

# Det är mig det handlar om

En intervjustudie om patienters  
upplevelse av möjlighet till delaktighet

Författare

Elin Holmstrand

Program / kurs

OM5350, Examensarbete i  
omvårdnad med inriktning mot  
kirurgisk vård,  
VT 2014

Omfattning

15 högskolepoäng

Handledare  
Examinator

Lars Eric Olsson  
Annette Lennerling

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



GÖTEBORGS UNIVERSITET

Titel:	Det är mig det handlar om - en intervju-studie om patienters upplevelse av möjlighet till delaktighet
Title:	It's all about me – an interview study of patients' perception of opportunities for participation.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/kursbeteckning:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning på kirurgisk vård, 60 hp/OM5350 examensarbete i omvårdnad med inriktning mot kirurgisk vård.
Arbetets omfattning:	15 hp
Sidantal:	27
Författare:	Elin Holmstrand
Handledare:	Lars-Eric Olsson
Examinator:	Annette Lennerling

---

#### SAMMANFATTNING:

*Bakgrund:* I Sverige är det lagstadgat att patienten skall ha möjlighet till delaktighet i sin egen vård. Flera studier belyser vikten av goda relationer, god kommunikation och gott samarbete för att öka tryggheten och därmed möjligheten till delaktighet. Ett sätt att öka patienternas möjlighet till inflytande och delaktighet kan vara att arbeta med personcentrerad vård. Då flyttas fokus från patientens sjukdom till patienten själv och dennas resurser. *Syfte:* Syftet med studien är att beskriva patienters upplevelse av vilken möjlighet som finns till aktivt deltagande i beslut, som rör dennas vård och behandling, under vårdtiden på kirurgiska vårdavdelningar. *Metod:* Intervjuer med en semistrukturerad ansats kommer att genomföras. Resultatet kommer att analyseras med en fenomenologisk-hermeneutisk metod. En pilotstudie med tre informanter är genomförd. Samtliga informanter gav sitt godkännande till att delta efter erhållande av både muntlig och skriftlig information om studiens syfte. *Resultat:* Analysen resulterade i fyra kategorier som beskriver patienternas möjlighet till delaktighet: information/kommunikation, samarbete, bemötande och kontinuitet. *Diskussion:* Patienterna intog en passiv roll som mottagare av information. De medicinska besluten överläts till läkarna då kunskap saknades hos patienterna. För att förbättra möjligheten till delaktighet är det viktigt att främja goda relationer, kommunikation och samarbete. Vårdpersonal måste bjuda in till samtal och lyssna till patientens berättelse.

Nyckelord: patientdelaktighet, patientupplevelser, beslutsfattande, omvårdnad, personcentrerad vård

## Abstract

*Background:* In Sweden it is a legal right for patients to have the possibility to participate in their own care. Several studies highlight the importance of a good relationship, good communication and good cooperation in order to increase a sense of security and thus the possibility of participation. One way to increase patients' ability to influence and participate can be to adapt person-centered care. This moves the focus from the patient's illness to the patient and his/her resources. *Aim:* The aim of this study is to describe patients' experiences of the possibility to actively participate in decisions regarding its care and treatment at surgical wards. *Method:* Interviews with a semi-structured approach will be performed. The results will be analyzed using a phenomenological hermeneutical method. A pilot study with three informants is completed. All informants gave their approval to participate after receiving verbal and written information about the aim of the study. *Result:* The analysis resulted in four categories that describe patients' experiences: information/communication, cooperation, encounter and continuity. *Discussion:* The patients took a passive role as receivers of information. The medical decision was handed over to the doctors since patients knowledge was lacking. To enhance the possibility of participation, it is important to promote relationship, communication and cooperation. Caregivers need to invite to a dialogue with the patient and listen to the patients' narrative.

**Keywords:** patient participation, patient experiences, decision making, nursing care, person-centered care.

## INNEHÅLL

INTRODUKTION .....	1
Inledning.....	1
Bakgrund .....	1
Teoretisk referensram .....	3
Tidigare forskning.....	4
Syfte .....	8
Forskningsmetod.....	8
Datainsamling.....	8
Urval.....	9
Dataanalys.....	9
Pilotstudien .....	11
Forskningsetiska överväganden .....	11
Resultat.....	12
Naiv förståelse.....	12
Strukturanalys.....	13
Kommunikation/information .....	13
Samarbete.....	15
Bemötande.....	17
Kontinuitet.....	17
Diskussion .....	19
Metoddiskussion .....	19
Resultatdiskussion.....	20
Sammanfattning.....	23
Fortsatt Forskning .....	23
Litteraturlista .....	25
Bilaga 1 Forskningspersoninformation .....	1

## INTRODUKTION

### INLEDNING

På avdelningar runt om i världen har rondarbete varit en central del av sjukvården under flera hundra år (O' Hare, 2008). Det är under rondan som läkare, sjuksköterskor och undersköterskor har möjlighet att lyssna på patientens berättelse, de diskuterar patienten och dennas sjukdomstillstånd. Läkaren och patienten har många gånger olika prioriteringar. Läkaren fokuserar på den medicinska delen, resultat av undersökningar, provsvar, röntgensvar med mera. Patienten har ofta ett annat fokus, hur kan detta påverka mig som person, kommer mitt liv förändras och i så fall på vilket sätt (Ibid). Det finns få vetenskapliga undersökningar som kartlägger patientens upplevelse av rondan (O' Hare, 2008; Birtwistle, Houghton & Rostill, 2000). En äldre studie (Busby & Gilchrist 1992) har undersökt sjuksköterskans roll under rondarbetet. Där ansåg sjuksköterskorna att deras roll var, att förse läkarna med information om patienten, att tillvarata patientens intressen och att stödja patienten under rondan. De önskade att patienten skulle vara mer involverad i de beslut som fattades under rondan.

Att ha möjlighet att påverka sin egen vård och behandling är reglerat i flera lagar och förordningar (Socialstyrelsen, 2012, SFS 1982:763, Socialstyrelsen, 2005). Under 2012 inkom över 7000 klagomål på vården till Socialstyrelsen (2013) och de flesta berörde bemötande, information och kommunikation vilket kan leda till att patienter upplever sämre möjlighet till delaktighet. All vård och planering skall ske genom en dialog mellan patient och vårdpersonal, detta för att ge möjlighet till inflytande och delaktighet för patienten (Socialstyrelsen, 2012). Rondan är det forum som används för detta idag. Hur upplever patienter möjligheten till aktivt deltagande i beslut som rör deras vård och behandling? Finns det utrymme att förändra något? Vad är viktigt för vårdpersonal att reflektera över i dessa situationer?

### BAKGRUND

Sjuksköterskan har flera arbetsuppgifter och dessa kan delas in i tre huvudområden, 1, omvårdnadens teori och praktik 2, forskning, utveckling och utbildning samt 3, ledarskap. Dessa tre områden skall genomsyras av en helhetssyn på människan och ett

etiskt förhållningssätt. Sjuksköterskan skall visa omsorg och respekt, skall tillvarata patientens kunskap och erfarenhet samt vid behov föra patientens talan och framföra dennes önskemål. Det står även att läsa att sjuksköterskan skall uppmärksamma patienter som inte själva uttrycker ett behov av information samt de patienter som kan tänkas ha ett speciellt behov av information (Socialstyrelsen, 2005). Vården skall ges med respekt för varje människas unika värde. Patienten skall betraktas som en hel människa och vården skall utformas i samråd och samförstånd (Ibid).

