



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

PATIENTERS UPPLEVELSER AV DELAKTIGHET INOM SLUTEN DEPRESSIONSVÅRD

Mattias Ekman
Emma Nilsson

Uppsats/Examensarbete:	15 hp
Program och/eller kurs:	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, 60 hp.
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Nils Sjöström, Universitetslektor
Examinator:	Margret Lepp, Professor

Titel (svensk):	Patienters upplevelser av delaktighet inom sluten depressionsvård
Titel (engelsk):	Patients' perceptions of participation during depression in an in-care setting
Examensarbete: Program:	Examensarbete i omvårdnad Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatrisk vård, 60 hp.
Nivå:	Avancerad Nivå
Termin/år:	Vt 2016
Handledare:	Nils Sjöström, Universitetslektor
Examinator:	Margret Lepp, Professor
Nyckelord:	Patientdelaktighet, Omvårdnad, Slutenvård, Depression

Sammanfattning:

Bakgrund: Depression är en allvarlig sjukdom som drabbar många människor och för med sig stora konsekvenser för såväl individen som samhället. Vid svåra depressioner kan personen som drabbats vara i behov av sluten psykiatrisk vård. Vården skall, i enlighet med rådande lagstiftning och gällande vårdmodeller, utformas i samråd med patienten. Trots fortsatt utveckling inom området återfinns fortfarande brister på det kliniska fältet.

Syfte: Syftet med studien var att belysa patientens upplevelse av delaktighet i sin vård vid depression inom psykiatrisk slutenvård.

Metod: Semistrukturerade intervjuer valdes för insamling av data. Dataanalys genomfördes med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visar patienters upplevelser av delaktighet inom sluten depressionsvård.

Fem teman redovisas och de belyser; *Att vara delaktig, Att inte vara delaktig, Förändrad delaktighet över tid, Möjligheter till delaktighet samt Hinder för delaktighet.*

Konklusion: Delaktighet är för personer med depression ett mångfacetterat begrepp.

Vårdpersonal har möjlighet att påverka personens upplevelse av delaktighet inom slutenvården.

Nyckelord: Patientdelaktighet, Omvårdnad, Slutenvård, Depression.

Abstract

Background: Depression is a serious disease that affects a lot of people and leads to great consequences not only for the individual but also for society. At severe depression sometimes the person needs inpatient psychiatric treatment. The care shall, according to existing legislation and care models, elaborate a care plan in consultation with the patient. All though continuous development within the area there are still much improvement to be made in the clinical field.

Aim: The aim of the study was to illustrate patients' perception of participation in their care during depressive treatment in an inpatient setting.

Method: Semi structured interviews were chosen for data collection. Data were analysed through qualitative content analysis.

Result: The result shows patients' perceptions of participation during depression while they are under hospital treatment. Five themes are illustrated to shed light upon; *Being participative*, *Not being participative*, *Changed participation over time*, *Possibilities for participation* and *Obstacles for participation*.

Conclusion: Participation for persons with depression is a multi-faceted concept. The caring staff has a role to play in the impact on the persons' perception of participation in an inpatient setting.

Keywords: Patient participation, Nursing, Inpatient Care, Depression.

Förord

Författarna vill framförallt tacka de deltagare som ställt upp för att möjliggöra denna studie. Vidare riktas ett varmt tack till vår handledare Nils Sjöström för goda reflektioner, diskussioner och stöd under arbetets gång.

Enheter med berörd personal tackas för gott samarbete. Ett särskilt tack får även riktas till författarnas familjer för sitt empatiska förhållningssätt vid stunder av icke-närvarande.

Vi hoppas att vårt resultat kan komma till användning och inspirera till vidare forskning.

Innehållsförteckning

1.0 Inledning.....	1
2.0 Bakgrund	1
2.1 Vad är depression?.....	1
2.2 Behandling.....	2
2.3 Specialistsjuksköterskans roll.....	2
2.4 Personcentrerade vårdmodeller	3
2.5 Delaktighet.....	4
2.6 Lagar och förordningar	5
2.7 Tidigare forskning	5
2.8 Problemformulering.....	7
3.0 Syfte	7
4.0 Metod	8
4.1 Teoretisk bas.....	8
4.2 Urval/Deltagare	8
4.3 Datainsamling	8
4.4 Dataanalys	9
4.5 Forskningsetiska överväganden.....	10
5.0 Resultat.....	11
5.1 Tema: Att vara delaktig	12
5.2 Tema: Att inte vara delaktig	13
5.3 Tema: Förändrad delaktighet över tid	14
5.4 Tema: Möjligheter till delaktighet.....	15
5.5 Tema: Hinder för delaktighet	16
6.0 Diskussion	17
6.1 Metoddiskussion.....	17
6.2 Resultatdiskussion	19
7.0 Konklusion	22
Referenslista	23
Bilaga 1 Intervjuguide	
Bilaga 2 Information angående examensarbete på avancerad nivå	
Bilaga 3 Forskningspersonsinformation	
Bilaga 4 Information om examensarbeten i Västra Götaland.	

1.0 Inledning

Depression är den fjärde vanligaste orsaken till ohälsa i världen (SBU, 2004). Under de senaste årtiondena har sjukskrivningarna i Sverige på grund av sjukdomen ökat kraftigt. Specialistsjuksköterskan har en viktig funktion att fylla vid vården av deprimerade patienter genom att försöka påverka negativt tankeinnehåll om sig själv, sin omgivning och sin framtid. För att nå framgång i detta är det av vikt att patienten ges utrymme att utforska sig själv och sätta ord på sina känslor och uppmuntras att vara delaktig. Sjukvården i Sverige har lagstadgade krav att patienten ska göras delaktig i sin vård efter sin förmåga. Begreppet delaktighet är centralt inom person-centrerad vård och patientens upplevelse av delaktighet finns studerat inom den somatiska vården och inom psykiatrisk öppenvård, men det finns en kunskapslucka inom den psykiatriska slutenvården för personer med depression. För att belysa hur patientdelaktighet implementeras i dagens slutenvård behövs mer insikt i patienternas upplevelse av delaktighet. Syftet med studien är att belysa patientens upplevelse av delaktighet i sin vård vid depression inom psykiatrisk slutenvård. Vårdtagare kan då mötas av vårdpersonal som har större insikt i vad delaktighet, utifrån patientperspektivet, kan innebära för patientgruppen.

2.0 Bakgrund

2.1 Vad är depression?

Depression är den fjärde vanligaste orsaken till ohälsa i världen och svarar då för en ansenlig del av den globala ohälsan (SBU, 2004). Murray och Lopez (1996) förutspår att depressionssjukdomar och dess påverkan på samhället kommer fortsätta att öka globalt då tidigare studier allvarligt underskattat den globala sjukdomsburden. Tidigare studier har riktat in sig på vad sjukdomar har för dödlighet och inte på vilka handikapp eller konsekvenser de medför (ibid.). Murray och Lopez antagande stöds ytterligare av en uppföljande jämförelse av Ferrari et al. (2013) som befäster depression som en ledande orsak till den globala sjukdomsburden. Forskning om insjuknandeålder och sjukdomsduration ger resultat som antyder att depression kan vara ledande orsak till ohälsa i västländerna (SBU, 2004).

I Sverige beräknas livstidsrisken att drabbas av depression till 22.5 % för män och 30.7 % för kvinnor (Mattisson, Bogren, Nettelbladt, Munk-Jørgensen & Bhugra, 2005). Sedan slutet av 1990-talet har sjukskrivningar i Sverige på grund av depression ökat kraftigt. I början av 2000-talet var kostnaderna i Sverige för antidepressiva läkemedel cirka 1.6 miljarder kronor (SBU, 2004). Direkta och indirekta kostnader årligen för depression beräknades år 2008 uppgå till 35 miljarder kronor. Den indirekta sjukfrånvaron stod för 75 % av kostnaderna (Ekman, Granström, Omérov, Jacob & Landén, 2014, september). Inom sjukvården används ordet depression för att beskriva ett syndrom som i sin tur består av olika symtom som ofta kan ses tillsammans. Orsaken till varje symtom kan skilja sig från fall till

fall (SBU, 2004).

Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM, beskriver de kriterier som möjliggör att sjukdomsdiagnos kan ställas. DSM V beskriver *egentlig depression* utefter följande drag: Något av en ihållande negativ sinnesstämning såsom dysterhet som kan observeras även av andra eller nedsatt förmåga till glädje måste föreligga. Andra symptom som föreligger är viktnedgång, sömnstörning, psykomotorisk agitation, brist på energi, att känna sig värdelös, koncentrationssvårigheter och tankar på döden. Symptomen ska vara uppvisade under minst två veckor. Patienten drabbas även av lidande och försämrad funktionsförmåga vid arbete eller sociala kontakter. Andra orsaker till nedstämdhet skall ha uteslutits (American Psychiatric Association, 2014).

Depressionssjukdom leder till konsekvenser för den drabbade som arbetsförmåga, personligt lidande, inkomstbortfall och risken att dö i förtid. Även anhöriga kan drabbas sekundärt (Åsberg & Mårtensson, 2010). En depressionsperiod varar ofta mellan 6-24 månader om den förblir obehandlad. Risken att återinsjukna i depression efter att en gång haft det är 50 % och risken att drabbas av kroniska tillstånd är 25 % (Stuart, 2013).

2.2 Behandling

Målet med behandling av depression är tillfrisknande från sjukdomstillståndet samt återerövring av förlorade funktioner på det sociala planet samt arbetsförmåga. Detta mål ses som nåbart i de flesta fall förutsatt att tillgängliga behandlingar används (Socialstyrelsen, 2010). Viktigt är också förebyggandet av återinsjuknande. Medicinska interventioner har god effekt vid depression. Psykoterapier är också en vedertagen metod som fungerar bäst vid lättare depressioner men kan användas som ett komplement vid djupa depressioner. Vid djupa depressioner används även Elektrokonvulsiv behandling (ECT) med gott resultat (Läkemedelsverket, 2004).

