fått fram att sjuksköterskan och patienten måste ha en positiv bild av varandra innan meningsfull interaktion kan uppstå och Sainio & Lauri (33) visar i sin kvantitativa studie att patienter som upplever en god relation med personalen är mer delaktiga i beslut rörande sin vård.

### Lära av varandra

#### *Lära känna patienten*

Sahlsten m.fl. (27) framhåller i sin studie att kommunikation är nödvändig för att etablera en fungerande kontakt där sjuksköterskan använder sig själv och lär känna

patienten. Genom att vara lyhörd för patientens upplevelser kan sjuksköterskan bedöma patientens behov och resurser angående delaktighet. Även andra studier visar på behovet av att prata med patienten om dennes individuella behov och att det kräver ett aktivt lyssnande för att tolka och svara på vad patienten vill förmedla (26,32). Sahlsten m.fl. (27) visar även betydelsen av att vara känslig och öppen och att uppmuntra patienten att uttrycka sig verbalt om sina tankar, känslor och rädslor. Sjuksköterskan behöver inventera patientens förståelse, förväntningar och behov, ta hänsyn till kulturella aspekter, ta reda på patientens förmåga till egenvård samt få kunskap om patientens tidigare erfarenheter. Dialog är viktigt och betyder att feedback ges till och från patienten för att nå samförståelse.

Manias & Williams (31) fann, i sin studie av patienter med kronisk njursvikt, att när sjuksköterskan tog sig tid att förstå patientens problem ökade delaktigheten. I en studie beskriver patienten fördelen med att ha en patientansvarig sjuksköterska som diskuterar, ser och förstår och som känner till allt. Patienten behöver då inte förklara och upprepa sig (25).

I en finsk studie, som undersökte hur sjuksköterskans talteknik kunde underlätta patientdelaktighet (34), fann man flera faktorer som påverkar positivt. Att använda öppna frågor är ett sätt. Öppna frågor gör att patienten måste tänka över hur denne ska svara och ger patienten möjlighet att ta upp ämnen som känns viktiga. Det är också betydelsefullt att fokusera på sådant som patienten tycker är meningsfullt. Sjuksköterskan kan ställa frågor som ger patienten möjlighet att välja ämne och uppmuntra patienten att fortsätta prata, genom att använda följdfrågor. Annat som kan uppmuntra patienter att prata är intonation, kroppsspråk, att sitta ner, ha ögonkontakt och att fråga lugnt.

#### *Informera patienten*

Att information utgör basen för patientdelaktighet och är extremt viktigt framkommer i flera studier (25,27,28,32,33). Patienterna blir mer självsäkra och mer delaktiga i att fatta beslut om de är välinformerade (32,33). Det anses som viktigt att få bra och solid information, information som ges på ett ärligt och vänligt sätt samt information som är anpassad och lätt att förstå (25,28,33). Patienter beskriver vikten av att all information inte ges på en gång och att informationen ges i en säker och stödjande miljö. Det framkommer också att det är viktigt att patienten ges möjlighet att i lugn och ro överväga delaktighet och att beakta olika alternativ samt att eventuella risker presenteras (25,27). En patientansvarig sjuksköterska lyfts i ett par studier fram som viktig då hon/han gör det möjligt att få den information som behövs och kan förmedla information till andra yrkesgrupper (25,28). Att patienten är inblandad från början och tidigt får vara med och bestämma i en atmosfär av egenansvar, kan också öka patientens möjlighet till delaktighet (27,30,35).

Sainio m.fl. (28) visar i sin studie vikten av att patienten får möjlighet att fråga frågor och att de får realistiska svar. Vissa patienter i studien ansåg att frågor var det enda sättet att få information. Sjuksköterskan kan hjälpa patienten genom att frivilligt erbjuda information utan att bli tillfrågad (32) och att följa upp hur informationen tagits emot genom att lyssna, fråga och observera. Att använda skriftligt material för information ökar kunskapen (27).

## VAD SOM KAN HINDRA SJUKSKÖTERSKAN FRÅN ATT FRÄMJA PATIENTENS DELAKTIGHET I OMVÅRDNADEN

### Hinder i sjuksköterskans relation till patienten

#### *När patienten ses som ett objekt*

Flera studier beskriver hur patienten ses som ett objekt för omvårdnadsåtgärder snarare än personer som behöver vård (26,28,30-32,35,36). Casey (36) såg i sin observationsstudie hur frågor som rörde patientens vård diskuterades och bestämdes isolerat från patienten som om patienten var osynlig och hur sjuksköterskor fokuserade på rutinsaker utan att ta hänsyn till patienten. Patienter kan beskriva det som att bli behandlade som icke-personer eller att inte känna sig välkommen (35). Henderson (26) beskriver hur sjuksköterskor bara kom nära patienten för att göra rutinåtgärder och snabbt försvann igen. Dessa sjuksköterskor hade bara kontakt med patienter i början av vårdtiden, mer specifikt den första postoperativa dagen när patientens tillstånd var instabilt. Patienter som hade gjort små ingrepp hade minimal kontakt med sjuksköterskan. De flesta sjuksköterskor förväntade sig bara att ha kontakt med patienter om de behövde kroppslig vård och även när sjuksköterskor hade kontakt med patienterna så undvek de att prata med dem. I en annan studie observerades att sjuksköterskorna bara gick nära patienterna om de behövde övervaka maskiner, göra kontroller, ge medicin eller kontrollera förband (32). Manias & Williams (31) fann att patienterna alltid använde en passiv beslutstil om sjuksköterskan gjorde andra aktiviteter såsom ronder eller kontroller hos patienten.

#### *När sjuksköterskan inte släpper kontrollen*

Sjuksköterskan kan vilja ha kontroll av olika orsaker. Att vilja ha kontroll utifrån att sjuksköterskan vet bäst framkom i några studier (32,36). Patienter beskrev att det kändes som att de måste göra det som sjuksköterskan bad dem om och att de inte ville göra eller säga något utan sjuksköterskans tillåtelse. De visste inte heller vad de kunde fråga sjuksköterskan, vilket gav en osäker känsla (32). Även om patienter frågade efter något så bestämde sjuksköterskan något annat utifrån att sjuksköterskan vet bäst (36).