Omvårdnad anlägger ett humanistiskt perspektiv. Detta innebär att människan ses som en enhet där kropp, själ och ande hör ihop. Det går inte endast fokusera på en del, utan människan måste ses som en enhet. Det betyder att människan betraktas som en tänkande varelse som formas av sina erfarenheter och upplevelser. Att arbeta utifrån ett holistiskt synsätt innebär att sjuksköterskan skall utgå från en humanistisk människosyn, alla människor har lika värde. Hon skall visa omsorg och respekt för patientens autonomi, integritet och värdighet. Hon ska tillvarata patientens kunskaper och erfarenheter, vid behov ska hon föra patientens talan. Det innebär även att man skall ta tillvara arbetslagets samlade kunskaper och erfarenheter och genom att arbeta som ett team bidra till att patienten får en god vård (Socialstyrelsen, 2005; Carlström, Kvarnström & Sandberg 2013).

En förutsättning för patientdelaktighet är att sjuksköterskan tar reda på i vilken omfattning patienten vill och kan vara delaktig. Sjuksköterskan kan ha en uppfattning om vad delaktighet innebär och patienten en annan (Eld, 2009). Det är också viktigt att sjuksköterskan tar vara på patientens erfarenhet och kunskap. Detta för att kunna ge den information som patienten behöver för att förstå sin sjukdom, symtom eller behandling. Det finns olika förutsättningar för att främja delaktighet i vården, det handlar om både patientens och sjuksköterskans resurser. Patienten ska ges utrymme att kunna få förmedla sina erfarenheter och sin kunskap, sjuksköterskan måste vara lyhörd, visa respekt och ta sig tid att lyssna på patienten. Det är först då ett meningsfullt informationsutbyte kan ske. Därför är det av yttersta vikt att sjuksköterskan verkligen tar reda på i vilken omfattning patienten vill eller kan vara delaktig(Ibid).

## **Teoretisk referensram**

### *Personcentrerad vård*

McCormack och McCance beskriver i en studie (2006) hur de har utvecklat ett ramverk för personcentrerad omvårdnad. Den består av fyra områden:

1, Förutsättningar, som främst inriktar sig på sjuksköterskans möjligheter och förutsättningar att bedriva en god personcentrerad omvårdnad. De beskriver vikten av sjuksköterskans kompetens och skicklighet för att kunna prioritera och fatta korrekta beslut. Det beskriver vidare vikten av sjuksköterskans engagemang, självkännet och kommunikationsförmåga. Att ha förmåga att reflektera över sina egna värderingar och vilken betydelse det kan ha i omvårdnaden lyfts fram som en viktig förutsättning.

2, Vårdmiljö, här innefattas både den fysiska och sociala miljön på arbetsplatsen. Det är viktigt med goda relationer bland personalen, bra organisation, ett delat maktförhållande och en tillåtande miljö för innovation och risktagande. Författarna menar i artikeln att vårdmiljön är av största betydelse, den kan begränsa eller öka förutsättningarna för personcentrerad omvårdnad.

3, Personcentrerad process, detta är delen som fokuserar på patienten. Det innebär att arbeta med patientens värderingar, engagemang, delaktighet och fysiska behov. De poängterar vikten av att se patienten och veta vad som är viktigt för just denna patient, att etablera en god relation för att främja aktivt deltagande i vården. Dessutom är det viktigt att inte glömma den fysiska vården. Det är, enligt författarna, en viktig del för att skapa en god relation till patienten och på så sätt "nä fram" till patienten och kunna bedriva en personcentrerad omvårdnad.

4, 'Outcomes', här beskrivs den förväntade effekten av personcentrerad vård. För patienten innebär det ökad delaktighet i beslutsfattande och ökat välbefinnande. För personal innebär det en vårdmiljö där det existerar gott samarbete, goda relationer och en stödjande ledning.

Ett sätt att öka patientens aktiva deltagande i vården kan vara att flytta fokus från patientens sjukdom och behov, till patienten själv och fokusera på dess resurser (Ekman & Norberg 2013). Att arbeta personcentrerat innebär att se människan och inte bara

en patient med en sjukdom. Patientberättelsen utgör grunden för personcentrerad vård. Det är viktigt att låta patienten göra sin röst hörd och våga prata om känslor, farhågor och rädslor som kan vara associerade med sjukdom. Sjuksköterskan måste vara lyhörd, visa respekt och ta sig tid att lyssna på patienten. Hon måste försöka förstå hur de olika symtomen påverkar patientens vardag (Ekman m. fl. 2011). För att lyckas med detta är det viktigt att skapa en förtroendefull relation med respekt för vad patienten vill och kan berätta. Utifrån vilka behov, hinder och resurser som patienten beskriver planeras vården tillsammans, ofta även med anhöriga, och en omvårdnadsplan upprättas (Ekman& Norberg 2013).

Ytterligare en viktig aspekt av personcentrerad vård är partnerskapet. Det innebär att sjuksköterskan och patienten tillsammans delar erfarenheter och upplevelser och på så vis skapas en förståelse för hur sjukdomen påverkar patienten i vardagen. Tillsammans med den medicinska vården finns det sedan förutsättningar att gemensamt utarbeta en vårdplan (Ekman m. fl. 2011).

En viktig uppgift för sjuksköterskan är att se patienten och dess anhöriga som en resurs, som en aktiv person som deltar i beslutsfattandet. Patienten är expert på sin egen situation, närstående har erfarenheter som är en viktig kunskap och professionell personal har kunskap och erfarenhet av olika sjukdomstillstånd och behandlingsalternativ (Ekman & Norberg, 2013).

Dokumentation av den gemensamt framtagna vårdplanen är central i den personcentrerade omvårdnaden. Det är viktigt att patientens önskningar, övertygelser och värderingar blir synliga och det säkerställer även kontinuiteten i vården (Ekman m.fl. 2011).

## TIDIGARE FORSKNING

Flera studier har visat på betydelsen av delaktighet för att kunna känna sig trygg och tillfreds med vistelsen på avdelningen (Browall, Koinberg, Falk, & Wijk, 2013; Swenne & Skytt, 2013; Andersson, Burman, & Skär, 2011). Browall m fl. (2013) har undersökt vilka faktorer som patienter upplevde vara viktiga på en vårdavdelning inom onkologisk vård. Det framkom tre huvudteman; känna sig trygg, partnerskap med personal och den fysiska miljön. I denna studie visades att patientens högsta önskan var att vår-



das i en miljö så de blir sedda som en unik person, att vårdmiljön främjade goda relationer mellan personal, medpatienter och familj. En annan studie (Andersson m.fl. 2011) syftade till att beskriva äldre personers erfarenheter av sjukhusvistelsen på en medicinsk avdelning. Resultatet visade bland annat att patienterna önskade vara mer delaktiga i sin vård, de efterfrågade mer information om sjukhusvistelsen. Även denna studie kom fram till att goda relationer till vårdpersonal var viktigt eftersom det skapade mer trygga patienter, det minskade ångest och rädsla under vårdtiden.

Swenne & Skytt (2013) uppmärksammade särskilt patienternas upplevelse av rondan. I denna studie framkom ett övergripande tema, att hantera information som erhöles under avdelningsronden i väntan på enskild information. Tre subtema identifierades och dessa var, göra det bästa av den korta rondan, möta traditionella roller och finna tröst i personalen och dess kompetens samt att kunna välja i vilken grad man vill vara delaktig i beslutsfattandet. Denna studie visade på brister i rondsystemet, främst pekade författarna på att kommunikationen mellan patient och vårdgivare bör förbättras. Det fanns ett behov av ytterligare information och då uppskattade patienterna sjuksköterskan då det var lättare att förstå hennes språk. Att kunna välja att vara delaktig framkom som ett undertema, patienterna ville ha möjlighet att välja graden av delaktighet. En del önskade att rondan kom en viss tid så de kunde förbereda sig med frågor och ha möjlighet att diskutera med vårdteamet. En enskild plats för detta skulle vara önskvärd då det känns tryggare för patienten och dess anhöriga (Ibid).