2.3 Specialistsjuksköterskans roll

Stuart (2013) beskriver specialistsjuksköterskans roll, med inriktning mot psykiatri, att sörja för patientens säkerhet, fysiska behov samt planering och stöttning vid depression. Behoven och typ av intervention växlar beroende på var patienten befinner sig i sjukdomsprocessen. Sjuksköterskan ger patienten hopp då denne inte har något eget att finna samt ger patienten möjlighet att utforska och sätta ord på sina känslor. Senare i behandlingen arbetar sjuksköterskan med att försöka påverka patientens tankemönster då patientens tankar ofta innefattar negativt tankeinnehåll om sig själv, sin framtid och sin omgivning. Patienten uppmuntras att substituera negativt tankeinnehåll och öka positiva tankegångar, vilket stärker patientens självkänsla och självinsikt. Andra sätt är att öka sociala aktiviteter, socialt stöd och ge patienten en känsla av att göra något meningsfullt (ibid.). Patienten ska bemötas med ett

empatiskt och öppet förhållningssätt. Av vikt är att ge patienten möjlighet att prata om sig själv och sina erfarenheter (Läkemedelsverket, 2004).

Patientens åsikter, önskemål och förförståelse kan påverka behandlingsresultatet. Ett samarbete mellan vårdare och patienten krävs för en lyckad behandling. Detta byggs upp genom ömsesidigt förtroende (ibid.).

2.4 Personcentrerade vårdmodeller

Många vårdmodeller har under slutet av 1990-talet och under 2000-talets inledning influerats av den humanistiska skolan och sökt att framhäva begreppet personcentrering (McCormack & McCance, 2010). McCormack och McCance belyser Kitwood's definition av begreppet, han menar att personcentrering grundar sig på att en människas person skapas i kontexten och i relation med andra människor då människor är sociala varelser, begreppet innefattar erkännande, respekt och tillit (ibid.).

I artikeln av Kitson, Marshall, Bassett och Zeitz (2013) beskrivs hur den humanistiska skolan innebar en omstrukturering i början av 1990-talet från en rutinmässig vård till en mer individualiserad vårdmodell där vikten av den terapeutiska relationen till patienten lyftes fram. Den individualiserande vårdidéen fick snart efterföljare; i början av 1990-talet började den patient-centrerade vården ta form. Till en början lades fokus på respekt för patienten, koordinerad och integrerad vård, fysiskt och emotionellt omhändertagande, anhängigt deltagande och transition. Det nya synsättet fick stort gehör och genomslagskraft inom samtliga vårdverksamheter. Den patient-centrerade vården vidareutvecklades under 1990-talet och komponenter tillfördes såsom att försöka förstå hela patienten och dennes upplevelser av ohälsa. Relationen mellan doktor och patient lyftes och vikten av att de tillsammans skulle finna en gemensam strategi att bemöta ohälsan och inta ett realistiskt förhållningssätt kring prognos. I början av 2000-talet började forskare inom patient-centrerad vård lyfta fram personen istället för patienten och de tilldelade även vårdpersonal en "person"(ibid.). Begreppet personcentrerad vård (PCV), följer därför Kitwood's definition och enligt McCormack och McCance (2010) kan kärnan av PCV beskrivas som "*being in relation, being in a social world, being in place and being with self.*" (s. 26). Strukturen och stommen i PCV beskrivs utifrån *förutsättningarna, vårdmiljön, den personcentrerade processen och resultatet*, se Figur 1.

Förutsättningarna innefattar de egenskaper som sjuksköterskan har. Det innebär professionalism, utvecklade mellanmännsliga färdigheter, hängiven sitt arbete, ha självinsikt över sina egna värderingar och åsikter och kunna reflektera över hur de kan påverka mötet med den andra personen. Med *vårdmiljön* menar McCormack och McCance det kontext där vården genomförs. Det handlar bland annat om att kontexten skall vara strävande mot delat beslutsfattande, att ett lämpligt team av professionella finns tillgängligt, stöttande organisation samt den rent fysiska miljön. *Den personcentrerade processen* är den del som beskriver hur vården skall genomföras. Att patientens åsikter och värderingar lyfts fram, engagemang och närvaro, delat beslutsfattande och ett holistiskt synsätt och agerande är de komponenter som gör PCV personcentrerat. Slutligen i den struktur som skapar PCV ses *resultatet*. Här lyfts

tillfredsställelsen av vården, delaktighet i vården, välbefinnande och hur terapeutisk vårdmiljön har varit i relation till PCV (ibid.)



Figur 1. PCV-struktur (McCormack & McCance, 2010, s. 34).

Person-centrerad vård är således en ledande vårdmodell som lyfter patientdelaktighet i beslutsfattande. Ytterligare utgör PCV en av sex av specialistsjuksköterskans kärnkompetenser (Ekman & Norberg, 2013).

2.5 Delaktighet

Delaktighet betyder aktiv medverkan, det innebär att en person tar del i och medverkar i något (Kjellström, 2012). Begreppet delaktighet förklaras som mångtydigt, det kan användas med skilda betydelser i olika sammanhang men innebär även att begreppet förstås på olika sätt av olika människor. Delaktighet, att kunna påverka, förknippas även med en känsla av att vara till nytta och ha medinflytande. Det finns interna och externa förutsättningar i relation till begreppet delaktighet. Interna förutsättningar är individbundna såsom individens vilja, förmågor och förväntningar. De externa förutsättningarna är de omständigheter som finns i situationen. Processen delaktighet kräver en relation mellan två parter. Patientdelaktighet innebär en etablerad relation som bygger på ömsesidighet, respekt, tillit och positiva känslor. Den professionella parten måste överlåta viss kontroll och makt till patienten. För att uppnå patientdelaktighet krävs att vårdpersonal etablerar kontakt, uppmuntrar och stödjer patienten. Graden av delaktighet är viktig att bedöma utifrån patientens individuella önskemål samtidigt måste parternas olika syn på vad delaktighet innebär beaktas. Den etiska dimensionen av begreppet handlar om att människor ska bli sedda, lyssnade på och tagna på allvar. I det professionella ansvaret åligger det sjuksköterskan att möta människor där de är och att genom kommunikation respektera och sträva mot att förstå patienten. Det finns patienter som inte kan eller vill vara delaktiga (ibid.). I studien avser man delaktighet utifrån Kjellströms definition.

Delaktighet kan därför knytas till PCV-struktur så som den beskrivs av McCormack och McCance (2010) enligt Figur 1. De interna förutsättningarna återspeglas i såväl *förutsättningarna, den personcentrerade processen* som *resultatet*. Samtidigt kan de externa förutsättningarna speglas i *vårdmiljön* och *resultatet*.

Delaktighet i beslutsfattande är centralt inom psykiatrisk vård enligt Socialstyrelsen (2012). Det delaktiga beslutsfattandet lyfts här fram i syfte att stärka patienternas roll att aktivt delta i beslut som rör deras vård och psykiska hälsa, för att tydliggöra patientens egna preferenser, ge information om alternativ och fatta gemensamma beslut om behandling (ibid.).

2.6 Lagar och förordningar

Svenska författningssamlingen har flera lagar som styr hälso- och sjukvården beträffande patientdelaktighet, patientens inflytande och rätten till information. Den lag som övergripande styr vårdpersonal i vårdarbetet är Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763). Här beskrivs att vården skall bygga på respekt för människors lika värde och den enskildes värdighet, vården skall bygga på respekt för patientens autonomi och integritet. Individuella planer skall om möjligt upprättas tillsammans med patienten. Hälso- och sjukvårdslagen beskriver även patientens rätt till information samt möjlighet till att välja behandlingsalternativ vilket även är centralt i Patientlagen (SFS 2014:821).

Patientlagen syftar till att tydliggöra och stärka patientens ställning i vården samt att främja patientens autonomi, integritet samt delaktighet. Här beskrivs hur hälso- och sjukvård skall utformas och genomföras i samråd med patienten i så stor utsträckning som möjligt och att vården skall utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar. Patientlagen lyfter liksom hälso- och sjukvårdslagen patientens rätt till information, vård efter samtycke från patienten samt patientens rätt att få välja behandling då behandlingsalternativ finns. Patienten har även rätt att avstå från viss behandling och har då rätt att få information om vilka konsekvenser det kan innebära för patienten.

Även Patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659) befäster patientens rätt att bli bemött med omtanke och respekt, patientens rätt till information och valmöjlighet samt rätten att så långt som möjligt kunna delta i utformning och genomförande av sin individuella vård.

2.7 Tidigare forskning

Under 2000-talet har flera svenska studier, med utgångspunkt från Centrum för personcentrerad vård i Göteborg, utförts som visat fördelar med att använda sig av PCV inom den somatiska vården. I en ortopedisk studie om höftledsbyte visades att vårdtiden förkortades med PCV-intervention jämfört med standardvård och orsaken till detta bedömdes vara ökat fokus på delaktighet i vården (Olsson, Karlsson, Berg, Kärrholm & Hansson, 2014). Ulin, Olsson, Wolf och Ekman (2015) visade att ökad delaktighet genom PCV reducerade slutenvårdstiden för patienter med kronisk hjärtsvikt, dessutom var det fler patienter som

kunde vända tillbaka till självständiga liv jämfört med kontrollgruppen efter sjukhusvistelsen. Detta genom att se patienten som kompetent; att inleda ett tidigt partnerskap och involvera denne i vårdprocessen. Ytterligare en studie påvisar att PCV leder till att patienter med hjärtsvikt i större omfattning än i en kontrollgrupp kan hantera sin upplevda ohälsa (Dudas, Olsson, Wolf, Swedberg, Taft, Schaufelberger & Ekman, 2012). Det är även klarlagt att patienter som vårdas för hjärtsvikt inom somatiken med PCV kan behålla en högre funktionsnivå genom sjukhusvistelsen än vid traditionell vård (Ekman, Wolf, Olsson, Taft, Dudas, Schaufelberger & Swedberg, 2011a).