Henderson (32) beskriver hur undanhållande av information från patienterna är ett sätt för sjuksköterskor att ha kontroll. Det innebär att patienterna inte kan ha en åsikt för de vet inte mycket om sin vård och behandling. Sjuksköterskor i studien gav bara information om procedurer, frågade stängda frågor och berättade inget om sig själva för patienterna. En sjuksköterska beskrev att det gjorde jobbet enklare om patienterna inte visste så mycket. Manias & Williams (31) observerade i sin studie att i de fall där patienter hade en passiv roll var sjuksköterskorna involverade i smärtaktiviteter med patienterna när det passade dem snarare än när det passade patienterna. De fann att det ofta var envägskommunikation från sjuksköterskan till patienten och sjuksköterskan hade på så sätt full kontroll över om patienten fick smärtlindring eller inte. Alla patienter som talade dålig engelska var passiva. Svårigheter att kommunicera gjorde att patienter inte fick den smärtlindring de behövde.

Sjuksköterskor kan även vilja behålla kontrollen utifrån att de är osäkra. Brist på teoretisk kunskap, erfarenhet och praktisk förmåga kan hindra patientdelaktighet. Sjuksköterskan kan vara osäker på vad eller hur hon/han ska berätta för patienten och kan därför undvika att försöka göra patienten delaktig. Att inte kunna reflektera över sina egna och patientens reaktioner och se behovet av att göra annorlunda, hindrar



personlig växt och självinsikt. Om sjuksköterskan inte förstår betydelsen av att arbeta med patienterna eller har dålig insikt och inte förstår att patientdelaktighet kräver medveten och planerad interaktion mellan parterna, blir det svårt att bygga upp en förtroendegivande relation (37).

Hinder i sjuksköterskans arbetsfunktion

#### *Rutiner framför allt*

Flera studier visar att en arbetsorganisation, där starkt rotade rutiner och uppgiftsorienterad omvårdnad prioriteras, utgör ett hinder för patientdelaktighet (26,30,32,35,37). Brist på personal och tid gör att sjuksköterskor inte har möjlighet att utveckla relationer med patienterna och rutinarbete prioriteras när arbetsbördan blir för stor. Checklistor, vårdplaner och riktlinjer används för att täcka bristen på person-person kontakt. Brist på kontinuitet leder till svårigheter att bygga upp en relation med patienten. Personalbrist och individuella scheman kan leda till bristande kontinuitet (37).

Henderson (26) fann att även om det fanns tid så pratade inte sjuksköterskorna med patienterna såvida inte patienten var väldigt upprörd eller om sjuksköterskan aktivt valde att prata med en patient. En förklaring kan vara att sjuksköterskorna inte förväntade sig att behöva prata med patienterna. En sjuksköterska beskrev hur sjuksköterskor ser sig själva som "ett par händer" och inte som en person, på samma sätt som patienten är "ett sängnummer".

Sjuksköterskor i en studie beskrev att förväntningar från kollegor hindrade dem från att främja patientdelaktighet. Om det fanns lite lojalitet och förståelse prioriterades rutinuppgifter framför kommunikation med patienterna (37) I en annan studie framkom att sjuksköterskor var rädda för kritik om de inte fick jobbet gjort inom sitt skift (26).

#### *Ett rationellt arbetssätt*

I en studie beskrev flera patienter hur sjuksköterskor alltid verkade ha bråttom (28) och i flera studier framkom det att sjuksköterskor kunde ha ett behov av att få arbetet gjort snabbt och enkelt (26,32,37). Att använda stängda frågor, som bara kräver ett "ja" eller ett "nej" är ett sätt som sjuksköterskor kan använda för att undvika långa konversationer och spara tid (26,32). Manias & Williams (31) såg i sin studie hur sjuksköterskor som vårdade patienter som inte kunde engelska tog tillfället i akt att få information om patienten när en sådan möjlighet dök upp i stället för att planera för ett samtal med hjälp av tolk. När sjuksköterskan arbetar rationellt kan sjuksköterskan bli okänslig för att "plocka upp trådar" hos patienterna, vilket utgör ett hinder för att främja patientdelaktighet (26).

## DISKUSSION

### METODDISKUSSION

#### Artikelurval

Det engelska begreppet *patient participation* valdes som sökord vid sökning efter artiklar i ämnet. Det finns dock andra begrepp som också används för att beskriva patientdelaktighet, t.ex. *patient partnership*, *patient involvement* och *patient*

*collaboration*. Enligt Cahill (8) är dessa begrepp inte synonyma med *patient participation* utan beskriver andra nivåer av patientdelaktighet. För att i möjligaste mån få en enhetlighet valdes endast *patient participation* som sökord. Vid en sökning via *Related Articles* hittades ytterligare en artikel som använde uttrycket *partnership*. Denna artikel handlade specifikt om maktobalans i omvårdnaden och valdes då den gav ytterligare kunskap om just detta. Det kan finnas artiklar som använder andra begrepp men som ändå beskriver *participation* men detta har inte undersökts eftersom tillräckligt många artiklar hittades vid den valda sökningen. Sökorden *nurs\**, *relation\** och *interact\** valdes som sökord då sjuksköterskans relation med patienten är central vid patientdelaktighet.

I databasen Cinahl fanns möjlighet att göra begränsningarna *Peer reviewed* och *Research article*. Det gjorde det enklare att hitta artiklar som var av god kvalitet och som beskrev en empirisk studie. I PubMed var det svårare att göra sådana begränsningar eftersom det inte klart framgick hur en sådan begränsning kunde göras, och därför blev antalet träffar vid sökningarna mycket större än det hade behövt vara.