En studie av Larsson m.fl. (2011) undersökte speciellt vad patienterna själva upplevde som hinder för att aktivt kunna delta i planeringen av vården. Studien genomfördes med fokusgrupps intervjuer med patienter som antingen var inlagda på en avdelning eller nyligen utskrivna. Syftet var att utforska vilka barriärer som fanns för patientdeltagande i omvårdnaden. Fyra kategorier identifierades och den första var *facing own inability*. Denna kategori visade de hinder som identifierades när patienten inte hade kontroll över sin situation och de kanske inte önskade att delta i planeringen. Det kunde visa sig genom att de var överväldigade av sin sjukdom, saknade kunskap eller hade låg självkänsla (Ibid).

Den andra kategorin var *meeting lack of empathy*. Detta kunde inträffa när patienten uppfattade att sjuksköterskan inte lyssnade eller bekräftade patienten. Det uppfattades som att sjuksköterskan var okänslig. Det resulterade i en dålig relation och patienten hade varken motivation eller vilja att delta i planeringen av vården.

Den tredje kategorin var *meeting a paternalistic attitude*. Här upplevde patienten att sjuksköterskan hade en attityd som präglades av makt och kontroll, man frågade inte efter patienten åsikter eller önskemål.

Den fjärde kategorin *sensing structural barriers*, handlade om strukturen på avdelningen och hur det kan förhindra aktivt deltagande för patienten. Det handlade om dålig kontinuitet, patienterna fick träffa flera olika sjuksköterskor och de saknade en fast kontakt som de kunde vända sig till. Patienterna kunde uppleva att informationsöverföringen mellan personal inte fungerade vilket ledde till att alla arbetade på sitt sätt, vårdplanen var inte tydlig. Ett annat hinder för deltagande i vården var bristen på vårdplatser, patienter kunde flyttas till andra avdelningar eller tvingas hem mot sin vilja. Detta gav en känsla av övergivenhet och osäkerhet och var ett stort hinder för deltagande i vården (Ibid).

Larsson, Sahlsten, Sjöström, Lindencrona och Plos (2007) studie visade på delaktighet i omvårdnad ur ett patientperspektiv. Huvudtemat var *Insight through consideration* vilket handlar om relationen mellan sjuksköterska och patient. Det förväntades att sjuksköterskan skulle säkerställa patientens behov av information och kunskap. Hon skulle förklara medicinska termer och omvårdnadsalternativ för att på så sätt ge patienten förutsättningar att kunna välja graden av delaktighet. Flera underkategorier presenterades och de handlade övervägande och sjuksköterskans kompetens och förhållningssätt. Kategorierna var, tillåtande atmosfär, känslomässig respons, samstämmighet och rättigheter (Ibid).

Sjuksköterskors uppfattning om vad som kan hindra patientdeltagande i omvårdnad är presenterat i en studie av Sahlsten, Larsson, Plos, & Lindencrona (2005). Här identifierades tre områden som uppfattades som centrala delar. Det första området handlade om sjuksköterskans kompetens och det kan vara brist på kunskap, såväl teoretisk som praktisk. Det ansågs viktigt att sjuksköterskan var kapabel att etablera en god relation

till patienten och att hon förstod vikten av att involvera patienten i planeringen av vården. Om detta misslyckades kunde det leda till att patienten inte kände sig bekräftad eller till och med förnärmad och aktivt deltagande förhindrades. Brist på professionell kunskap beskrevs som ett hinder, det kunde innebära att sjuksköterskan kände sig osäker och att hon hade ett kontrollbehov. Om man inte förstod patientens sjukdomstillstånd kunde det leda till att patienten kände sig osäker och samarbetet dem emellan försvårades.

Det andra området som identifierades var påverkan av närstående. Sjuksköterskorna beskrev att närstående kunde påverka omvårdnaden genom att försöka förhindra att patienten deltog i planeringen. Detta genom att prata "över patientens huvud". De närstående beskrevs ibland komma med önskemål som inte stämde överens med patientens och då var det svårt att samarbeta på ett bra sätt.

Det tredje området var organisation och arbetsmiljö. Sjuksköterskornas schema var ett hinder då det bidrog till att minska kontinuiteten som var så viktig för att goda relationer skulle etableras. Orsaker till detta kunde vara schematekniska svårigheter eller att det fattades sjuksköterskor. Andra bidragande orsaker till hinder för patientdeltagande beskrevs som brist på stöd av kollegor, till exempel om sjuksköterskan prioriterade en omvårdnadsåtgärd som inte kollegorna prioriterade. Det kunde även handla om tillkortakommanden under rondarbete då patienten mötte fem till sex personer och blev ganska ensam i det mötet. Då var det viktigt att sjuksköterskan gav stöd till patienten och involverade denne i diskussionen. Även den fysiska miljön var ett hinder, alla hade inte ett rum som var anpassat efter dennas behov vilket kunde göra att patienten inte var så självständig som den kunde vara (Ibid).

Sahlsten, Larsson, Sjöström och Plos (2009) intervjuade sjuksköterskor med syftet att beskriva deras strategier för att främja patientens delaktighet i omvårdnaden. Tre huvudkategorier identifierades, att etablera goda relationer, att lära känna personen samt att förstärka förmågan till egenvård. Sjuksköterskorna strävade efter att etablera ett gott samarbete med patienten och det gjordes genom att skapa förtroende, visa respekt, mod och engagemang. Det beskrevs som viktigt att se patienten som en värdefull medarbetare.

Att ta sig tid att lyssna på patientens berättelse samt att ställa öppna frågor var en viktig del i att lära känna personen. Det ledde fram till en djupare förståelse för hur patienten upplevde sin situation. Att förstärka förmågan till egenvård gjordes genom att uppmuntra patienten att använda de resurser och styrkor som de hade. Sjuksköterskan fanns för stöd, uppmuntran och information. Strategien för att uppnå detta var att skapa eget ansvar, fokusera på mål, utmaningar och uppmuntran (Ibid).

Sammantaget belyser dessa studier vikten av att skapa goda relationer och gott samarbete mellan patient och vårdpersonal. Det leder till trygga patienter som vågar ställa frågor och på det sättet bli mer delaktiga i beslut som rör deras vård och behandling.

## **SYFTE**

Syftet är att beskriva patienters upplevelse av vilken möjlighet som finns till aktivt deltagande i beslut, som rör deras vård och behandling, under vårdtiden på kirurgiska vårdavdelningar.

## **FORSKNINGSMETOD**

### **DATAINSAMLING**

Då patienters upplevelser och erfarenheter efterfrågas är det lämpligt att använda en kvalitativ metod. Intervjuer kommer att genomföras med en semistrukturerad ansats vilket innebär att ett visst antal frågor är förberedda. Intervjuerna inleds med en öppen fråga: Kan du berätta hur du upplevde mötet med läkare och sjuksköterska vid inläggningen? Utifrån patienten svar kan ytterligare frågor formuleras och exempel på det kan vara: Kan du beskriva vilken hjälp du behöver för att klara dig här på vårdavdelningen? Hur upplever du möjligheten att påverka din vård här på avdelningen? Denna metod ger utrymme att ställa kompletterande frågor för att förtydliga eller fördjupa vissa påståenden som kan framkomma under samtalet (Danielsson, 2012).

Studien kommer att genomföras på fyra strategiskt utvalda kirurgiska vårdavdelningar på två sjukhus inom Västragötalandsregionen. Det planeras att genomföra 10-12 intervjuer.

## URVAL

För att inkluderas i studien krävs att patienten vårdats på någon av de fyra vårdavdelningarna under minst tre dagar för att de skall ha haft möjlighet att ha erfarenhet av ett aktivt deltagande. Patienten måste kunna tala och förstå svenska, måste vara orienterad till tid, person och rum. Patienten måste vara över 18 år.