PCV har inte i samma utsträckning studerats inom psykiatrisk vård. Däremot återfinns en hel del studier genomförda inom psykiatrin som inriktar sig på delaktighet och delat beslutsfattande. Gabrielsson, Looi, Zingmark och Sävenstedt (2014) visar i en studie på vårdteamets varierande uppfattningar kring beslutsfattande i slutna psykiatrisk vård. De menar att skötarna är de som arbetar närmast patienten och att de därmed bäst kan företräda patienten i beslutsfattarprocessen. Ytterligare lyfts att specialistsjuksköterskorna i nuläget dras åt ett allt mer patientdistanserat arbete och att de, som ledande i teamet beträffande PCV, måste komma närmare patienten. I en studie av Schröder, Ahlström och Wilde Larsson (2006) belyses patienters uppfattning av vad god vårdkvalitet innebär inom psykiatrisk öppenvård. Resultatet visar bland annat på patienters uppfattning av att delaktighet i planeringen av vården är central för att uppnå god vårdkvalitet. Ytterligare visar studien att patienterna anser att god information om sjukdom och behandling krävs för delaktiga beslut. Att känna sig bekräftad genom att personal tar dem på allvar, ser dem som unika individer vars tankar räknas, lyssnar och ger tid till samtal lyfts som viktiga komponenter till god vårdkvalitet (ibid.). I en annan studie som gjorts för att studera faktorer som stärker eller hämmar delaktighet, har personer med erfarenhet av psykiatrisk vård och sjuksköterskestudenter tillfrågats om deras upplevelser (Tee, Lathlean, Herbert, Coldham, East & Johnson, 2007). Resultatet sammanfattar de stärkande faktorerna till en respektfull kultur som framhåller patientens expertis och som genomsyras av tilltro till individens potential, autonomi och självständighet. Kommunikationen är central. Forskarna beskriver att de hämmande faktorerna till delaktighet är det stigmatiserande och paternalistiska handlandet där behandling beslutas enbart utifrån diagnos.

En studie om deprimerade patientens följsamhet i behandling relaterat till medverkan/delaktighet inom primärvården indikerade att delat beslutsfattande vid val av behandling påverkar behandlingsresultatet och ses som en nyckelfaktor för att påverka följsamhet i behandling (Loh, Leonhart, Wills, Simon & Härter, 2006). Simon, Loh, Wills och Härter (2006) publicerade även en studie om depressiva patienters upplevelse av beslutsfattande kring depressionsbehandling. Studien belyser öppen- och slutenvårdspatienters perspektiv på hur beslut fattas. Bland annat beskrivs att ju allvarligare symtom och ju mer brådskande åtgärder som krävdes desto lättare tog patienterna snabbare beslut. Besluten underlättades om patienten upplevde läkaren som en stödjande person som lade fokus på patientens perspektiv. Bristande information om en behandlings för- och nackdelar resulterade i en längre beslutsfattarprocess. Av deltagarna i studien uppgav 85 % att de varit delaktiga i beslutsfattarprocessen och att de tillsammans med läkaren tagit gemensamma beslut. I samma studie uppgav 20 % av deltagarna att de, vid allvarliga symtom, haft kortare samtal och mindre delaktighet i beslut. Deltagarna såg det som självklart i den givna situationen och de var tacksamma för att läkaren då fattade samtliga beslut enväldigt (ibid.)

Det finns även forskning som visar att patientdelaktighet inte alltid fungerar i dagens sjukvård. I en sammanställning av Joseph-Williams, Elwyn och Edwards (2014) redovisas patient-rapporter om vad patienter anser vara anledningen till avsaknad delaktighet. Resultatet visar att det dels finns organisatoriska faktorer såsom tidsbrist, kontinuitet, vårdens flöde samt vårdmiljön som påverkar patientdelaktigheten negativt. Ytterligare belyser man faktorer som ligger utanför det organisatoriska spannet och istället påverkar själva beslutsfattarprocessen. Här menar patienterna att interaktionen med vårdpersonalen kan innefatta barriärer för delaktighet, stigmatisering och paternalism från såväl vårdgivare men även vårdtagare förekommer. I en studie av Ekman et al. (2011b) beskrivs hur vårdprocessen fortfarande är rutinmässig, ritualbunden och inte möjliggör ett meningsfullt partnerskap trots vårdpersonalens positiva inställning till PCV.

2.8 Problemformulering

Depression är ett världshälsoproblem; specialistsjuksköterskan har en viktig funktion att fylla vid vården av personer med depression. Begreppet delaktighet har beväst omvårdnadsteoretiskt och är centralt inom PCV samt lagstiftad att användas inom den svenska hälso- och sjukvården. Tidigare forskning visar att personcentrerad vård, där delaktigheten är central, leder till fördelar både för verksamheten och för den enskilde patienten. Forskning visar även att såväl vårdtagare och vårdgivare ser positivt på delaktighet. Ytterligare finns belägg för att implementeringen av PCV tar tid och inte genomsyrar all verksamhet i dagsläget, barriärer på såväl organisationsplan som personplan utgör hinder för patientdelaktighet.

Studier angående delaktighet finns vid depressionsjukdomar, men inte i någon större omfattning inom slutenvården. Tidigare forskning belyser inte i någon större utsträckning patientens upplevelser av delaktighet inom slutna depressionsvård. För att ytterligare belysa hur patientdelaktighet implementeras i dagens slutenvård för personer med depression behövs mer kunskap om patienternas upplevelse av delaktighet.

3.0 Syfte

Syftet med studien är att belysa patientens upplevelse av delaktighet i sin vård vid depression inom psykiatrisk slutenvård.

4.0 Metod

4.1 Teoretisk bas

Studien riktade sig till att samla och tolka upplevelser kring valt fenomen utifrån patientperspektivet. Studien antar en kvalitativ tolkande ansats. Kvalitativa ansatser används för att ge kännedom om fenomen genom att öka förståelsen för bland annat uppfattningar och upplevelser (Tidström & Nyberg, 2012). Då avsikten är att tolka upplevelser väljs kvalitativ innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (2004) som analysmetod. Enligt Graneheims och Lundmans innehållsanalys tolkas data antingen manifest eller latent. Studien avser att analysera det latent innehåll.

4.2 Urval/Deltagare

Urval till studien sker genom ändamålsenligt urval. Metoden valdes för att komma i kontakt med deltagare som upplevt fenomenet (Polit & Tatano Beck, 2008; Henricson & Billhult, 2012). Inklusionskriterier var:

- att vara diagnostiserad med diagnosen egentlig depression enligt DSM V (American Psychiatric Association, 2014),
- att vara diagnosticerad med egentlig depressionsperiod enligt DSM IV (Herlofsson & Landqvist, 2002),
- att ha fyllt 18 år, att prata svenska,
- att vara i en kognitiv återhämtningsfas (utskrivningsplanering föreligger),
- att ha en planerad vårdtid på ytterligare minst 2-3 dagar inom slutenvården.

Båda könen var lika välkomna att delta. Deltagare eftersöktes på tre allmänpsykiatriska avdelningar inom Västra Götalandsregionen. Deltagare i studien vårdades inom slutenvården på allmänpsykiatrisk avdelning på frivillig indikation för depression. Tolv personer tillfrågades om deltagande i studien varav sex deltagare tackade ja.

Deltagarna var mellan 39 och 67 år. Fem män och en kvinna deltog.

Två av deltagarna hade tidigare erfarenhet av psykiatrisk slutenvård för depression, de fyra andra hade inga tidigare erfarenheter av psykiatrisk slutenvård.

4.3 Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer (Danielson, 2012) valdes då den möjliggör ökad insikt i deltagarnas subjektiva syn på ett fenomen. Intervjuguiden (bilaga 1) utarbetades utifrån en redan befintlig intervjuguide som använts i en studie av Fraenkel och McGraw (2007). Då

Kjellström (2012) menar att synen på delaktighet bör klargöras för att nå djupare förståelse ställdes under intervjun en fråga kring patientens uppfattning om begreppet delaktighet och dess innebörd.

Efter godkännande av studiens genomförande på verksamhetsnivå anordnades möte med enhetschef och kontaktpersoner på respektive avdelning. Kontaktpersonen sökte på avdelningen efter deltagare som passade inklusionskriterierna (bilaga 2) och gav muntlig och skriftlig (bilaga 3) information om studien. Då deltagaren accepterade bokades intervju inom en vecka. Datasamlingen pågick mellan 2016-01-18 och 2016-02-04. Intervjuerna genomfördes enskilt av båda forskarna i samtalsrum på deltagarnas avdelningar. Tidsåtgången varierade mellan 13 minuter till 43 minuter. Innan start hade deltagaren möjlighet att ställa frågor. Muntligt samtycke inhämtas innan intervjun började.

Intervjun spelades in med ljudupptagning och transkriberades ordagrant i nära anslutning till intervjusituationen. Vid transkriberingen registrerades även icke verbal kommunikation. Varje intervju avidentifierades och försågs med en unik etikett inför fortsatt analys.

4.4 Dataanalys

Analysen genomfördes med en induktiv ansats (Lundman & Hällgren-Graneheim, 2014). Graneheim et al. (2004) visar illustrativt hur arbetet med kvalitativ innehållsanalys kan se ut när latent innehåll analyseras i tabell 1 tillsammans med ett exempel från analysprocessen.