Jag valde att inte köpa eller låna några artiklar. Det var heller inte möjligt att ta med artiklar skrivna på andra språk än engelska eller svenska. Det innebär att vissa artiklar, som kunde ha varit användbara, inte kom med. Vad det kan ha haft för betydelse för resultatet går inte att säga då innehållet i dessa artiklar är okänt. Det finns dock inget som talar för att de artiklar som var tillgängliga i fulltext skulle vara av sämre kvalitet eller ha ett innehåll som skiljer sig från övriga artiklar men naturligtvis kan ett begränsat utbud leda till ett begränsat resultat.

Syftet med litteraturstudien var att få fördjupad kunskap om sjuksköterskans möjligheter att främja patientdelaktighet. Jag ville att resultatet skulle vara överförbart till omvårdnad i Sverige idag och strävade efter att de artiklar som valdes att ingå i litteraturstudien kunde möjliggöra detta. Inga begränsningar gjordes angående årtal i sökningen eftersom jag var osäker på vad som kunde anses vara gammalt material. Det visade sig dock att de allra flesta artiklarna var från 2000-talet vilket tyder på att forskning om patientdelaktighet är vanligare nu än för ca 10-15 år sen. Tolv av 13 artiklar som valdes att ingå i litteraturstudien var från 2001 och framåt och kan därför anses spegla förhållanden som de ser ut nu. En artikel var från 1997. Den var något äldre än de övriga men bidrog med viktig kunskap.

Var forskningen är utförd har betydelse för resultatets överförbarhet till svenska förhållanden. Vid sökning gjordes inga begränsningar för detta och det framkom att nästan alla forskning inom området patientdelaktighet har gjorts i västerländska länder. Av de artiklar som valdes var fem svenska. Inom Sverige har vi en gemensam lagstiftning som vården bygger på, vilket gör att resultat från studier om patientdelaktighet gjorda inom Sverige kan vara överförbara i högre grad än studier gjorda i andra länder. De övriga artiklarna var från Australien, Finland, England och Irland. Även om dessa länder kan anses ha en liknande kultur som den svenska, så är det svårt att dra några slutsatser om hur vårdkulturen ser ut i olika länder. Ett exempel som gav denna insikt var ett citat ur en av artiklarna från Australien: "*We go on a first name basis, which I think goes a long way to knocking down the barriers*" (32, s. 504). Att använda förnamn är en självklarhet idag i Sverige och knappast något som vi reflekterar över längre. Även om studier gjorda i andra länder kan ha begränsningar när det gäller överförbarheten så kan det också vara begränsande att enbart använda svenska artiklar i en litteraturstudie.

## Analysförfarande

Analysen av materialet gjordes induktivt vilket innebar att sökandet efter meningsbärande enheter gjordes förutsättningslöst utifrån litteraturstudiens syfte. Att använda kvalitativ innehållsanalys visade sig vara en bra metod som gjorde analysen strukturerad. Svårigheten låg främst i att utifrån de meningsbärande enheterna hitta teman och subteman. Innehållet kunde angripas från olika håll vilket försvårade analysen. Analysen gjordes så noggrant som möjligt, jag prövade olika alternativ och kom till slut fram till ett sätt att tematisera innehållet som ansågs vara det bästa. Det innebär inte att den tematisering som gjordes var den enda möjliga. En nackdel vid detta moment i arbetet var att jag inte hade en medförfattare att diskutera analysen med och som hade kunnat bidra med sin analys.

## De ingående studiernas metoder

### *Metodval*

I alla de kvalitativa artiklarna utom tre (26,31,36) motiverades val av metod. Kvalitativ metod beskrevs som användbar för att kunna få kunskap om människors upplevelser, social interaktion och få en djupare förståelse för ett visst beteende, vilket hade betydelse för de olika syften som studierna hade (25,27-30,32,34,35,37).

I flera studier hade man valt att använda sig av fokusgrupper (25,27-29,37). I en studie kombinerades fokusgrupper med djupintervjuer och dagbok (29). Fokusgrupper beskrevs som en bra datainsamlingsmetod som gav omfattande och detaljerad information i en öppen och tillåtande atmosfär (25,27,28,37). I en artikel förtydligades att intentionen inte var att nå konsensus utan att få förståelse för olika perspektiv (28). Nackdelar med fokusgrupper diskuterades i princip inte men en artikel (28) tog upp att vissa kan ha svårt att göra sig hörda i grupp. Det skulle kunna vara så att man inte kan tala helt fritt då andra sitter med och att detta kan påverka innehållet, men detta var inget som diskuterades. Fokusgrupper bör bestå av ett visst antal personer som inte känner varandra och det bör vara en homogen grupp (28). I tre studier (27,29,37) bestod fokusgrupperna av sjuksköterskor som arbetade tillsammans och man diskuterade inte vad det kan ha haft för betydelse för möjligheten att öppet uttrycka egna åsikter.

Observationer i kombination med djupintervjuer, var en annan metod som användes i några studier (26,31,32,36). Att observera ger kunskaper som inte kan fås enbart genom intervjuer. Studierna hade både deltagande och icke-deltagande observationer. I en studie användes videokamera (34). Det finns en möjlighet att observationer påverkar hur människor beter sig vilket diskuterades i tre av artiklarna (31,34,36) och det kan också vara svårare att fånga det som sker om man bara använder bandspelare och kompletterande anteckningar, vilket var fallet i alla observationer utom en (34).

I en studie (30) användes ett frågeformulär med öppna frågor. Öppna frågor innebär ofta en låg grad av strukturering och ger deltagaren ett större svarsutrymme (38). En del svar fick dock förkastas då patienterna inte hade svarat på det som efterfrågades. Bortfallet var också stort, ca 60 %. Ingen bortfallsanalys gjordes då inga data fanns om vilka som hade svarat eller inte. Denna brist diskuterades.