Intervjuerna kommer att äga rum på respektive avdelningen där patienten vårdas. Intervjuerna kommer att spelas in för att därefter skrivas ner ordagrant. Det är önskvärt med en blandning mellan kön och ålder för att få en variation av upplevelser och erfarenheter av delaktighet. Kontakt med respektive avdelningschef etableras och denna person utser patienter som uppfyller kriterierna för att inkluderas i studien. Forskaren gör därefter ett strategiskt urval (Henricson & Billhult, 2012). Intervjuerna kommer att äga rum på en avskild plats på avdelningen där patienten vårdas eller på en plats som patienten väljer.

## DATAANALYS

För att analysera den nedskrivna texten kommer en fenomenologisk hermeneutisk tolkningsmetod att användas. Fenomenologin grundades av Husserl och växte fram som kritik till de naturvetenskapliga synsätten som dominerade under 1800 talet (Friberg & Öhlén 2012; Lindseth & Norberg 2004 ). Fenomenologi innebär att försöka förstå och beskriva upplevelser och erfarenheter av ett visst fenomen. Ett centralt begrepp inom fenomenologin är livsvärld. Detta kan beskrivas som den verklighet vi lever och befinner oss i. Målsättningen är att försöka utforska och förstå den värld patienten lever i (Lindseth & Norberg 2004). Fenomenologiska undersökningar syftar till djupare förståelse för ett fenomen och tanken är inte att generalisera. Urvalet av informanter är oftast få, mellan sex – tio enligt Paley (2005).

Hermeneutik är en tolkningslära vars syfte är att skapa förståelse och innebörder av olika fenomenen (Friberg & Öhlén 2012). Inom hermeneutiken ser man världen utifrån olika perspektiv och förståelser. Centrala begrepp inom hermeneutiken är förförståelse, mening, betydelse och tolkning. Förförståelse är den kunskap eller de antagande man har för att förstå. Det kan vara både hinder och möjligheter för att skapa ny för-

ståelse. Man kan inte stå utanför dessa förförståelser, man använder sin egen förståelse och tolkar utifrån den.

För att kunna tolka en upplevelse av ett fenomen måste berättelsen först skrivas ner. Berättelsen speglar den värld patienten befinner sig i och den verklighet som upplevs (Lindseth & Norberg, 2004).

Samtliga intervjuer kommer att spelas in med hjälp av en applikation via mobiltelefonen. Därefter skrivs de ut ordagrant, pauser och andra känslouttryck markerads fortlöpande. Varje intervju läses igenom och kontrolleras mot inspelningen för att säkerställa att allt uppfattas korrekt. Därefter innefattar metoden tre olika faser som författaren alternerar emellan. Den första fasen handlar om naiv läsning. Syftet med den är att skaffa sig en djupare förståelse av vad texten handlar om som helhet. Det är viktigt att ha ett öppet sinne och låta texten tala till läsaren, att bli berörd. Den naiva förståelsen ska beskriva den levda världen som informanten befinner sig i, den ska ha en fenomenologisk ansats (Lindseth & Norberg, 2004).

Nästa fas är strukturanalysen. Här läses texten och delas upp i meningsbärande enheter. En meningsbärande enhet kan vara ett längre eller kortare stycke av texten som egentligen säger en och samma sak. Det är viktigt att reflektera över dessa enheter och validera mot den naiva förståelsen. Därefter kondenseras meningarna vilket betyder att alla onödiga upprepningar och ord tas bort. De meningsbärande enheter som är lika varandra abstraheras och delas in i subtema, tema och ibland även huvudtema. Under strukturanalysen är det viktigt att försöka vara så objektiv som möjligt, man lyfter ut delar av texten och försöker analysera varje del så oberoende av varandra som det går. Under denna process är det åter viktigt att validera resultatet, d.v.s. de tema som framkommer, mot den naiva förståelsen. Med syftet av studien i åtanke reflekteras över de olika teman som framkommer i strukturanalysen. Därefter läses texten åter som en helhet och forskaren använder sin egen förförståelse vid tolkning av texten (Lindseth & Norberg, 2004; Persson & Sundin, 2012).

Under hela processen är det viktigt att pendla mellan delar och helhet för att försöka få en djupare förståelse för vad texten innebär och vad informanterna egentligen säger.

## PILOTSTUDIEN

Pilotstudien genomfördes på den kirurgavdelning där forskaren normalt arbetar som sjuksköterska. Tillstånd för studien gavs av avdelningschef. Kontakt med patienterna etablerades genom avdelningsansvarig chef som informerat sjuksköterskorna som arbetar på avdelningen att intervjuer kommer att ske. Därefter kontaktades flera sjuksköterskor som presenterade möjliga patienter. Forskaren tog därefter kontakt med patienterna. Tre patienter tillfrågades och alla accepterade att delta i studien. De erhöll både muntlig och skriftlig information. De informerades om att deltagandet var frivilligt och att de kunde avbryta intervjun när som helst. Forskaren träffade informanterna vid ett tillfälle innan intervjun. Syftet med det var att presentera sig själv och etablera en relation.

Innan intervjun påbörjades inleddes mötet med ett allmänt samtal för att patienten skulle kunna känna sig avslappnad och gärna glömma bort att intervjun spelades in. Intervjuerna genomfördes på sjukhuset och alla patienter hade eget rum där intervjun kunde ske avskilt. Intervjuerna varade mellan 35- 45 minuter.

## FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Sjuksköterskans huvuduppgift är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återställa hälsa och lindra lidande. Sjuksköterskan skall bedriva god omvårdnad med respekt för individen och dess integritet. Vården skall präglas av ett holistiskt synsätt där kropp och själ ses som ett. Människan betraktas som en fri individ som har förmågan att göra val och ta ansvar (Svensk sjuksköterskeförening, 2012).

Människovärdesprincipen innebär att människan ses som en tänkande och kännande individ, det innebär att alla människor är lika värda oavsett vilka egenskaper de har. Alla människor har grundläggande rättigheter. Integritet är ett annat viktigt begrepp inom etiken, som är knutet till människovärdet. Det kan handla om både fysisk, psykisk och personlig integritet. Fysisk integritet innebär att ingen får undersöka en kropp fysiskt mot människans vilja. Vad gäller den psykiska integriteten så måste man respektera människans tro, värderingar och åsikter, dessa får inte kränkas. Personlig integritet innebär att man själv har rätt att bestämma vilken information som lämnas ut.

Autonomi är ytterligare ett begrepp som är viktigt att beakta inom forskningsetiken. Autonomi innebär att man själv äger rätten att bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att ingen annans självbestämmande kränks. Det innebär att de enskilda har rätt att t.ex. få information om en behandling och utifrån det besluta huruvida man vill genomgå den (Svensk sjuksköterskeförening, 2012; Statens medicinska rådgivning, 2013).

Målet med all forskning är att införskaffa ny kunskap. Detta får dock inte ske på bekostnad av att någon skadas eller försätts i ett sämre läge än man befinner sig i. Därför är det viktigt att informera tilltänkta forskningspersoner om eventuella risker/fördelar som kan förknippas med forskningen. Då har de en möjlighet att själva värdera om de vill vara med i projektet. Dessutom är det viktigt att informera om att allt deltagande skall vara frivilligt och att man alltid har möjlighet att avbryta sitt deltagande utan att behöva förklara varför. Ytterligare en viktig aspekt är konfidentialitet, att lova att ingen obehörig kommer att ta del av resultatet. Det är endast jag och min handledare som har tillgång till allt material. Dessutom ska resultatet inte gå att härleda till en viss person (Kjellström, 2012).

Som forskare är det viktigt att hela tiden reflektera över etiska frågor och möjliga etiska dilemman. Att väga fördelar och nackdelar mot varandra. Detta är en process som pågår under hela arbetet.