Först lästes texten igenom för att skapa en översikt av innehållet, sedan identifierades *Meaning units* (meningsbärande enheter). Meningsbärande enheter kondenserades till *Condensed meaning unit* (kondenserade meningsbärande enheter), Nästa steg var *Interpretation of the underlying meaning* (tolka den underliggande meningen) i de kondenserade meningsbärande enheterna. Ovanstående del utfördes av samma forskare som insamlat datan vid intervjutillfället.

Efter detta reflekterade forskarna tillsammans över varje genomförd tolkning, vilket ledde till omtolkning i de fall oklarheter förelåg tills konsensus uppnåddes. Ur tolkningarna av de kondenserade meningsbärande enheterna skapades fem kategorier: *Samtal, Information, Delaktighet i beslutsfattande, Hinder och möjligheter till delaktighet* samt *Relation*.

Därefter skapades *Sub-themes* (underteman) av de tolkade kondenserade meningsbärande enheterna. Underteman bildade övergripande *Themes* (teman). Teman och underteman redovisas i resultatet.

Under resultatprocessen genomfördes en triangulering. En kollega med magisterexamen i omvårdnad, samt erfarenhet av den aktuella metoden och därtill studerat upplevelser på avancerad nivå, tog del av en avidentifierad intervju och analyserade den enligt kvalitativ innehållsanalys. Resultatet av trianguleringsanalysen jämfördes sedan med analysresultat, där justeringar i underteman genomfördes efter reflektion och diskussion.

Tabell 1. Kvalitativ analys enligt Graneheim et al. (2004). Exempel från analysprocessen

Meaning unit	Condensed meaning unit Description close to the text	Condensed meaning unit Interpretation of the underlying meaning	Sub-theme	Theme
-... så har jag nog haft <u>tur</u> även om det finns andra sjuksköterskor och jag gillar dem allihop.. så så så så kan jag ju säga att "G" hade ju en sällsynt god förmåga å lyssna in och liksom...få mig att tänka rätt, om du förstår vad jag menar att alltså när man kan överlämna sina tankar till en person vad det än vara månde och känna att de kommer i rätta händer och att han liksom ägnar och så <u>ägnar tid</u> . Och så finns det ju också en en gnutta humor å å så i detta. Så så så jag måste säga det att att för mig så har han, så har han passat mig som handsken. Tror jag säkert att det är så att det måste finnas kemi...	G" har sällsynt förmåga att lyssna in mig att tänka rätt och ta sig tid, vilket gör att man kan tala om sina tankar och känna tillit. Det fanns en gnutta humor och god kemi.	Viktiga egenskaper hos sjuksköterskan för att bygga tillit är förmågan att lyssna, få patienten att reflektera, ta sig tid, humor och god personkemi parterna emellan.	Mellanmänskligt möte med vårdpersonal	Möjligheter till delaktighet

4.5 Forskningsetiska överväganden

En forskningspersonsinformation utarbetades utefter etikprövningsnämndernas riktlinjer: Ansökningsblankett om etikprövning (Etikprövningsnämnderna, 2015).

Belmontrapporten innehåller etiska riktlinjer att ta hänsyn till när forskning bedrivs: att minimera risker för skada och maximera fördelar för deltagarna, att respektera mänsklig värdighet samt att rättvisepincipen tillämpas (Polit & Tatano Beck, 2008). Forskarna har under arbetets gång reflekterat över etiska ställningstaganden för att upprätthålla den etiska standard som forskningen kräver.

Syftet med forskningsintervjun var att generera kunskap som skapas mellan intervjuaren och den som intervjuas; om forskningspersonen påverkades av intervjun räknades detta som en sidoeffekt (Kvale & Brinkmann, 2006). En positiv bieffekt av forskningsintervjun kunde dock vara att personen som intervjuades gavs tillfälle för reflektion, ökad förståelse och förändring. En forskningsintervju bedrivs under ojämna maktförhållanden som intervjuaren behöver vara medveten om. Denna maktasymetri kan få intervjupersonen att bli mindre välvilligt inställd till intervjun och kan även leda till att intervjun får avbrytas (ibid.). Genom ökad medvetenhet över sådana förhållanden eftersträvades att respektera och vara lyhörd för deltagarens

integritet och gränser. Intervjun skedde på deltagarens slutenvårdsavdelning för att de vid behov skulle kunna få stöd av personal från avdelningen. Verksamhetschef och enhetschef gav sitt medgivande till att erbjuda professionellt stöd om behovet skulle uppstå.

Forskningen bedrevs på enheter där tidigare vårdkontakter och patientrelationer inte ska ha uppkommit. Intervjuerna genomfördes på tre allmänpsykiatriska avdelningar i Västra Götalandsregionen. Brev "Information om examensarbeten i Västra Götaland" (bilaga 4), brev "Information angående examensarbete på avancerad nivå" (bilaga 2) samt "Forskningspersonsinformation" (bilaga 3) skickades till verksamhetschef och enhetschef på de berörda enheterna och godkändes före genomförandet av intervjuerna. Innan varje intervju kontrollerades att inklusionskriterierna (bilaga 2) var uppfyllda med berörd kontaktperson på enheten samt att deltagaren erhållit Forskningspersonsinformationen (bilaga 3) och lämnat muntligt samtycke till studien. Intervjun bokas sedan in mellan 1-7 dagar från det muntliga samtycket. Vid intervjutillfället efterfrågas endast namn och ålder som personuppgift, då övriga inklusionskriterier redan stämts av med kontaktpersonen. Intervjun spelades sedan in och transkriberas. Data som tillhörde intervjuerna förvarades inlåst och samtliga data förstörs efter att forskningsrapporten godkänts av examinator.

Etiska fördelar kan ses i ett vidare perspektiv genom projektet; syftet är inte att granska eller döma vården kring patienternas möjlighet till delaktighet, utan att ge kunskap till vårdpersonal, utifrån patientperspektivet, hur delaktighet upplevs för den enskilde patienten. Vårdtagare kan då mötas av vårdpersonal som har en större insikt i vad delaktighet kan innebära för patientgruppen.

5.0 Resultat

Analysen av datan utmynnade i fem temagrupper som vardera innehöll ett antal underteman som beskrev patienternas upplevelser av delaktighet. De temagrupperna som identifierades var *Att vara delaktig*, *Att inte vara delaktig*, *Förändrad delaktighet över tid*, *Möjligheter till delaktighet* samt *Hinder för delaktighet*. Citat redovisas för varje undertema. Detta illustreras i Tabell 2.

Tabell 2. Resultatets uppbyggnad

Undertema	Tema
Veta vad som sker Delaktighet i sin vård Uppleva trygghet	Att vara delaktig
Att inte göras delaktig i sin vård	Att inte vara delaktig
Oförmåga till delaktighet Att få lämna över ansvar Att åter kunna ta ansvar	Förändrad delaktighet över tid
Personalens kompetens möjliggör Mellanmänskligt möte med vårdpersonal Samtal och information Anhörigas involvering i vården	Möjligheter till delaktighet
Vårdmiljö Personalens kompetens saknas	Hinder för delaktighet

5.1 Tema: Att vara delaktig

Temat innefattas av tre underteman och belyser hur deltagarna beskriver vad som får dem att uppleva delaktighet. Underteman är; *Veta vad som sker*, *Delaktighet i sin vård* samt *Uppleva trygghet*. Att veta var vården befinner sig här och nu samt att en planering över den kommande tiden delgavs gav en klar indikation av delaktighet. Delaktighet i sin vård beskriver upplevelser där patienten kunnat påverka vården och kände att deras önskemål togs i beaktning. Att uppleva trygghet betonades som en väsentlig faktor till att uppleva delaktighet där även begrepp som gemenskap och tillit lyfts som en del i delaktigheten.

Veta vad som sker

Deltagarna beskrev hur de upplevde delaktighet då de var införstådda med vad som sker. En deltagare beskriver vikten att vara införstådd i händelseförloppet av sin vård:

- Ja, det tycker jag är bra att få göra, det tycker jag är viktigt då, att veta vad som händer och vad vi kan göra.

Vikten av att vara införstådd i det som händer beskrivs av en deltagare på följande sätt:

- Ehh... delaktighet för mig betyder att jag får veta vad dom [personal] ska göra, vad som ska ske ... och så att dom talar om då liksom att...att man vet vad som händer och sker.

Delaktighet i sin vård

Deltagare beskrev hur de upplevde delaktighet då de själva bestämde över hur dagarna på avdelningen skulle se ut:

- delaktighet för mig när jag kom hit som jag tänker en sak som vi är delaktiga i det är att det finns mycket aktiviteter och välja på...och där får man ju välja ... till exempel styrketräning, vattengympa, arbetsterapi och så vidare får vi ju bestämma vad vi är på för humör själva om man vill vara med eller bara ligga och vila så..det inflytandet på dagen, det finns inga...bestämda såna saker utan det är valbara aktiviteter.

Ytterligare ses en aspekt där deltagare upplever delaktighet då de deltar i diskussion angående läkemedelsbehandling, en deltagare beskrev det så här:

- Ja, vi hade en diskussion om ..om hur jag fungerar lite...att jag inte tyckte att jag fungerade på eftermiddagarna för då funkar inte min medicin.

Uppleva trygghet

Deltagarna beskriver att ensamhet ger otrygghet men att delaktighet i form av gemenskap skapar trygghet. En deltagare beskriver hur gemenskap kan se ut:

- ehh...delaktighet ...ehh...vad jag upplevde som positivt kan jag ju säga var ju att vissa skötare dom tog ju tid på sig och satt man och pratade och...ja...vi snackade helt enkelt...det kändes bra för då hade man ju någon iallafall då.

Vikten av trygghet till personalen och då framför allt personalen närmast patienten beskrivs av en deltagare:

- man ska ju även om dem inte är dedicerade så så ska man veta eller så ska man känna trygghet inför så att säga hela spektrat av personal så att det, så att man inte ska behöva ligga och vänta i fyra dagar. Nu blev det ju så men jag upplevde inte det som nånting negativt innan jag f... men jag upplevde det däremot positivt när jag på allvar fick börja prata med [kontaktsjuksköterska].