### *Tillförlitlighet*

Det finns flera saker som kan påverka tillförlitligheten i resultatet. Vid en intervju eller observation så kan de deltagande personerna påverkas av forskarens medverkan och därmed anpassa sig till situationen. Enda sättet att förhindra detta är att inte vara känd för deltagarna men detta är ofta inte etiskt försvarbart (38). I en av studierna användes videokamera för att observera men även en sådan kan påverka beteenden. Att använda bandspelare ökar tillförlitligheten i och med att allt som sägs kommer med och kan spelas upp i efterhand. Dock kan bandspelare hämma vissa personer som då kanske inte pratar lika fritt (38). I de studier som hade använt intervjuer eller observationer som metod så användes bandspelare under hela sessionen i alla fall utom ett (32). I flera av de kvalitativa studierna (25-27,29,36,37) fick deltagarna ge respons på det analyserade materialet vilket ansågs minska risken för att informationen hade tolkats fel.

### *Överförbarhet*

Överförbarhet är ett begrepp som används inom kvalitativ forskning och beskriver i vilken grad som resultatet kan överföras till andra grupper eller situationer (24). I de flesta artiklar redovisades uppgifter om deltagarnas kön och ålder (25,27,30-34,36). I en artikel fanns inga uppgifter om deltagarnas kön (28) och fyra artiklar hade inga uppgifter om vare sig kön eller ålder (26,29,35,37). Det kan tyckas onödigt att inte ha med sådana uppgifter då det inte kan vara svårt att få den informationen. När kön och ålder inte redovisas går det inte att veta om endast en viss typ av människor har fått komma till tals. Denna möjlighet vill man som läsare av artikeln ha, eftersom det kan ha betydelse för överförbarheten. Att dessa artiklar ändå valdes att ingå i litteraturstudien berodde på att det trots allt fanns mycket värdefull information i dem och då resultatet byggde på alla ingående artiklars resultat så ansågs inte detta utgöra en anledning för exklusion. I den kvantitativa artikeln (33) diskuterades att urvalet ansågs vara för heterogent och att resultatet därför med försiktighet kunde generaliseras.

Alla studier var gjorda på patienter som låg eller hade legat på sjukhus. Även sjuksköterskorna arbetade på sjukhus. Det var också ett inklusionskriterium i de flesta studier att deltagarna hade god kommunikationsförmåga och kunde tala landets språk. I ett par observationsstudier (29,31) fanns patienter med som hade svårigheter att kommunicera men inga intervjuer gjordes med dessa patienter. Det innebär att alla de ingående artiklarnas resultat har begränsningar när det gäller överförbarheten till andra patientgrupper och andra vårdformer. Det gäller således även det resultat som framkom i denna litteraturstudie.

## RESULTATDISKUSSION

### Relationens Betydelse

Cahill (8) beskriver i sin begreppsanalys att utan en relation så kan inte delaktighet finnas och i resultatet framkommer att en förtroendefull relation betyder mycket för om patienten kan uppleva delaktighet i sin omvårdnad. Sjuksköterskan har därmed en viktig uppgift i att skapa en god relation med patienten som en förutsättning för patientdelaktighet. Som verkligheten ser ut idag inom hälso- och sjukvården så kan det finnas hinder för detta, vilket resultatet också visar. Min erfarenhet är att sjuksköterskan ofta har många patienter att ansvara för under ett arbetspass och kan uppleva att tiden inte räcker till. Att sätta sig ner och prata med patienter kan vara

svårt att prioritera när det finns många andra arbetsuppgifter som inte kan skjutas upp eller måste göras. I resultatet framkommer att när sjuksköterskan tar sig tid med patienten kan både hon/han och patienten vinna mycket på det, men det kanske är så att vinsten och resultatet av det inte är tydligt på samma sätt som vid mer uppgiftsorienterad omvårdnad där sjuksköterskan kan bocka av att uppgiften är utförd. Resultatet visar också att man som sjuksköterska kan känna pressen att inte lämna över uppgifter till andra vilket kan styra de prioriteringar som sjuksköterskan gör.

Utifrån Peplaus teori om interpersonella relationer (23) måste patienten och sjuksköterskan närma sig varandra och uppnå gemensam förståelse för att kunna lösa patientens problem. Peplau beskriver vikten av att patienten känner trygghet i relationen så att känslor kan komma fram och patienten vågar ställa krav. Resultatet visar att sjuksköterskan, genom att vara tillgänglig och intresserad av patienten, kan öka förutsättningarna för en god relation. Dessutom har det stor betydelse att sjuksköterskan är känslomässigt öppen och kan visa förståelse för patientens upplevelser och behov. Att inte ha kontinuitet i vårdandet kan vara ett hinder för patientdelaktighet. Att ha en patientansvarig sjuksköterska kan skapa bättre kontinuitet och underlätta möjligheten att skapa en förtroendefull relation vilket också framkommer i resultatet. Enligt Peplau (23) så är det först när patienten känner sig bekväm och omhändertagen som hon/han kan gå in i den fas som kallas exploateringsfasen, där patienten börjar blicka framåt och tar del av de resurser som erbjuds. Detta är ett steg som är viktigt att patienten tar för att kunna hantera sin nya situation. Detta liknar beskrivningen av empowerment (22) som kan sägas vara en process där resurser delas och makten omfördelas vilket leder till ökad handlingsförmåga. Både Cahill (8) och Björvell (21) beskriver empowerment som en konsekvens av delaktighet men man skulle lika gärna kunna säga att empowerment ökar möjligheten att vara delaktig då det leder till förbättrad handlingsförmåga och att man som patient känner sig värdefull.