Det planeras att söka tillstånd för den fullskaliga studien av etikprövningsnämnden.

## **RESULTAT**

Tre informanter deltog i studien, två kvinnor och en man. Åldern varierade mellan 37 och 67 år.

### **NAIV FÖRSTÅELSE**

Patienterna fann sig i sin situation på sjukhuset och satte stor tilltro till läkarnas kunskap. De förmedlade en känsla av osäkerhet och en viss mån av passivitet, de litade till vårdpersonalens kunskap om vad som var rätt. De följde avdelningens rutiner utan att ifrågasätta något utifrån deras egna önskemål och tankar. Tiden på avdelningen upplevdes som långsam och frustrerande med mycket väntan. De kände sig inte delaktiga



men det framstod som om de tyckte det var normalt, att det skulle vara så, att sjukvården borde veta vad som var bäst för dem. De var försiktiga i direkt kritik av avdelningen men gav uttryck för att vilja vara mer delaktiga och ha tillgång till mer information än de fick. De funderade mycket på vad som skulle hända, vem som kunde ge besked och när dem skulle få besked.

Patienterna förlorade förmågan att tänka självständigt när de blev patienter och inlagda på en vårdavdelning. De vågade inte ta plats eller uttrycka sina önskemål. Patienterna förvandlades till passiva varelser som hela tiden litade till vårdpersonalen och känslan var att patienterna mer eller mindre accepterade detta.

Det mynnade ut i en känsla av osäkerhet, de blev passiva och slutade reflektera över vad som var bäst för dem själva. Vid några tillfällen fanns det egna tankar och funderingar kring den egna vården men i de fallen upplevdes en viss attityd av att personalen vet bäst.

## STRUKTURANALYS

Resultatet av hur patienterna upplevde möjlighet till aktivt deltagande i beslut som rör deras vård och behandling under vårddagen på en kirurgavdelning sammanfattades i fyra olika kategorier, kommunikation/information, samarbete, bemötande samt kontinuitet.

### **Kommunikation/information**

Resultatet visade relativt tydligt att sjukvården var bra att kommunicera till patienten och att ge information till patienten. Att se patienten som en partner i vården fanns det däremot färre indikationer på. Det visades tydligt att patienterna i de flesta fall var relativt nöjda med hur informationen från läkarna gavs, de beskrev att de fått svar på de frågor de hade. Däremot sågs inte mycket av samtal med patienten om hur olika behandlingsalternativ kunde anpassas till patienten, utan de serverades det alternativ som sjukvården ansåg vara bäst för dem. Det aktiva deltagandet saknades, ofta gavs information i form av pekpinningar eller direktiv till patienten. Detta accepterades av patienten som inte alltid reflekterade över sina egna möjligheter till åsikter och funderingar. Patienten blev en passiv mottagare av information:

*"en kan ju inte påverka något egentligen, de kan en inte göra utan en får finna sig i situationen som han är.....det är bara att göra som en blir tillsagd."*

Väntan och frustration följde i informationens fotspår, det beskrevs som plågsamt att vänta på att få svar på undersökningar och prover. Den information som gavs till informanterna upplevdes som bra.

Kommunikationen mellan patient och vårdpersonal upplevdes på olika sätt hos informanterna. Någon upplevde den som bra, personalen var vänlig och snäll och det var tillräckligt för att patienten skulle vara nöjd. Någon upplevde svårigheter med kontinuiteten bland personalen för att kunna ställa en del specifika frågor, informanten skulle önskat ha en kontaktperson för att känna trygghet i vården. Någon beskrev att kommunikationen var dålig från första mötet på akuten till dess att patienten var på väg hem. Det ledde till att patienten inte kände sig bekräftad, inte trodd på och till viss del nonchalerad. Resultatet visade även att hur kommunikationen fungerade var personbundet. Det upplevdes viktigt för patienten att ansvarig personal lyssnade till vad de hade att säga och respekterade patientens åsikter.

*"Ja, jag har ju sagt att det känns ibland som om jag inte blir betrodd eller något, det har jag gjort, men det är liksom, det går in där och ut där.."*

När kommunikationen fungerade och patienterna upplevde att de blev lyssnade till förstärktes en känsla av att bli sedda som person. Patienten upplevde trygghet och bekräftelse. Det underlättade för att etablera goda relationer och förtroende mellan patient och vårdpersonal. För att patienten skulle känna trygghet var det viktigt att även kommunikationen mellan vårdpersonal fungerade. Det fanns flera exempel på hur det ibland kunde förhindra delaktighet, skapa frustration och osäkerhet för patienten.

*"det var det som blev galet, det blev så att jag hade två läkare, och den ena sa, den ena sa att jag skulle få dropp och få flytande och den andra sa att jag skulle äta mat först"*

I bland märkte patienten att personalen inte kommunicerat tillräckligt med varandra:

*"Dom hade inte satt kanyl på mig och sjuksköterskan blev irriterad och jag hamnade emellan. Det mår jag inte bra utav, jag tar åt mig av det"*

Det beskrevs även exempel på hur god kommunikation mellan vårdpersonal upplevdes av patienten:

*”Det är skönt när personalen vet hur man ska göra varje morgon utan att man behöver förklara varje gång. Det är en lite grej men det tar på krafterna”*

När kommunikationen fungerade sämre ledde det till dåliga relationer mellan patient och personal och därmed sämre möjligheter att förstå varandra. Det beskrevs som en känsla av bristande trygghet och en känsla av övergivenhet.

Bristande kommunikation kunde leda till att information inte uppfattades korrekt, patienten förstod att han/hon behövde stärka sig inför en operation men det var inte tydligt varför:

*”Jag det är tydligen så att jag är i för dåligt skick.....hahaha....Så de ska ha upp alla värden och sånt”*

Att använda larmklockan för att påkalla hjälp var även något som patienterna upplevde som svårt, de upplevde att de störde personalen och hoppades att de skulle komma in till dem lite senare i alla fall. Patienterna ville inte vara till besvär.

### **Samarbete**

Den medicinska vården lade patienterna över helt i läkarens händer, de saknade kunskap för att känna hur de kunde vara delaktiga. Detta uteslöt inte viljan av att vara delaktig och att få information och kunskap om den medicinska behandlingen. Det var viktigt för patienterna att kunna behålla känslan av kontroll över sin situation. När de inte kunde kontrollera den medicinska biten så blev andra delar viktiga. Det blev viktigt att kunna bestämma lite över sin egen dag, hur man ville ha det, vilken mat man ville äta och när man ville ha besök. Andra saker som de upplevde att man kunde påverka och som blev viktigt var sjukskrivning, perukremitter och liknande.

*”Det ska vara sjukskrivning och perukremitter och så, det kanske inte är så brådskande för läkarna men för mig är det något jag kan göra något åt, ett litet steg att komma igång med något när man bara sitter här och väntar, något man kan påverka.”*

På en direkt fråga om patienten kunde påverka sin vård var svaret nej, det kan jag inte. Senare i samtalet började patienten reflektera över sina egna behov och önskemål. Från att först ha tänkt att, nej det går absolut inte, till att senare börja argumentera för hur det skulle kunna gå att lösa. Patienterna blev själv förvånade över hur passiv han varit under vårdtiden. Han förstod inte varför han inte tänkt på möjligheten att fråga om att få permission, han beskrev sig själv som en robot, att man faller in i rutiner och bara följde med.