5.2 Tema: Att inte vara delaktig

Temat innefattas av ett undertema och beskriver upplevelser då deltagarna inte känt sig delaktiga. Undertemat är; *Att inte göras delaktig i sin vård*. Upplevelsen av att beslut fattas över huvudet på deltagarna framkom som att inte få vara delaktig i sin vård. Vidare fanns en föreställning om att då medicinska beslut skulle fattas fanns det inte utrymme för diskussion eller reflektion då vårdpersonal redan fastställt beslutet.

Att inte göras delaktig i sin vård

Att omvårdnadsbeslut och planer läggs upp utan att patienten deltar eller ens tillfrågas upplevs negativt. En beskrivning lyder:

- Men jag fick ju reda på av min fru att jag hade fått dagspermission på torsdag ... Fast det är ingen här som har sagt det till mig... där har jag inte varit så delaktig även om det är något jag vill.

Upplevelsen av att medicinska beslut inte diskuteras med patienten utan beslutas enhälligt av läkaren belyses av vissa deltagare:

- Ja...de har dom ju bestämt att man ska ta en viss medicin alltså.

En annan deltagare beskriver hur medicinering justerades utan att hen tillfrågades, vilket medförde en känsla av att inte göras delaktig:

-och det var inget så att jag fick bestämma det själv utan det var ju att dem tyckte... ehh det är ju en medicinsk grej om man säger så.

5.3 Tema: Förändrad delaktighet över tid

Temat innefattas av tre underteman som belyser hur deltagarna upplevt att deras behov av delaktighet skiftar under sjukdomsförloppet. Bilden som utmynnade vara att deltagarna uttryckte en upplevelse av oförmåga till att uppnå någon högre delaktighet i sin vård under det initiala skedet. En del deltagare uttryckte att i början av slutenvårdstiden fanns en önskan att avlastas ansvar samt att efterhand kunna återta ansvaret och bli mer delaktig. Underteman är; *Oförmåga till delaktighet, Att få lämna över ansvar samt Att åter kunna ta ansvar.*

Oförmåga till delaktighet

En bild som uppmärksammades i detta undertema var att deltagarna inte upplevde sig själva ha möjlighet till någon högre grad av delaktighet relaterat till sitt sjukdomstillstånd.

- Första veckan var jag ju egentligen ganska nerdrogad...det var jag...så att jag har väl inte så jättemycket tankar och så runt det... det var nog inget speciellt som ...som hände egentligen utan att det var mer att det var ehh...ja...en trygg plats...så kändes det.

En deltagare uttryckte sin minskade förmåga till delaktighet och högre medverkan i vården enligt följande:

- man ... i den i den konditionen som jag befinner mig i så är jag inte kapabel att vara rationell. Ska man va, ska man va så krask att säga så, jag jag jag vet ju inte riktigt vad som som som händer och skall hända. Jag känner inte att jag kan påverka besluten, så mycket kan jag säga.

Att få lämna över ansvar

En deltagare illustrerar ett uttryck av lättnad över att vid vårdtidens början fattades beslut där hon slapp ansvarsbördan och hade önskan av att inte behöva ta ansvar.

- när jag kom hit, för då var jag verkligen i dåligt skick, och då var det väldigt skönt att en läkare liksom beslutade "du måste få vård"...och att dom tog beslut så jag slapp göra det.

En annan deltagare beskriver en lättnad att få anta en mindre delaktig roll och visar att detta skapade trygghet:

- Jag litade på läkare och personal, asså det var inget som jag kände att jag..ehh...hade velat vara delaktig i eftersom det inte är min...jag är bara patient i det läget...så det känner jag mig trygg med det beslutet.

Att åter kunna ta ansvar

Vissa deltagare uttryckte sin vilja att bli mer delaktiga i sin vård längre fram under vårdtillfället:

- Längre fram har man ju säkert mer klarare syn på saker...när jag kom in hit så var jag väldigt sjuk eller väldigt djupt deprimerad så att då hade jag inte kunnat fatta beslut men om man tänker en tid framöver kanske jag kan ha mer...åsikter om och fråga ... Jag tror att om en tid framöver så kommer jag ha bättre syn på det, så.

En annan deltagare fortsätter sitt resonemang angående förändrad delaktighet över tid och menar på att hen varit oförmögen till ansvar initialt under vårdtiden men uttrycker att detta kan komma att ändras längre fram:

-Ja, det det... för det var ju utan, det är utan utan prut är det ju... måste det ju ske, för annars går det ju inte framåt. Jag kan ju inte involveras, i så fall så... det skulle va helt andra situationer, det kanske jag skulle vilja ha i slutet.

5.4 Tema: Möjligheter till delaktighet

Temat innefattas av fyra underteman; *Personalens kompetens möjliggör, Mellanmänskligt möte med vårdpersonal, Samtal och information* samt *Anhörigas involvering i vården*. En kompetent personal som kan skapa en relation med patienten som håller genom vårdtillfället ökar sannolikheten att deltagaren kände sig delaktig. Samtal och information belystes som en viktig faktor för att deltagaren ska kunna få ge sin bild av sitt mående och främja ett informationsutbyte för att stärka delaktighet. Anhörigrelationen lyftes under temat fram som en positiv faktor som i hög grad höjer upplevelsen av att känna sig delaktig.

Personalens kompetens möjliggör

En beskrivning ger en bild av att när personalen kan se den deprimerade personen i sin kontext och bemöta denne på ett empatiskt sätt och lyssna in personen ökar möjligheten för att ett informationsutbyte ska kunna äga rum:

- Nej men ja än en gång, A och O är ju det här alltså - Hur man blir bemött. Och då är det ju och så och så och sen är det ju så också att om man blir väl bemött då då då har man ju lättare för att vara öppen och inte gå och bära på saker och ting som man egentligen borde ha talat om. Å å å då tror jag ju att är det då nånting i detta, vad det än vara månde, som som som inte man tycker fungerar så kan man ju på det sättet bli bli bem.alltså bli få hjälp helt enkelt, det är ungefär så.

Det framkom att deltagaren upplevde personalen kompetent då hen blev guidad och stöttad genom vårdprocessen vilket framkallade en känsla av att ha blivit delaktig:

- ... den vård jag har fått och alla människor som har deltagit i den här processen har ju sett till att jag har blivit delaktig.

Mellanmänskligt möte med vårdpersonal

Deltagarnas synsätt på relationen med personal sågs som en möjlighet till att utöka upplevelsen av delaktighet. Vikten av relationen, satt i sin kontext, uttrycktes på följande vis och syftade på att en bättre vårdrelation ledde till en större patientkänedom som i sin tur främjade upplevelse av delaktighet.

- Ja, det är klart det är viktigt det också, att de vet hur jag tänker och tycker och hur jag fungerar...så att de får en...så de vet hur jag agerar och fungerar med medicin

och utan medicin om man säger så. Har man inte rätt underlag så kan man inte fatta rätt beslut.

En deltagare upplevde sjuksköterskan som bekräftande och lyhörd vilket gav mötet en djupare innebörd och stärkte upplevelsen av delaktighet.

-Kontaktsjuksköterskan har varit en samtalspartner och så att säga funnits där som stöd hela tiden och som lyssnar in hur jag mår och som agerar som hen tycker är det bästa.

Samtal och information

Detta undertema sågs genomgående som en viktig beståndsdel i att möjliggöra delaktighet. Detta belyses med exempel då deltagaren i intervjun berörde vikten av information och syftar på att detta sker i samtal:

- Att man fick mer daglig feedback eller daglig kontakt

För att sedan belysa detta ytterligare:

- Det är ju också det här som jag pratade om, det här dagliga: "hur är det idag? eller liksom att man bara diskuterar runt omkring en.

Samtalssituationer belyses ytterligare av en deltagare som menar att utan personliga samtal kan inte viktig information lyftas:

Det dagliga samtalet är viktigt, det personliga så, inte bara när vi sitter i en grupp, för då tar inte alla, som det alltid är då tar inte alla någon plats utan det blir lite allmänaktigt.

Anhörigas involvering i vården

En deltagare belyste vikten av anhörigas involvering i vården för att möjliggöra upplevelsen av delaktighet. Att anhöriga involverades av vården eller stöttade patienten från sitt perspektiv ansåg denna deltagare vara viktigt för att höja upplevelsen:

-... å'då så tänker jag framförallt i relation till mina egna båda döttrar och och till min serbo. Att att dem har ju varit medvetna om situationen. Mina båda döttrar har varit här eh eh varje dag och besökt mig... å'å' varje dag liksom har haft ideér om och varit delaktiga i mitt tillfrisknande.

Ytterligare belyser samma deltagare

-Jag vill ju att dom ska vara medvetna om allt som sker runt mig. Jag själv är ju inte kapabel att så att säga sortera och sovra i den här informationen... Så att det inte glöms bort någonting.

5.5 Tema: Hinder för delaktighet

Temat innefattas av två underteman: *Vårdmiljö* samt *Personalens kompetens saknas*. Här beskriver deltagarna de faktorer som de upplever hämmande för deras delaktighet. En vårdmiljö som för deltagaren inte upplevs innehålla rätt förutsättningar uttrycks som ett

hinder. Personalens kompetens ses under detta tema som ett hinder om deltagarens upplevelse är att dennes individuella behov inte ses och bekräftas av vårdpersonalen.