Resultatet visar att en dålig eller obefintlig relation med patienten utgör ett stort hinder för patientdelaktighet. Om patienten ses som ett objekt, en kropp att utföra sina arbetsuppgifter på, blir det mycket svårt att skapa en relation. Enligt lag (12) har sjuksköterskan en skyldighet att utforma vården i samråd med patienten. Dessutom bör sjuksköterskan ha en helhetssyn på patienten och visa respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet (15). Enligt min mening blir detta mycket svårt att åstadkomma om patienten inte ses som en människa. I resultatet framgår att patienter kan känna sig som icke-personer och uppleva minimal kontakt med sjuksköterskan om de inte har behov av kroppslig vård. Att vårda hela människan innebär ju inte bara att se till fysiska behov utan även att ta hand om patientens emotionella och sociala behov. Enligt Peplau (23) så ska sjuksköterskan främst ses som en resurs för patienten och ska tillhandahålla information, ge råd och stöd och vara en teknisk expert. Utifrån detta skulle man kunna säga att sjuksköterskan främst ska ha patientens behov för ögonen och inte utgå från det som hon/han upplever som ett behov. Man kan tänka sig att om man ser patienten som ett objekt så kommer man bara kunna se objektiva behov. Om patienten inte får möjlighet att göra sig hörd och bli sedd så kommer inte sjuksköterskan att kunna vara en resursperson eftersom hon/han inte vet vilka behov patienten har. Watzlawick m.fl. (17) menar att om vi endast observerar något utan att förstå sammanhanget så kommer vi troligtvis att misstolka situationen. Relationen har stor betydelse för hur det vi kommunicerar uppfattas.

I resultatet framgår att sjuksköterskan kan hindras från att främja patientdelaktighet om hon/han eller han inte vill dela med sig av sin makt och kontroll. Sjuksköterskan har, enligt Peplau (23), en viktig funktion i att hjälpa patienten ur den hjälplöshet som uppstår när patienten befinner sig en ny och svårhanterlig situation. Att då inte inbjuda till en relation där man tillsammans försöker lösa problemen leder till att patienten inte får möjlighet att utvecklas. Björvell (21) talar om empowerment som ett förhållningssätt hos sjuksköterskan i syfte att stärka patientens handlingskraft och självkänsla. Att som sjuksköterska inte vilja eller kunna släppa kontrollen står i motsats till detta. Det är viktigt att vara medveten om den makt som sjuksköterskan har över patienten i och med att patienten står i beroendeställning till sjuksköterskan (20). Att dela med sig av makten är nödvändigt för att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård (8) men resultatet visar att detta kan vara svårt. Det framkommer att sjuksköterskan kan tycka det gör jobbet enklare om hon/han får bestämma men det kan också handla om osäkerhet hos sjuksköterskan vilket kan leda till att sjuksköterskan också känner sig maktlös (20). Enligt Rodwell (22) ökar förmågan hos alla de inblandade parterna när makten omfördelas (22). När sjuksköterskan bjuder in patienten i en relation och ger av sin makt så gör detta alltså både sjuksköterskan och patienten bättre rustade för att hantera situationen. Som sjuksköterska kan man vara rädd för att inte kunna svara på patientens frågor eller vara rädd för att säga fel saker. Det kan vara förståeligt men om man, som Peplau (23) beskriver, ser omvårdnad som ett instrument för lärande som både sjuksköterskan och patienten kan växa och mogna utifrån, så kan man säga att det är i relationen med patienten som förmågan att skapa en relation utvecklas.

#### Betydelsen av att lära av varandra

Resultatet visar att patientdelaktighet främjas när patienten och sjuksköterskan lär av varandra. Sjuksköterskan har ofta kunskap som patienten behöver ta del av för att kunna hantera sin situation på ett bra sätt. Resultatet visar också att patienterna blir mer självsäkra och mer delaktiga om de är välinformerade vilket står i förhållande till tidigare forskning som säger att ju mindre patienten vet, ju mer passiv roll vill patienten ha (2). Sjuksköterskan behöver samtidigt ta del av patientens kunskap om sig själv för att kunna hjälpa patienten på ett bra sätt. Peplau (23) benämner detta som orienteringsfasen då sjuksköterskan och patienten börjar förstå varandra och lär sig att samarbeta för att lösa problem. Det beskrivs som första steget mot en dynamisk lärandesituation. Att få relevant och anpassad information i en stödjande miljö visar sig vara mycket viktigt för att främja patientdelaktighet. När patienten får ökad kunskap ökar också makten (20). Patienten har då bättre möjligheter att göra egna val och att veta vilka frågor som ska ställas, vilket stärker känslan av empowerment (21).

Vikten av att aktivt lyssna på patienten och vara lyhörd för dennes upplevelser framgår av resultatet. För att kunna göra patienten delaktig måste sjuksköterskan ta reda på patientens tidigare erfarenheter och syn på delaktighet. Patienten kan ha upplevt situationer där delaktighet inte var möjlig eller kan vara van vid att ta stort egenansvar. Peplau (23) beskriver betydelsen av att försöka ge patienten nya erfarenheter om det är så att patienten tidigare inte har vågat ställa krav. Som sjuksköterska kan man inte utgå från det ena eller andra utan måste ta reda på hur det är för varje enskild patient. Relationen mellan sjuksköterska och patient är i grunden asymmetrisk (18) och det är bara sjuksköterskan som kan ändra på detta eftersom det är hon/han som har den största makten (20). Om sjuksköterskan och patienten delar med sig av varandras kunskap och erfarenheter ökar möjligheten att relationen mellan

de båda blir komplementär. Först då kan det ske en förändring (18). Det framgår också av resultatet att det inte bara är sjuksköterskans intresse för patienten som leder till ökad kunskap utan också på vilket sätt hon/han uppmuntrar patienten att prata. Av resultatet framgår att sjuksköterskan kan stimulera patienten till att öppna sig genom att t.ex. ställa öppna frågor, att sitta ner, ha ögonkontakt, fråga lugnt och genom att välja ämnen som känns motiverande för patienten. Att arbeta rationellt och få mycket gjort på kort tid blir på så sätt ett hinder för en mer förtrolig kontakt. Enligt Watzlawick m.fl. så är det omöjligt att inte kommunicera (17). Vad kommunicerar sjuksköterskan till patienten genom att stå i dörröppningen eller genom att inte sätta sig ner hos patienten? Kan sjuksköterskan räkna med att få uppriktiga svar på frågor som ställs samtidigt som sjuksköterskan sysslar med något annat? Resultatet visar att delaktigheten ökar när sjuksköterskan under informella former samtalar med patienten, dvs. när hon/han inte samtidigt ägnar sig åt något annat. På så sätt blir rent kroppslig vård ett hinder för patientdelaktighet eftersom sjuksköterskan då alltid ägnar sig åt något annat.