*”Det skulle ju bara göra mig gott att komma hem en dag....mmm...det vore underbart...och inte hade jag en tanke på det....jag fattar inte....vad jag har tänkt på....en bryr sig inte när en ligger här...//....en blir mer som en robot...//... ja det är ju rutinerna, det är ju från morgon till kväll samma, samma, samma, det händer ingenting.....det kommer maten en viss dags och mellanmål en viss dags det är bara rutiner allting och det förstår jag ju är tvunget .....det skulle inte fungera annars ....men att det... ja detta ska jag ta upp.....vilken tur att du kom.....ja.....varför har jag inte tänkt på detta själv.....”.*

En av patienterna däremot var mer tydlig med önskemål kring vården. Då beskrevs ett bemötande som var bristfälligt, informanten upplevde det som att personalen inte lyssnade och tog symtomen på allvar, det resulterade i en känsla av att vara besvärlig:

*”Sen ska jag inte äta utan bara vila tarmen och då kommer det in någon som säger att jag ska ha flytande, nej sa jag, nu får du läsa på, jag ska inte ha det! Jag säger ifrån och får känslan av att personalen svänger och blir otrevlig”*

Att finna sig i situationen visade sig vara ett vanligt fenomen i vården. Patienterna accepterade situationen som den var. De upplevde att de ändå inget kan göra åt det, det var bara att vänta och se. Det skapade en känsla av likgiltighet och uppgivenhet även om patienterna inte själva beskrev det med dem orden. Tiden på avdelningen kunde många gånger beskrivas som frustrerande med mycket väntan och ovisshet, väntan på provsvar, väntan på doktor, väntan på besked, detta ledde till en del frustration och känsla av ovisshet för patienterna. De tappade kontrollen över sitt liv och lade över mycket av beslutanderätten till vårdpersonalen i tron av att de hade den rätta kun-

skapen för hur just "jag" ska bli behandlad på bästa sätt. De förvandlades från att vara tänkande, reflekterande människor till att bli passiva mottagare av information.

*"Jag vet vad jag har att rätta mig efter och jag vet vad felet är och jag vet vad som ska göras"*

### **Bemötande**

Ett gott bemötande var viktigt och det visades tydligt i analysen av intervjuerna. De informanter som upplevde ett gott bemötande var mer nöjda med vården. De upplevde att personalen var snäll och hjälpsam, de kände trygghet och litade till personalens kompetens:

*"jag tyckte dom var underbara där faktiskt...det tyckte jag var fantastiskt...//..jag behövde inte vänta så länge som man hör om...//...sen var det väldigt trevliga läkare och sjuksköterskor och så...."*

Vid upplevelse av sämre bemötande genomsyrades vårdtiden av en känsla av övergivenhet, otrygghet och brist på bekräftelse.

Bemötande handlar inte bara om relationen mellan patient och personal utan även om relationer mellan personal. Det fanns tillfällen då patienten upplevde att personalen inte kom överens vilket gjorde att patienten upplevde bristande bemötande och bristande bekräftelse:

*"då när narkosen var uppe.....det var någon viss kanyl ....då fanns det inte i lådan och det är klart att hon blev irriterad då det inte finns materiel, det förstår jag också, och då blev hon (sjuksköterskan) irriterad och hon kom ju in också idag och var irriterad ... nej det kan kvitta mig.... För då irriterar väl jag henne ännu mer...."*

### **Kontinuitet**

Något som framgått tydligt under intervjuerna är patientens önskan om kontinuitet, speciellt läkarkontakten på avdelningen. De beskrev att det var flera läkare involverade i vården och det upplevdes som besvärande. Det var svårt att veta vem som var ansvarig och vem de skulle vända sig till med frågor. Även om läkaren var lite påläst innan rondens så upplevde patienterna att de var tvungna att berätta mycket igen, det fanns

en rädsla av att missa information som var viktig. Kontinuitet var viktigt för patientens känsla av trygghet:

*”Kan jag få den läkare som är bäst, men de måste ju fundera ut vem som ska ha hand om mig. Det har varit viktigt för mig med kontinuiteten och jag har valt att inte byta sjukhus just för detta. Jag har trivts med de läkare jag haft och det har varit lite speciellt för mig, jag har kunnat ringa ner och säga att jag måste operera mig nu. Jag har inte reflekterat så mycket kring detta förut men nu känner jag att det är viktigt med en fast kontakt, det är så nytt för mig och jobbigt att prata om så det skulle vara en viktig del.”*

Ronden upplevdes som ett tillfälle att utbyta information, ofta gavs information till patienten men de upplevde också att det gavs tillfälle för frågor. Däremot beskrev patienterna att det gick ganska fort och att det var viktigt att vara förberedd inför ronden, gärna att ha nedskrivna frågor för att inte glömma av något.

Relationen till övrig personal som sjuksköterskor och undersköterskor beskrevs som viktig, de är närmre patienten och upplevdes mer bekväma att kommunicera med. Även här beskrevs det som att det är mycket folk men att man efter en tid började känna igen en del och det upplevdes som positivt.

*”men det är ju, det är klart att det är en trygghet att ha samma personer om man trivs med dem, det är det ju faktiskt”*

Informanterna lade mycket tilltro till personalens kompetens, de litade till att de vet vad som var bäst för dem. Vid vissa tillfällen var det viktigt att personalen visade sin kompetens och hjälpte patienten då den befann sig i en helt ny situation och behövde guidning för hur vardagen skulle klaras av. Att få hjälp och tips av personalen var värdefullt för att behålla känslan av kontroll:

*”men det är inte så lätt för jag vet inte än, svårt att veta då det är en ny situation. Jag vet inte vad jag behöver veta liksom, är en process som fortsätter hela tiden, viktigt att kunna fråga igen.”*

Att hamna på en vårdavdelning var omvälvande på flera sätt, det fanns mycket tid för patienten att fundera och reflektera över sin situation. Då kändes det skönt när personalen tog initiativ till en del åtgärder som patienten inte haft en tanke på själv:

*”Jag har fått en del tips på frågor, idag fick jag influensavaccin till exempel, det hade jag inte tänkt på annars.”*

Vårdpersonalens förmåga att etablera goda relationer, kommunicera och samarbeta var av stor vikt för att patienterna skulle ha möjlighet att påverka sin egen vård. En bättre kontinuitet bland vårdpersonalen ansågs viktig av informanterna, detta för att få en känsla av trygghet.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Studien genomfördes med en fenomenologisk-hermeneutisk metod vilket lämpade sig väl då syftet var att beskriva upplevelser av ett fenomen. Att använda kvalitativa intervjuer har fungerat väl för att belysa patienters upplevelse av möjlighet till delaktighet i beslut som rör dess vård och behandling.

Utmaningen har varit att ställa ”rätt” frågor för att patienten ska kunna/våga berätta fritt om sina erfarenheter. Genomförandet av intervjuerna förbättrades succesivt, och det var en nyttig erfarenhet att lära sig att lyssna till och sedan analysera patientens berättelse. Några viktiga lärdomar var att våga vara tyst och lyssna, att inte vara rädd för tystnaden, att låta patienten få tid att reflektera under intervjun.

Informanterna som deltog i studien hade olika omvårdnadsbehov och olika medicinska diagnoser vilket kan bidra till en bredare beskrivning av upplevelserna. Likaväl kan det vara en begränsning då det var få informanter. Det var ett medvetet val att försöka få en spridning på ålder och kön för att få olika nyanser av upplevelsen av delaktighet. Intervjuerna genomfördes på en avdelning på ett sjukhus vilket kan begränsa möjligheten att överföra resultatet. Informanterna tillfrågades allt eftersom det blev tillgängliga för forskaren. Då intervjuerna gjordes på den avdelningen där forskaren normalt arbetar var forskaren noga med att inte ha varit involverad i vården av de patienter

som skulle intervjuas. Att etablera en relation med informanten innan intervjun var ett medvetet beslut, detta för att presentera studiens syfte och för att skapa ett förtroende. Intentionen var att informanten skulle känna trygghet med forskaren och för att intervjun skulle avdramatiseras.