Vårdmiljö

Undertemat belyste situationer då fysiska eller psykiska faktorer som kunde härledas till vårdmiljön utpekades som en mindre eller större barriär för delaktighet:

- Och sedan att man är väldigt inaktiv här, man kan inte ... ja...i vanliga fall så springer jag ganska mycket och är ganska aktiv. Så att nu blir det mer stillasittande... Så att ehh... jag frågade just om de kanske kunde ha något sådant är gångband eller... så att man kunde röra sig lite mer. Att gå runt den lilla modulen är ju inte jätteroligt. Nej, men jag tog upp det. En av skötarna var ju PT [personlig tränare]. “-Vi har pratat om det, det har funnits men det finns nog inte kvar” Jag vet inte om det är pengar eller vad som styr.

Personalens kompetens saknas

Om personalens kompetens upplevdes bristande kunde det upplevas som ett hinder för delaktighet. Då deltagaren inte upplevde sig sedd som en individ eller bekräftad så försvårades upplevelsen av delaktighet. Detta uttrycks genom följande:

-Man får tänka om lite tycker jag...man måste tänka att man tar patient för patient för vi är så olika individer.

En deltagare beskriver avsaknad av personkemi mellan sjuksköterska och patient som ett hinder för delaktigheten:

- Men till syven och sist så skulle jag vilja säga som så att det beror nästan helt och hållet på de människorna som finns runt i kring dig, skötare och sjuksköterskor och vad det nu vara månade, de kan ju hämma delaktigheten, man kan ju få alltså så så en fel fel felaktig känsla om om du förstår vad jag menar.

6.0 Diskussion

6.1 Metoddiskussion

Då studien antog en kvalitativ tolkande ansats beslutade författarna att välja en kvalitativ innehållsanalys som analysmetod. Valet blev Graneheim et al. (2004) då deras kvalitativa innehållsanalys medgav möjlighet att fokusera på latent innehåll. Författarna valde att analysera utefter tolkning i relation med vår förförståelse då insikt fanns att denna inte gick eller var önskvärd att bortse ifrån. Att använda sig av förförståelse ansågs, i författarnas första forskningsstudie, vara en förutsättning då det föreligger viss svårighet att bortse från förförståelse. Graneheim et al. (2004) hävdar i sin kvalitativa innehållsanalys att förförståelsen är en förutsättning i tolkningen.

Forskarna hade förförståelse om depression och slutenvård via klinisk erfarenheter. Innan studiens start fanns åsikter och uppfattningar om hur delaktighet för patienter med depression såg ut inom vården. Strävan fanns vid datainsamlingen att utträda sin sjuksköterskeprofession med dess förutfattade meningar och istället anta en neutral forskarroll. Upplevelsen fanns att intervjukontexten blev lättare att hantera för forskare allteftersom datainsamlingen fortskred. Hur datainnehållet påverkats av detta har diskuterats och reflekterats av forskarna fortlöpande. Detta gjordes för att stärka studiens tillförlitlighet (Graneheim et al., 2004). Båda forskarna genomförde datainsamling med liknande förförståelse men följaktligen med olika personliga egenskaper. Detta kan ses som en styrka då det möjliggör en bredare datainsamling. Samtidigt kan det innebära en svaghet om intervjuerna tar olika riktning varför intervjuguiden användes.

Vid diskussion runt intervjuguiden och dess funktion ansåg forskarna att det var ett bra hjälpmedel vid intervjusituationen. Vid analysfasen uppmärksammades att deltagarna utefter en ställd fråga inte alltid svarade på frågeställningen. Då frågan handlade om upplevelser gavs flera gånger svar som berörde uppfattningar. Vid reflektion om varför datan ibland speglade uppfattningar drogs slutsatsen att forskarna i relation till sin begränsade erfarenhet av intervjusituationer inte uppmärksammat detta i situationen och således inte ställt rätt följdfrågor. Forskarna anser att då erfarenhetsbanken fylls på skulle mer data kunnat extraheras från intervjusituationen. Trots dessa beskrivningar kring uppfattningar ansåg forskarna ha tillräckligt med data om upplevelser av delaktighet för att fullfölja studien.

Som vid datainsamlingen eftersträvades att anta ett öppet förhållningssätt vid dataanalysen för att eliminera förutfattade meningar. Det ansågs extra viktigt under analysprocessens tolkande fas varpå en öppen dialog mellan forskarna fördes. Forskarna menar att förförståelse kan stärka tolkningarna medan förutfattade meningar kan förvränga den insamlade datan. För att stärka analysprocessens giltighet användes triangulering i enlighet med Graneheim et al. (2004). Triangulering påvisade den föreliggande risk att övertolkning kan ske vid analysen, vilket ökade forskarnas medvetenhet om denna risk ytterligare.

För att analysen av det omfattande datamaterialet skulle kunna genomföras valde författarna i enlighet med Lundman et al. (2014) att kategorisera datan. Lundman et al. föreslår att kategorisering av data sker på manifest nivå av kondenserade meningsbärande enheter. Forskarna valde att göra kategoriseringen av de tolkade kondenserade meningsbärande enheterna för att risken för feltolkningar ansågs förhöjd om de kondenserade meningsbärande enheterna lyftes ur sin kontext. På så vis skedde kategoriseringen på en högre abstraktionsnivå. Kategoriseringen sågs som ett verktyg för att kunna gå vidare med analysprocessen. Under kategoriserings- och tematiseringsprocessen gick forskarna tillbaka flera gånger för att jämföra innehållet i de tolkade kondenserade meningsbärande enheterna mot de meningsbärande enheterna i deras kontext för att säkerställa giltighet (Graneheim et al., 2004).

Forskarna upplevde vissa svårigheter med indelning i underteman, flera tolkade kondenserade meningsbärande enheter upplevdes kunna passa in i fler än ett undertema. Detta beskrivs som en känd svårighet vid kvalitativa studier om upplevelser (Lundman et al., 2014). Ytterligare reflektion och att återgå till den meningsbärande enheten och dess kontext kunde klargöra vissa frågetecken. Några enheter ansågs innehålla två budskap varav de delades och sattes i olika underteman.

I studien ingick sex deltagare. I en kvalitativ studie är det svårt att i förväg veta när datamättnad uppnås. Primärt fanns ett mål på tio deltagare. Tidsbrist, att 50 % av de tillfrågade tackade nej till att ingå i studien samt att den datamängd som genererades utifrån sex intervjuer blev mycket omfattande; detta gjorde att forskarna tog beslutet att ytterligare data skulle bli övermäktigt att analysera och således kunnat påverka studien negativt. Ytterligare datamängd kanske skulle stärkt studien, dock anses inte resultatet vara svagt.

En intressant aspekt var att fem män och endast en kvinna deltog i studien. Data som analyserades utifrån kvinnans intervju kan inte påvisa märkbara skillnader i upplevelser av delaktighet jämfört med männens intervjuer. Eventuellt skulle en mer jämlik fördelning mellan könen kunna påvisa skillnader. Framtida forskning skulle kunna besvara denna frågeställning. Vid studiens start fanns en föreställning om att tidigare erfarenheter från psykiatrisk slutenvård skulle påvisa andra upplevelser jämfört med de utan sådana erfarenheter. Detta kunde inte belysas i studien. Målet var att samla upplevelser från ett brett åldersspann för att öka infallsvinklarna på det studerade fenomenet. Forskarna anser sig lyckats delvis med detta. Önskvärt hade varit att få inkludera både yngre och äldre personer. Det är möjligt att detta skulle ha påverkat resultatet.

Inklusionskriterierna för studien ansågs välgrundade. Det kriteriet som diskuterats vid förankring av studien på enheterna har varit "kognitiv återhämtningsfas". Forskarna har valt att behålla begreppet då det belyser vikten av att deltagaren skall klara en intervjusituation. Detta har förklarats på enheterna och innebörden av detta har då kunnat klargöras. Bedömning av kognitiv återhämtningsfas gjordes av kontaktpersonerna på avdelningarna och de har inte funnits signaler på att detta inneburit något problem.

För att stärka trovärdigheten av studien har forskarna under arbetets gång eftersträvat en hög transparens genom analysprocessen. Trianguleringen gav forskarna en indikation på att trovärdigheten håller genom studien.

Metoden sedd ur ett etiskt perspektiv gav forskarna möjlighet att diskutera hur de etiska principerna har hanterats under arbetets gång. Inför intervjusituationer lyftes riskerna om att kränka deltagarens autonomi samt risken att patienten kunde ta skada vid intervjusituationen. För att undvika ett sådant händelseförlopp genomgick studien, via Göteborgs universitet, en etisk prövning. Ytterligare pågick en reflektion forskare emellan hur maktasymetri vid intervjusituationen ska kunna undvikas.

6.2 Resultatdiskussion

Syftet med denna studie var att belysa patienters upplevelse av delaktighet i sin vård vid depression inom psykiatrisk slutenvård. Resultatdelen utmynnade i fem huvudteman och ett antal underteman som berättade och synliggjorde olika aspekter av delaktighet ur patientperspektivet. Resultatet påvisar komplexitet och en mångfacetterad bild av delaktighet inom studiens kontext. Som tidigare nämnts finns begränsad forskning att finna inom just detta område, vilket gör resultatdelen komplex att jämföra med tidigare forskningsresultat.