### Resultatets betydelse för klinisk verksamhet

Det resultat som framkommit har gett en djupare förståelse för problemområdet och syftet är på så sätt uppfyllt. Litteraturstudien bidrar med värdefull kunskap som sätter fokus på sjuksköterskans roll som främjare av patientdelaktighet och relationens, kommunikationens och kunskapens betydelse. Det finns ingen verksamhet inom hälso- och sjukvården där patientdelaktighet inte har betydelse och den kunskap som litteraturstudien bidrar med kan därför vara till nytta inom sjuksköterskans alla verksamhetsområden. Som tidigare diskuterats så bygger resultatet på studier gjorda på patienter som vårdats på sjukhus och sjuksköterskor som arbetade på sjukhus. Resultatet är starkt underbyggt då flera studier gav stöd för samma sak. Det kan betyda att synen på de faktorer som kan främja eller hindra, är gemensam för väldigt många människor och att resultatet därför kan sägas täcka det som är väsentligt. Det kan också innebära att det för den grupp som undersökts finns gemensamma faktorer men att andra faktorer av betydelse inte har framkommit eftersom urvalet var förhållandevis homogent. Det går därför inte att säga att detta resultat är heltäckande. Jag har försökt att visa på konkreta sätt som sjuksköterskan kan främja patientdelaktighet på för att underlätta för blivande kollegor att ta till sig kunskapen och använda sig av den i sin verksamhet. Det har även varit nödvändigt att belysa de underliggande faktorer som styr sjuksköterskans möjligheter att främja patientdelaktighet. Att öka medvetenheten om olika faktorerers betydelse är ett steg på vägen mot att sjuksköterskan praktiskt ska kunna använda kunskapen i sin arbetsfunktion.

### Förslag till fortsatt forskning

För att vidga kunskapen om patientdelaktighet så måste andra patientgrupper samt patienter och sjuksköterskor inom andra vårdformer komma till tals. Svårigheter att kommunicera var ett exklusionskriterium i de flesta studier där intervjuer eller enkäter användes. Att använda sig av observationsstudier är ett sätt att öka kunskapen om patientdelaktighet hos patienter med svårigheter att kommunicera. Att använda tolk eller andra kommunikationshjälpmedel är ett annat sätt. Det behövs därför mer forskning på olika grupper för att fler aspekter inom området ska komma fram och för att kunskapen ska bli mer heltäckande.

Det är uppenbart att om patienter ska kunna vara delaktiga i sin vård så måste sjuksköterskan se patienten som en likvärdig människa och lägga ner mer tid på att skapa förtroendefulla relationer. Tidsbrist och andra organisatoriska svårigheter kan utgöra hinder men det framkommer också i resultatet att sjuksköterskans syn på patienten, på sig själv och på sin arbetsfunktion, har stor betydelse. Det känns angeläget att få ökad kunskap om vad det kan bero på att sjuksköterskan i vissa fall ser sig själv som en "arbetsmaskin" och patienten som en "arbetsuppgift". Kan det vara så att det är ett skydd för sjuksköterskan att se patienten som ett objekt för att inte behöva få dåligt samvete eller bli berörd? Kan det vara så att den biomedicinska synen på patienten som en sjuk kropp får för stort utrymme inom omvårdnaden och att sjuksköterskan därför inte kan utnyttja hela sin kompetens? Jag tycker att det skulle vara värdefullt om frågor som dessa lyftes fram inom omvårdnadsforskningen.



## REFERENSER

1. SOU 1997:154. Patienten har rätt. Delbetänkande av Kommittén om hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation (HSU 2000). Stockholm: Socialdepartementet; 1997.
2. Cahill J. Patient participation – a review of the literature. *J Clin Nurs*. 1998 Mar; 7 (2): 119-28.
3. Kiessling T, Kjellgren KI. Patienters upplevelse av delaktighet i vården. *Vard Nord Utveckl Forsk*. 2004; 24 (4): 31–5.
4. Norstedts svenska ordbok. Stockholm: Norstedts Ordbok; 2004.
5. Nationalencyklopedin (hemsida på Internet). Tillgänglig: 080904. Tillgänglig på: <http://www.ne.se>.
6. Strömberg A. Stora Synonymordboken. 2 uppl. Stockholm: Strömberg; 1998.
7. Norstedts stora svensk-engelska ordbok. 3 uppl. Stockholm: Norstedts Ordbok; 2000.
8. Cahill J. Patient participation: a concept analysis. *J Adv Nurs*. 1996 Sep; 24 (3): 561-71.
9. Socialstyrelsen. Patientens rätt till information, delaktighet och medinflytande. Läget efter lagändringarna 1 januari, 1999 (hemsida på Internet). Tillgänglig: 080902. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2003/1755/2003-103-5.htm>.
10. Rättsnätet. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) (hemsida på Internet). Tillgänglig: 080902. Tillgänglig på: <http://www.notisum.se/rnp/Sls/lag/19820763.htm>.
11. Johnsson L-Å. Patientens rättigheter. Handbok för ombud och vårdpersonal. Stockholm: Thomson Förlag AB; 2008.
12. Rättsnätet. Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531) (hemsida på Internet). Tillgänglig: 080902. Tillgänglig på: <http://www.notisum.se/rnp/Sls/lag/19980531.htm>.
13. Deber RB, Kraetschmer N, Urowitz S, Sharpe N. Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expect*. 2007 Sep; 10 (3): 248-58.
14. Benner-Forsberg G, Johansson D. Patienters och chefsjuksköterskors syn på delaktighet i vården. Huddinge: Huddinge Universitetssjukhus; 2002.

15. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (hemsida på Internet) Tillgänglig: 080903. Tillgänglig på: <http://www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2005/8673/2005-105-1.htm>.
16. Florin J, Ehrenberg A, Ehnfors M. Patient participation in clinical decision-making in nursing: a comparative study of nurses' and patients' perceptions. *J Clin Nurs*. 2006 Dec; 15 (12): 1498-508.
17. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatics of human communication. A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes. New York: W.W. Norton & Company; 1967.
18. Eide H, Eide T. Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning. Lund: Studentlitteratur; 1997.
19. Bauman Z, May T. Att tänka sociologiskt. 2 uppl. Göteborg: Bokförlaget Korpen; 2001.
20. Thorsén H. Makt och etik i vårdarbetet. I: Stål R, red. *Vårdkommunikation i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur; 2008. s. 65-80.
21. Björvell H. Patient empowerment – ett förhållningssätt i mötet med patienten. I: Söderkvist Klang B, red. *Patientundervisning*. Lund: Studentlitteratur; 2001. s. 15-39.
22. Rodwell CM. An analysis of the concept of empowerment. *J Adv Nurs*. 1996 Feb; 23 (2): 305-13.
23. Peplau H. *Interpersonal Relations in Nursing*. New York: Palgrave MacMillan Ltd; 1988.
24. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurs Educ Today*. 2004 Feb; 24 (2): 105-12.
25. Larsson IE, Sahlsten MJ, Sjöström B, Lindencrona CS, Plos KA. Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scand J Caring Sci*. 2007 Sep; 21 (3): 313-20.
26. Henderson S. Knowing the patient and the impact on patient participation: a grounded theory study. *Int J Nurs Pract*. 1997 Jun; 3 (2): 111-8.
27. Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC, Plos KAE. Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses. *J Clin Nurs*. 2005 Jan; 14 (1): 35-42.
28. Sainio C, Eriksson E, Lauri S. Patient participation in decision making about care: the cancer patient's point of view. *Cancer Nurs*. 2001 Jun; 24 (3): 172-9.

29. Tutton EMM. Patient participation on a ward for frail older people. *J Adv Nurs*. 2005 Apr; 50 (2): 143-52.
30. Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M. Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nurs Ethics*. 2006 Sep; 13 (5): 503-14.
31. Manias E, Williams A. Managing pain in chronic kidney disease: patient participation in decision-making. *J Adv Nurs*. 2008 Jan; 61 (2): 201-10.
32. Henderson S. Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs*. 2003 Jul; 12 (4): 501-8.
33. Sainio C, Lauri S. Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care. *J Adv Nurs*. 2003 Feb; 41 (3): 250-60.
34. Kettunen T, Poskiparta M, Karhila P. Speech practices that facilitate patient participation in health care counselling – a way to empowerment? *Health Educ J*. 2003 Dec; 62 (4): 326-40.
35. Lund ML, Tamm M, Bränholm I. Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it. *Occup Ther Int*. 2001; 8 (3): 151-67.
36. Casey D. Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses. *J Clin Nurs*. 2007 Mar; 16 (3): 580-92.
37. Sahlsten MJ, Larsson IE, Plos KAE, Lindencrona CS. Hindrance for patient participation in nursing care. *Scand J Caring Sci*. 2005 Sep; 19 (3): 223-9.
38. Patel R, Davidson B. *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur; 1991.

## DATABASSÖKNING

Datum för sökning	Databas	Sökord	Begränsningar	Träffar	Granskade (abstract)	Använda artiklars ref.nr.
080922	Cinahl	<i>patient participation (AB) AND nurs* AND relation*</i>	Peer reviewed Research article	35	28	27, 29, 31, 33, 34, 36, 37
080922	Cinahl	<i>patient participation (AB) AND nurs* AND interact*</i>	Peer reviewed Research article	12	2	
080922	Cinahl	<i>patient participation (AB)</i>	Peer reviewed Research article	160	39	28, 30, 35
080923	PubMed	<i>patient participation AND nurs* AND (relation* OR interact*)</i>	Title/Abstract	37	4	
080923	PubMed	<i>patient participation AND nurs*</i>	Title/Abstract	119	8	25, 26, 32*
080923	PubMed	<i>patient participation</i>	Title/Abstract	802		

\* denna artikel hittades via *Related Articles* till ref.nr.26.

ARTIKELPRESENTATION

---

Ref: 25  
Författare: Larsson IE, Sahlsten MJ, Sjöström B, Lindencrona CS, Plos KA  
Titel: Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study  
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences  
År: 2007  
Land: Sverige  
Syfte: Att undersöka betydelsen av patientdelaktighet inom omvårdnad ur patientens perspektiv  
Metod: Kvalitativ metod. Intervjuer i fokusgrupper  
Urval: 26 patienter som låg eller hade legat på sjukhus  
Antal ref: 50

---

Ref: 26  
Författare: Henderson S  
Titel: Knowing the patient and the impact on patient participation: a Grounded Theory study  
Tidskrift: International Journal of Nursing Practice  
År: 1997  
Land: Australien  
Syfte: Att beskriva faktorer som underlättar eller hämmar den process där sjuksköterskor lär känna patienter. Ur sjuksköterskans och patientens perspektiv  
Metod: Kvalitativ metod. Djupintervjuer och deltagande observationer  
Urval: 33 sjuksköterskor och 32 patienter från 4 sjukhus i västra Australien  
Antal ref: 34

---

Ref: 27  
Författare: Sahlsten MJM, Larsson IE, Lindencrona CSC, Plos KAE.  
Titel: Patient participation in nursing care: an interpretation by Swedish registered nurses  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing  
År: 2005  
Land: Sverige  
Syfte: Att klargöra sjuksköterskors förståelse av patientdelaktighet i omvårdnad  
Metod: Kvalitativ metod. Intervjuer i fokusgrupper  
Urval: 31 sjuksköterskor från 5 sjukhus i västra Sverige  
Antal ref: 32