Under analysen kan forskarens egen förförståelse ha påverkat resultatet. Denna förförståelse har beaktats under analysen och har löpande diskuterats med handledare. Detta för att hela tiden vara medveten om att egna tankar och funderingar kan ha påverkat resultatet. Det kan även ha varit en styrka att ha med sig denna förförståelse vid tolkning av texten då forskaren är bekant med miljön och kulturen på avdelningen.

Under resultatpresentationen upplevdes svårigheter att kategorisera patienternas upplevelser, kanske beroende på att det var ett mindre datamaterial. Med ett större underlag kunde det säkert bli en tydligare indelning och kategorisering. Ytterligare upplevelser och erfarenheter skulle säkert identifieras vilket skulle kunna leda till ett mer nyanserat resultat.

Även om det var få informanter blev resultatet relativt omfattande. Det råder en samstämmighet i vad patienterna belyser vilket gör trovärdigheten hög. Då det är personliga upplevelser som efterfrågas är det svårt att generalisera resultatet, vilket inte heller är syftet med kvalitativa studier. Däremot är det möjligt att resultatet går att överföra till en liknande grupp patienter. Därtill behövs det fler studier i liknande miljöer för att bekräfta eller förkasta resultatet.

## RESULTATDISKUSSION

Det viktigaste resultatet var informanternas intagande av en passiv roll. Patienterna slutade reflektera över sina egna resurser och behov. De accepterade den information de fick och rättade sig efter avdelningens rutiner. Resultatet visade att den medicinska vården lades över till läkarna, patienterna saknade kunskap för att känna sig trygga i de besluten. Det stämmer väl överens med resultatet i en studie som syftade till att identifiera hinder för deltagande ur ett patientperspektiv (Larsson m fl.2011). I denna studie lyftes just okunskapen fram som en faktor, men det kunde också vara så att patienten var överväldigad av sin sjukdom eller hade låg självkänsla vilket ledde till att delak-



tigheten minskade. Florin, Ehrenberg och Ehnfors (2007) beskrev i sin studie att patienter blev passiva när det gäller beslutsfattande. Av informanterna överlät 29 % beslutsfattandet till sjuksköterskan efter att de samtalat om alternativen. De litade på att sjuksköterskan hade kunskap om vad som var bäst för dem.

Att etablera goda relationer med patienten är en förutsättning för att ge patienten möjlighet att vara aktivt deltagande i vården. Flera studier visar på vikten av goda relationer för att patienten skall känna sig trygg och ha möjlighet att delta i vården (Browall, m.fl. 2013; Larsson, m.fl. 2011). En förutsättning för att etablera goda relationer är sjuksköterskans förmåga att kommunicera med patienten, att vara lyhörd och lyssna till patientens berättelse. Det är sjuksköterskans uppgift att skapa goda relationer och resultatet visade att det fanns brister i kommunikationen som ledde till att relationen blev dålig, patienten kände sig övergiven, missförstådd och till och med nonchalerad. Det resulterade i missnöje, frustration och en känsla av övergivenhet. Dessa faktorer stämmer väl överens med det som framkom i Larsson m.fl. (2011) studie om hinder för patientdeltagande.

Orsaken till att relationen och kommunikationen inte alltid fungerade tillfredsställande kan bero på bristen på kontinuitet för patienten. Kontinuitet var något som patienterna efterfrågade, både bland läkare och bland sjuksköterskor. Sahlsten m.fl. (2005) bekräftar denna fundering. Här beskrev författarna sjuksköterskors egna funderingar kring vad som hindrade patienten att aktivt delta i vården. En av orsakerna var organisation och arbetsmiljö och då pekades speciellt bristen på kontinuitet ut. Genom dessa brister minskar sjuksköterskans förmåga att lära känna patienten, att skapa ett förtroende och få ömsesidig respekt. Därmed försämras möjligheten till en gott samarbete. En orsak till detta kanske kan förklaras av de olika schemamodeller som existerar inom vården idag. En annan bidragande orsak kan vara brist på sjuksköterskor vilket leder till större antal patienter per sjuksköterska.

Vårdpersonalen är experter på den medicinska vården och har omvårdnadskunskapen. Däremot glöms det ibland bort att patienten faktiskt är expert på sig själv och på hur han/hon upplever sin sjukdom. Här kan vårdpersonal lära mycket genom att ta tillvara patientens kunskaper, åsikter och resurser på ett bättre sätt. Det skulle vara värdefullt

om patienten fick mer eget ansvar över sin vård. Om patienten vet vad som förväntas av henne/honom så kanske motivationen ökar och genom det ett snabbare tillfrisknande. Det är även ett sätt att se till att tiden blir meningsfull på avdelningen. Resultatet visade att patienterna upplevde mycket väntan under vårdtiden. Om det ges förutsättningar för mer aktivt deltagande av patienten kan de uppleva mer ansvar för sin vård och på så behålla kontrollen över sin situation. För att nå hit behöver vårdpersonal ändra arbetssätt, vi behöver se patienten som en resurs, som aktivt kan delta i vården (Sahlsten, m.fl. 2009).

Den personcentrerade vården är ett sätt att utveckla omvårdnaden så patienten själv får möjlighet att vara mer delaktig. Genom ett aktivt lyssnande till patientberättelsen blir patienten bekräftad som person. Det etableras en god relation i form av ett partnerskap. Patienten är inte reducerad till att vara en sjukdom utan ses som en person med en sjukdom. Att vara en partner inom vården innebär att vara delaktig och att ta eget ansvar för sin vård i samråd med vårdpersonal. Patienten bidrar med sin egen kunskap om hur det är att leva med sin sjukdom och sina egna resurser, vårdpersonalen bidrar med sin specifika kunskap. Tillsammans utformas sedan en vårdplan för patientens fortsatta vård (Ekman & Norberg 2013).

Känslan av partnerskap framkom inte mycket i resultatet. Informanterna var passiva mottagare av information. De accepterade den information som gavs. Genom att bjuda in till samtal, genom att vara intresserad av att lyssna och att involvera patienten kan möjligheten för delaktighet öka (Larsson m.fl. 2007, Sahlsten m.fl. 2005, Sahlsten m.fl. 2009). Det fanns ett mycket tydligt exempel på det i resultatet. Vid en direkt fråga om patienten kan påverka vården så var svaret nej. Efter en stund började dock patienten själv fundera över möjligheten att, som i detta fall, åka på permission. Efter att patienten funderat en stund började han/hon själv argumentera för en permission men den största lärdomen var förvåningen över att inte ha tänkt på detta själv. Patienten beskrev sig som en robot som accepterat rutiner på vårdavdelningen och slutat tänka själv.

Genom att etablera ett partnerskap kan nästa steg i den personcentrerade vården genomföras vilket är att utveckla en vårdplan (Ekman, m.fl. 2011). Genom att tillsam-

mans med patienten komma fram till gemensamma mål kanske denna passivitet kan undvikas. Patient och vårdpersonal arbetar då gemensamt mot samma mål.

Ytterligare en aspekt är central i den personcentrerade vården nämligen dokumentation. Det är viktigt att patientens behov och önskningar blir synliga och det underlättar kontinuiteten av vården. Resultatet visade att det fanns önskemål om bättre kontinuitet, men det var även viktigt att personalen kommunicerade med varandra för att säkerställa kvaliteten på omvårdnaden. Ett exempel var att patienten upplevde det skönt att inte behöva tala om hur saker skall göras varje morgon utan personalen hade redan kunskap om det. Om dokumentationen finns där ökar patientens möjlighet att behålla kontroll över sitt liv och därmed öka möjligheten till delaktighet (Ekman, m.fl. 2011).

## **SAMMANFATTNING**

Att kommunikation är centralt för patienters möjlighet till aktivt deltagande är tydligt i resultatet och i de studier som presenterats. Flera studier visar på brister i detta. Att bedriva personcentrerad vård kan vara ett sätt att utveckla omvårdnaden för att säkerställa patientens möjlighet till aktivt deltagande. Patienten skall vara i centrum, inte sjukdomen.