I resultatet kan en tydlig tråd ses i patienternas upplevelser kring att vara delaktiga. Delaktighet handlar framför allt om relationer, gemenskap och trygghet. Deltagarna beskriver inte i någon större utsträckning delaktighet i beslutsfattareprocessen som central för upplevelsen. Att vara informerad om vad som sker och planeras är det som lyfts som delaktighet inom slutna depressionsvård. Trots att vår lagstiftning strävar mot att patienten till så stor del som möjligt skall göras delaktig ska vården utgå från patientens önskemål och individuella förutsättningar (SFS 2014:821). Det anses därför av central vikt att specialistsjuksköterskan kontinuerligt stämmer av med patienten hur de önskar vara delaktiga då resultatet även visar att deltagarna upplevt att önskan om delaktighet tilltar under vårdtiden. Liknande fynd ses i studien av Simon et al. (2006) som visar just att vid allvarliga symtom kan önskemålet eller behovet av att få lämna över ansvar om beslut till vårdpersonal öka men i relation till att ohälsan minskar ökar även önskemålet om tilltagande delaktighet. Det kan även ses ur det transitionsteroretiska perspektivet (Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias & Schumacher, 2000): för att vara delaktig måste man först bli medveten om förändringen som sker. Fyra av deltagarna i studien hade ingen tidigare erfarenhet av slutna psykiatrisk vård varför deras medvetenhet av transition i samband med inläggningen kan ha varit begränsad. Medvetenhet om förändringen är en förutsättning för att aktivt delta i förändringsprocessen menar Meleis et al. (2000). Sett ur ett mer biologiskt perspektiv, som även belyses av deltagarna i studien, är att vid egentlig depression med slutenvårdsbehov kan symtombilden innebära att man inte aktivt klarar att vara delaktig beträffande beslutsfattande. Det överensstämmer med den symtombild som Åsberg et al. (2010) beskriver. PCV kan stödja både vårdtagare och specialistsjuksköterskan i att fördjupa sig i vad delaktighet står för i realtid samt att patientens önskemål om delaktighet kan synliggöras. Som studien visar är det av största vikt att specialistsjuksköterskan kontinuerligt håller sig uppdaterad om patientens uppfattning om delaktighet för att kunna möta dennes önskemål och rättigheter.

Att inte vara delaktig är något som framkommer i studien. Deltagarna beskriver upplevelser där de känt sig förbisedda och oinformerade i beslut rörande deras vård. Det kan eventuellt härledas till kvarlevande paternalistiska synsätt i vården, där vårdgivare anser sig veta vad som är bäst för vårdtagaren. I en dialog mellan Cardiff och van Hest (beskriven i McCormack & McCance, 2010) har PCV ännu inte helt genomsyrat systemet, vilket enl. Cardiff troligen beror på att människor ofta behandlar andra så som de själva behandlas. Han menar att sjuksköterskor ofta blir tillsagda vad de skall göra av till exempel ledning och doktorer och att de inte ges delaktighet i beslutsfattande vilket i sin tur leder till att sjuksköterskor talar om för patienter vad som gäller och inte heller låter patienten delta i beslutsfattareprocessen. Cardiff menar att det här sker medvetet eller omedvetet (ibid.). Kan man se det ur andra perspektiv? Enligt Joseph-Williams et al. (2014) rapporterar patienter att de upplevt att personalen inte har tid att ge information eller svara på frågor. Patienterna upplevde även att de fanns en tidspress i hur lång tid ett beslutsfattande fick ta vilket leder till oförmåga till delaktighet även om de hade önskat delta i beslutsfattande. Är det så? Har specialistsjuksköterskan inte tidsutrymme att genomföra PCV och bedriva vård enligt gällande regler? Om så är fallet ställs vården i ett etiskt dilemma. Entwistle och Watt (2013) beskriver hur vården alltjämt bedrivs utan att tillfullo tillämpa PCV. Det, för PCV'n, så viktiga partnerskapet får ofta stå tillbaka och patientens förmåga att delta glöms ofta bort i försök att effektivisera och uppnå vårdkvalitet genom mer sjukdomsorienterade åtgärder (ibid.). Studier inom somatisk vård (Ulin et al., 2015; Dudas et al., 2012) har, i motsats, funnit positiva resultat för både personen och vården. Detta när personen ses som mer än summan av sina sjukdomar och istället motiveras till delaktighet i sin vård genom att använda sig av sin historia, erfarenhet, önsknings och mål i

enlighet med personcentrerad vård. Joseph-Williams et al. (2014) beskriver även att patienten själv kan utgöra en barriär för delaktighet även om den samma önskar vara delaktig. De menar att vissa, framför allt äldre patienter, reducerar sig till "bara patient" och att de anser att vårdpersonalens auktoritet inte bör ifrågasättas. Liknande uttalanden ses i studiens resultat och då framför allt i relation till medicinska frågor.

Flera orsaker som av deltagarna ansågs hämmande för delaktighet identifierades. Personalens relation med patienten uppgavs kunna vara ett stort hinder för delaktighet. Deltagarna uttryckte att om relationen med sjuksköterskan haltade så kan detta leda till fel känslor hos patienten vilket författarna tolkar som hämmande i partnerskap och informationsutbyte. I en studie om deprimerade patientens perspektiv av hämmande faktorer i vården för återhämtning identifierades: patienten ansåg att om förhållandet med vårdpersonalen var osäkert var detta en hindrande faktor som påverkade återhämtningsfasen negativt (Grieken, Beune, Kirkenier, Koeter, Zwieten & Schene, 2014). Anledningen till detta var en upplevelse av att inte bli tagen på allvar och nedsatt tillit till vårdpersonalen (ibid.). I en norsk studie (Buch Gudde, Møller Olsø, Antonsen, Rø, Eriksen & Vatne, 2013) som beskriver situationer då patienten är i behov av sluten psykiatrisk vård lyfts just vikten av att bli betrodd, tagen på allvar samt att bli sedd och hörd som en av de mest värdefulla faktorerna i relationen till vårdpersonalen. Inom PCV strukturen beskriver man det här som förutsättningarna för att bedriva PCV. En annan viktig PCV struktur är vårdmiljön som påverkar hur personcentrerad vården blir. Sett ur det PCV-perspektivet innebär miljön det kontext där vården genomförs. Deltagarna i studien ger beskrivningar på hur en stimuli fattig och orolig miljö påverkar delaktigheten. Ytterligare visar analysen att vissa deltagare upplever en miljö som strävar mot delat beslutsfattande och andra hur beslut tas enväldigt av vårdpersonal trots att patienten önskat mer delaktighet. Om det här kan härledas till vad PCV'n menar med vårdmiljön eller om det faller mer in på det individuella planet och de så kallade förutsättningarna är svårt att definiera.

En aspekt som inte framgår av deltagarna i studien är deras lagliga rättigheter till delaktighet. Inga direkta frågor ställdes till deltagarna om deras lagliga rättigheter men trots det uttryckte deltagarna all form av delaktighet som en tacksamhet och mer som en bonus i vårdrelationen. Lagstiftningen beskriver tydligt vårdgivarens ansvar och skyldigheter gentemot vårdtagaren ur delaktighetsperspektivet. Den nya patientlagen (SFS 2014:821) som trädde i kraft första januari 2015 hade som syfte att stärka patientens ställning i vården men tycks, enligt studiens resultat, inte ha nått ut till vårdtagarna. Om mer direkta frågor om ämnet skulle lyfts hade eventuellt utfallet sett annorlunda ut.

Studien anses belysa det som syftet avsåg. Patienternas perspektiv på delaktighet vid sluten depressionsvård har belysts men behöver dock lyftas ytterligare inom forskning för att vidare ge specialistsjuksköterskan en fördjupad förståelse och ett mer reflekterande förhållningssätt kring patientdelaktighet. Mer kunskap inom området ger en mer mångfacetterad grund för att kunna genomföra en personcentrerad vård där patienten ses som en central deltagare. Ytterligare poängteras vikten av en fortsatt implementering av PCV inom slutenvården för att säkerställa patientens delaktighet.

Studiens överförbarhet är svår att kvantifiera, då den kontext som skulle stärka överförbarheten anses för övergripande. Med detta menar författarna att enbart depression och att vårdas inom slutenvård inte räcker för att dra överförbara slutsatser annat än för generella

riktlinjer. Enligt Chekol (2014) behöver man, vid kvalitativa studier, inte göra anspråk på tillämpning av resultatet i klinisk verksamhet. Det handlar om att bidra till en fördjupad förståelse av ett fenomen. Detta kan hjälpa specialistsjuksköterskan med ytterligare insikter.

7.0 Konklusion

Resultatet av studien belyser patientens upplevelse av delaktighet vid depression inom psykiatrisk slutenvård. Personer med depression kan uppleva en blandad och skiftande syn på delaktighet inom den psykiatriska slutenvården.

Vårdpersonalen som vårdar personer för depression bör ha flera sätt att påverka patientens upplevelse och den faktiska delaktigheten i vården. Personalen kan genom att lyssna och lära känna patienten samt bekräfta personen motivera och stötta till ökad delaktighet i sin vård.

Referenslista

American Psychiatric Association (2014). *Mini-D 5: diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Stockholm: Pilgrim Press.

Buch Gudde, C., Møller Olsø, T., Antonsen, D. Ø., Rø, M., Eriksen, L., & Vatne, S. (2013). Experiences and preferences of users with major mental disorders regarding helpful care in situations of mental crisis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(2), 185-190. doi:10.1177/1403494812472265

Danielsson, E. (2012). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 163-174), Lund: Studentlitteratur AB.

Dudas, K., Olsson, L-E., Wolf, A., Swedberg, K., Taft, C., Schaufelberger, M., & Ekman, I. (2012). Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than usual care. *European journal of Cardiovascular Nursing*. 12(6), 521-528. doi: 10.1177/1474515112472270

Ekman, I., Wolf, A., Olsson, L-E., Taft, C., Dudas, K., Schaufelberger, M., & Swedberg, K. (2011a). Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*, 33, 1112-1119. doi: 10.1093/euroheartj/ehr306

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., ... Stibrant Sunnerhagen, K. (2011b). Person-centered care - Ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, 10(4), 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

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. 29-61). Lund: Studentlitteratur AB.

Ekman, M., Granström, O., Omérov, S., Jacob, J. & Landén, M. (2014, september). Kostnader för bipolär sjukdom, depression, schizofreni och ångest. *Läkartidningen, September*, 34-35.