---

Ref: 28  
Författare: Sainio C, Eriksson E, Lauri S  
Titel: Patient participation in decision making about care: the cancer patient's point of view

Tidskrift: Cancer Nursing  
År: 2001  
Land: Finland  
Syfte: Att undersöka cancerpatienters åsikter om patienters delaktighet i beslutsfattande  
Metod: Kvalitativ metod. Intervjuer i fokusgrupper  
Urval: 25 cancerpatienter från 4 träningskurser  
Antal ref: 44

---

Ref: 29  
Författare: Tutton EMM  
Titel: Patient participation on a ward for frail older people  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
År: 2005  
Land: England  
Syfte: Att undersöka betydelsen av patientdelaktighet för äldre människor på sjukhus och de sätt som personalen kan främja delaktighet i patientens vård  
Metod: Kvalitativ metod. Djupintervjuer, fokusgrupper och dagbok  
Urval: Patienter och sjuksköterskor från ett sjukhus i England  
Antal ref: 53

---

Ref: 30  
Författare: Eldh AC, Ekman I, Ehnfors M  
Titel: Conditions for patient participation and non-participation in health care  
Tidskrift: Nursing Ethics  
År: 2006  
Land: Sverige  
Syfte: Att undersöka förhållanden för patienters erfarenheter av delaktighet och icke-delaktighet  
Metod: Kvalitativ metod. Frågeformulär med öppna frågor  
Urval: 362 patienter, både från sluten och öppen vård, vid ett medelstort sjukhus i Sverige  
Antal ref: 32

---

Ref: 31  
Författare: Manias E, Williams A  
Titel: Managing pain in chronic kidney disease: patient participation in decision-making  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
År: 2008  
Land: Australien  
Syfte: Att undersöka hur beslut om smärthantering gjordes mellan patienter med kronisk njursvikt och sjuksköterskor  
Metod: Kvalitativ metod. Observationer och intervjuer  
Urval: 14 sjuksköterskor och 53 patienter från 5 njuravdelningar  
Antal ref: 29

---

Ref: 32  
Författare: Henderson S  
Titel: Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care.  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing  
År: 2003  
Land: Australien  
Syfte: Att undersöka och beskriva sjuksköterskors och patienters åsikter angående partnerskap i vård på sjukhus.  
Metod: Kvalitativ metod. Djupintervjuer och deltagande observationer  
Urval: 33 sjuksköterskor och 32 patienter från 4 sjukhus i västra Australien.  
Antal ref: 33

---

Ref: 33  
Författare: Sainio C, Lauri S  
Titel: Cancer patients' decision-making regarding treatment and nursing care  
Tidskrift: Journal of Advanced Nursing  
År: 2003  
Land: Finland  
Syfte: Att identifiera i vilken utsträckning cancer patienter är delaktiga i beslutsfattande och i vilken grad bakgrundsfakta, den information som givits och relationen till personalen kan förklara cancer patienters delaktighet i beslutsfattande  
Metod: Kvantitativ metod. Ett strukturerat frågeformulär baserat på tidigare forskning och kvalitativa intervjuer  
Urval: 273 öppen- och slutenvårdspatienter på 2 sjukhus i Finland  
Antal ref: 57

---

Ref: 34  
Författare: Kettunen T, Poskiparta M, Karhila P  
Titel: Speech practices that facilitate patient participation in health care counselling – A way to empowerment?  
Tidskrift: Health Education Journal  
År: 2003  
Land: Finland  
Syfte: Att beskriva talteknik hos sjuksköterskor som underlättade att fånga patientens perspektiv och preferenser och som uppmuntrade patienter att uttrycka sig  
Metod: Kvalitativ metod. Videoinspelning av sjuksköterske-patient situationer  
Urval: 19 sjuksköterskor och 38 patienter på ett finskt sjukhus  
Antal ref: 56

---

Ref: 35  
Författare: Lund ML, Tamm M, Bränholm I  
Titel: Patients' perceptions of their participation in rehabilitation planning and professionals' view of their strategies to encourage it  
Tidskrift: Occupational Therapy International  
År: 2001

Land: Sverige  
Syfte: Att beskriva hur patienter upplevde sin delaktighet i rehabiliteringsplaneringen  
Metod: Kvalitativ metod. Deskriptiv intervjustudie.  
Urval: 57 patienter, 38 sjuksköterskor och 11 arbetsterapeuter från 2 sjukhus i norra Sverige  
Antal ref: 40

---

Ref: 36  
Författare: Casey D  
Titel: Findings from non-participant observational data concerning health promoting nursing practice in the acute hospital setting focusing on generalist nurses  
Tidskrift: Journal of Clinical Nursing  
År: 2005  
Land: Irland  
Syfte: Att undersöka sjukhusanställda sjuksköterskors hälsofrämjande arbete vid en akutvårdsenhet och särskilt att identifiera faktorer som underlättar för eller hindrar sjuksköterskor i deras hälsofrämjande roll  
Metod: Kvalitativ metod. Icke-deltagande observationer och intervjuer  
Urval: 8 sjuksköterskor och 8 patienter från ett sjukhus i västra Irland  
Antal ref: 105

---

Ref: 37  
Författare: Sahlsten MJ, Larsson IE, Plos KAE, Lindencrona CS  
Titel: Hindrance for patient participation in nursing care  
Tidskrift: Scandinavian Journal of Caring Sciences  
År: 2005  
Land: Sverige  
Syfte: Att fokusera på sjuksköterskors åsikter om hinder för patientdelaktighet i omvårdnad  
Metod: Kvalitativ metod. Intervjuer i fokusgrupper  
Urval: 31 sjuksköterskor från 5 sjukhus i västra Sverige  
Antal ref: 41

---