Pilotstudien har gett en del svar på hur patienter upplever möjlighet att vara delaktig i beslut som rör deras vård och behandling. Patienterna accepterar en mer passiv roll när de blir inlagda på en vårdavdelning och ansvaret läggs på vårdpersonalen, men samtidigt finns det tecken på att patienterna skulle vilja vara mer delaktiga. Vi står inför en stor utmaning inom vården genom att försöka se patienten som en tillgång, som en resurs som kan bidra med sin kunskap. Detta kan leda till fler motiverade patienter som vill och kan ta ansvar för sin vård. Som en följd resulterar det till mer nöjda och trygga patienter som skrivs ut tidigare och mer tillfreds med vården.

## **FORTSATT FORSKNING**

Vad kan vårdpersonal göra för att åstadkomma en förändring så patienten känner sig mer bekväm i att ta plats och ta initiativ till att delta i sin egen vård? Det finns flera intressanta frågeställningar att undersöka: 1, Vad är det som gör att patienterna blir passiva mottagare? Är det kulturen på arbetsplatsen? Är det något som vårdpersonal

förmedlar? 2, Hur kan vi medverka till att patienten behåller sin egen förmåga att tänka och reflektera över sina behov? Vad är det som gör att patienten slutar reflektera själv?

I en fullskalig studie skulle det vara intressant att få med dessa frågeställningar för att kunna identifiera orsaker till patienternas passivitet och på så vis få kunskap om hur vårdpersonal kan ändra attityd och arbetssätt.

## LITTERATURLISTA

- Andersson, L., Burman, M., Skär, L. (2011). Experiences of caretime during hospitalization in a medical ward: older patients' perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(4), 646-652. Doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00874.x
- Birtwistle, L., Houghton, J.M., Rostill, H. (2000). A review of a surgical ward round in a large paediatric hospital: does it achieve its aims? *Medical Education*, 34(5), 398-493.
- Browall, M., Koinberg, I., Falk, H., Wijk, H. (2013). Patients' experience of important factors in the healthcare environment in oncology care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 8.
- Busby, A., Gilchrist, B. (1992). The role of the nurse in the medical ward round. *Journal of Advanced Nursing*, 17 (3), 339-346.
- Carlström, E., Kvarnström, S., Sandberg, H. (2013). Temarbete i vården. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s 63-101). Lund: Studentlitteratur.
- Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., . . . Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person-centered care – Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(4), 248-251.
- Ekman, I., Norberg, A. (2013). Personcentrerad vård – teori och tillämpning. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, F. Friberg, L. Wallin, H. Wijk, J. Öhlén (Red.) *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s 29-53). Lund: Studentlitteratur.
- Eld, A.C. (2009) Delaktighet och gemenskap. I A-K. Edberg., H. Wijk (Red). *Omvårdnadsgrunder Hälsa och ohälsa* (s 45-62). Lund: Studentlitteratur.
- Florin, J., Ehrenberg, A., Ehnfors, M. (2007). Clinical decision-making: predictors of patient participation in nursing care. *Journal of Clinical Nursing* 17(21), s 2935-2944.
- Friberg, F., Öhlén, J. (2012). I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.345-370). Lund: Studentlitteratur.
- Henricson, M., Billhult, A. (2012) I M. Henricsson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s.129-138). Lund: Studentlitteratur.
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (s. 69-90). Lund: Studentlitteratur.

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

Larsson, I.E., Sahlsten, M.J.M., Sjöström, B., Lindencrona, C.S.C., Plos, K.A.E (2007). Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 21(3), 313-320.

Lindseth, A., Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(2), 145-153.

McCormack, B., McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

O'Hare, J. A. (2008). Anatomy of the ward round. *European Journal of International Medicine*, 19 (5), 309-313. doi: 10.1016/j.ejim.2007.09.016

Paley, J.(2005). Phenomenology as rhetoric. *Nursing Inquiry* 12(2), 106-116.

Persson, C., Sundin, K. (2012). I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom omvårdnad* (374-387).

Sahlsten, M.J.M., Larsson, I.E., Sjöström, B., Plos, K.A.E. (2009). Nurse strategies for optimising patient participation in nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(3), 490-493. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00649.x

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

SFS 1982:763. *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska* (Artikelnummer: 2005-105-1). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>

Socialstyrelsen. (2012). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig – Handbok för vårdgivare, chefer och personal*. (Artikelnummer: 2012-1-5). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-1-5>

Socialstyrelsen. (2013). *Tillsynsrapport – Hälso- och sjukvård och socialtjänst* (Artikelnummer: 2012-4-20). Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-4-20>

Statens medicinsk-etiska råd. (2012) Etik en introduktion Ombearbetad upplaga. Hämtad från SMERs webbsida: <http://www.smer.se/wp-content/uploads/2012/05/Etik-en-introduktion1.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2012). *Värdegrund för omvårdnad*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.

Swenne, C.L., Skytt, B. (2013). The ward round – patients experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27, doi: 10.1111/scs.12059.

## **BILAGA 1 FORSKNINGSPERSONINFORMATION**

### **Bakgrund**

Rondarbete har under flera år varit centralt i vårdarbetet på sjukhusavdelningar i Sverige och i världen. Syftet med avdelningsronden är att samla information och planera både den medicinska vården och omvårdnaden kring varje patient. Ronden skall vara ett tillfälle att utbyta information mellan patient och vårdgivare, att kunna diskutera vård och fortsatt behandling. Forskning visar att det inte alltid går till på det viset på våra svenska vårdavdelningar.

### **Syfte**

Syftet är att beskriva patienters upplevelse av möjlighet till aktivt deltagande i beslut som rör deras vård och behandling under vårdtiden på en kirurgisk vårdavdelning.

### **Förfrågan om deltagande**

Studien kommer att genomföras på kirurgavdelning 2, Skaraborgs sjukhus Lidköping. Du tillfrågas om deltagande då du varit inneliggande på avd. och deltagit i mer än två ronder. Ditt namn har jag fått genom avdelningsansvarig chef.

### **Hur går studien till?**

Om du väljer att delta i studien kommer en intervju att genomföras, den tar cirka 30 min. Intervjun kommer att spelas in på band.

### **Finns det några risker med att delta?**

Det finns inga risker med deltagande i studien.

### **Finns det några fördelar?**

Meningen är att vi i framtiden kan förbättra möjligheten till aktivt deltagande i vården utifrån de resultat som framkommer i studien.

### **Hantering av data och sekretess**

Allt material i form av inspelningar och anteckningar kommer att förvaras så att ingen obehörig kommer åt dessa.

### **Hur får jag information om studiens resultat?**

Om du önskar ta del av resultatet på studien så kan du kontakta nedanstående personer.



## **Frivillighet**

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta, utan att behöva förklara varför. Om du väljer att avbryta studien kommer det inspelade materialet att raderas.

## **Ansvariga för studien**

### **Student**

Elin Holmstrand

leg sjuksköterska

Tel: 0739-38 87 26

Epost: elin.holmstrand@vgregion.se

### **Handledare**

Lars-Eric Olsson

Universitetslektor/Sjuksköterska

Tel: 031-786 60 38

Epost: lars-eric.olsson@gu.se

## **Skriftligt informerat samtycke till att delta i studien om patienters upplevelse av rondens**

Jag har fått muntlig information om studiens innehåll och jag har fått möjligheter att ställa frågor kring denna. Frågorna har blivit besvarade. Jag är medveten om att studien är helt frivillig och att jag när som helst, utan förklaring, kan välja att avbryta mitt deltagande.

---

Deltagarens underskrift

---

Namnförtydligande

---

Information given av