Entwistle, V. A., & Watt, I. S. (2013). Treating Patients as Persons: A Capabilities Approach to Support Delivery of Person-Centered Care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29-39. doi: 10.1080/15265161.2013.802060

Etikprövningsnämnderna. (2015). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 2016-01-02 från <http://www.epn.se/start/>

Ferrari, A.J., Charlson, F.J., Norman, R.E., Patten, S.B., Murray, C.J.L., Freedman, G., ... Whiteford, H.A. (2013). Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Medicine*. 10(11), 1-11. doi: 10.1371/journal.pmed.1001547.

Fraenkel, L., & McGraw, S. (2007). Participation in Medical Decision Making: The Patients' Perspective. *MEDICAL DECISION MAKING*, 27(5), 533-538. doi: 10.1177/0272989X07306784

Gabrielsson, S., Looi, G-M. E., Zingmark, K., & Sävenstedt, S. (2014). Knowledge of the patient as decision-making power: staff members' perception of interprofessional collaboration in challenging situations in psychiatric inpatient care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(4), 784-792. doi:10.1111/scs.12111

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig Teori och Metod - Från idé till examination inom omvårdnad* (s. 129-137), Lund: Studentlitteratur AB.

Herlofsson, J., & Landqvist, M. (2002). *MINI-D IV: diagnostiska kriterier enligt DSM-IV-TR*. Stockholm: Pilgrim Press.

Joseph-Williams, N., Elwyn, G., & Edwards, A. (2014). Knowledge is *not* power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 94(3), 291-309. doi: 10.1007/s11606-014-3074-8

Kjellström, S. (2012). Delaktighetens etik och ansvar för delaktighet. I P. Bülow, D. Persson-Thunqvist & I. Sandén (Red.). *Delaktighetens praktik, det professionella samtalets villkor och möjligheter*. (s.31-39). Malmö: Glerups utbildnings AB

Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K. & Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4-15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2006). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur AB.

Loh, A., Leonhart, R., Wills, C. E., Simon, D., & Härter, M. (2006). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65, 69-78. doi: 10.1016/j.pec.2006.05.007

Läkemedelsverket. (2004). *Farmakoterapi vid unipolär depression hos vuxna och äldre - Behandlingsrekommendation*. Hämtad 2016-01-02 från <https://lakemedelsverket.se/malgrupp/Halso---sjukvard/Behandlings--rekommendationer/Behandlingsrekommendation---listan/Depression-hos-vuxna-och-aldre/>

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär, & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 187-202). Lund: Studentlitteratur AB.

Mattisson, C., Bogren, M., Nettelbladt, P., Munk-Jørgensen, P., & Bhugra, D. (2005). First incidence depression in Lundby Study: A comparison of the two time periods 1947-1972 and 1972-1997. *Journal of Affective Disorders*, 87, 151-160. doi: 10.1016/j.jad.2005.04.002

McCormack, B., & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing. Theory and Practice*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Meleis, A. I., Sawyer, L.M., Im, E-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.

Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (1996). *The Global Burden of Disease. A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Olsson, L-E., Karlsson, J., Berg, U., Kärrholm, J., & Hansson, E. (2014). Person-centred care compared with standardized care for patients undergoing total hip arthroplasty - a quasi-experimental study. *Journal of orthopaedic surgery and research*, 9(95). Tillgänglig: <http://www.josr-online.com/content/9/1/95>

Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2008). *Nursing Research - Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Grieken, R., A., Beune, E.J.A.J., Kirkenier, A., C., E., Koeter, M., W., J., van Zwieten, M., C., B., & Schene., A., H. (2014). Patients' perspectives on how treatment can impede their recovery from depression. *Journal of Affective Disorders*, 167, 153-159. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.065

Scröder, A., Ahlström, G., & Wilde Larsson, B. (2006). Patients' perceptions of the concept of the quality of care in the psychiatric setting: a phenomenographic study. *Journal of Clinical Nursing*, 15(1), 93-102. doi: 10.1111/j.1365-2702.2005.01241.x

SBU. (2004). *Behandling av depressionssjukdomar - En systematisk litteraturöversikt. Volym 1*. Göteborg: Elanders Graphic Systems.

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

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Stockholm: Socialdepartementet.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Stockholm: Socialdepartementet.

Simon, D., Loh, A., Wills, C. E., & Härter, M. (2006). Depressed patients' perceptions of depression treatment decision-making. *Health Expectations*, 10(1), 62-74. doi: 10.1111/j.1369-7625.2006.00424.x

Socialstyrelsen. (2010). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010*. Västerås: Edita Västra Aros.

Socialstyrelsen. (2012). *Shared decision making– en introduktion till delat beslutsfattande inom psykiatrisk vård*. Hämtad 2016-01-18 från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-6-52>

Stuart, G. W. (2013). CHAPTER 18 Emotional Responses and Mood Disorders. I G. W. Stuart (Red.), *Principles and Practice of Psychiatric Nursing, 10th ed.* (s. 289-322). St Louis: Mosby.

Tee, S., Lathlean, J., Herbert, L., Coldham, T., East, B. & Johnson, T-J. (2007). User participation in mental health nurse decision-making: a co-operative enquiry. *Journal of Advanced Nursing*, 60(2), 135-145. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04345.x

Tidström, A., & Nyberg, R. (2012). Beskriv material och metoder. I A Tidström, R Nyberg. (Red.), *Skriv vetenskapliga uppsatser, examensarbeten och avhandlingar* (s. 115-138). Lund: Studentlitteratur AB.

Ulin, K., Olsson, L-E., Wolf, A., & Ekman, I. (2015). Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *European journal of Cardiovascular Nursing. vol* (1), 1-8. doi: 10.1177/1474515115569945

Åsberg, M., & Mårtensson, B. (2010). Förstämningssyndrom. I J. Herlofson, L. Ekselius, L-G. Lundh, A. Lundin, B. Mårtensson & M. Åsberg (Red.), *Psykiatri* (s. 305-334). Lund: Studentlitteratur.

Bilaga 1 Intervjuguide

INTERVJUGUIDE (STARTA INSPELNING)

Innan intervjun börjar: Meddela att intervjupersonen när som helst kan avbryta intervjun samt att om det för deltagaren upplevs jobbigt finns hjälp att få på avdelningen i form av samtal med personal.

Om det går bra för dig, tänkte jag börja ställa några frågor om dig som person?

(*detta ger kodning exempel Kvinna, 36*)

Är detta första gången du vårdas på avdelning för depression?

Hur gammal är du?

Sedan skulle jag vilja be dig fortsätta med att tänka tillbaka på din vårdtid då viktiga beslut skulle tas rörande din vård.

När du tänker tillbaka på det här besluten/beslutet, till vilken utsträckning upplever du att du var delaktig i beslutsfattandet?

-kan du utveckla? berätta mer?

Vad innebär delaktighet för dig?

-Vad tycker du gör dig delaktig? (ex medbestämmande, att få information, att bli lyssnad)

Om du tänker tillbaka på ett tillfälle då du stod inför ett beslut angående din vård, fanns det då ett tillfälle då du önskade att du hade en större roll i beslutsfattar-processen?

- Varför önskade du en större roll?

Om du nu ser tillbaka på ett tillfälle då du stod inför ett beslut angående din vård, fanns det då tillfällen då du önskat bli tillfrågad om att inte behöva ta lika många beslut eller att ha en mindre roll i beslutsfattar-processen?

-Varför önskade du en mindre roll?

***Hur** viktigt anser är det att vårdpersonalen har en tydlig förståelse/insikt i vad som är viktigast för dig inför planering av behandling?

***Finns** det hinder på avdelningen som gör det svårt för en patient att vara delaktig i besluten kring sin vård?

***Hur** delaktig känner du dig i din vård på en skala 0 till 100 där 0 är inte alls delaktig och 100 är fullständigt delaktig?

-**Varför** säger du XX och inte 100? ELLER Varför säger du XX och inte 0?

***Vad** tror du skulle kunna förbättra din delaktighet kring beslutsfattande?

Då avslutar vi intervjun avslutad. Tack för din medverkan. Resultatet av studien kommer att finnas via Göteborgs universitet, eller vid intresse kontaktar du oss, uppgifter finns på forskningspersonsinformationen.

Bilaga 2 Information angående examensarbete på avancerad nivå



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Information angående examensarbete på avancerad nivå.
Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot psykiatri, 60 hp.
Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet.

Bakgrund

Enligt studier kommer de följande årtiondena visa på ökning av depressionssjukdomar i världen. Depression medför lidande och kan medföra arbetsförmåga för den som blir drabbad. Depression kan även öka risken för andra sjukdomar. Det finns en kunskapslucka kring patientdelaktighet i slutenvård vid depression.

Studiens syfte

Syftet är att få del av deprimerade patienters upplevelser av fenomenet delaktighet inom slutenvården.

Studiens genomförande

10 patienter kommer intervjuas om upplevelser kring delaktighet i vården. Intervjun sker vid ett tillfälle och tar mellan 15 till 45 minuter i anspråk. Intervjun sker på patientens avdelning eller vid nära anslutande utrymme. Intervjuerna kommer delas upp mellan SKAS och SU. Intervjuaren kommer att ställa frågor utifrån en intervjuguide vars syfte är att utveckla/synliggöra patientens tankar om delaktighet i vården. Intervjun kommer att spelas in via ljudupptagning. Forskarna skriver sedan ned intervjun på dator. Forskarna kommer sedan analysera alla intervjuer och försöker hitta likheter/mönster som kan framställas till ett resultat. All data kommer att behandlas konfidentiellt och obehöriga kommer inte att kunna ta del av den enligt personuppgiftslagen (1998:204). Data kodas och avidentifieras. När studien är godkänd kommer allt intervjumaterial raderas.

Önskad delaktighet från vårdenheten för att kunna genomföra studien

Studenterna behöver komma i kontakt med patienter som har erfarenhet av det fenomen som ska studeras. För att kunna samla in data om upplevelser av delaktighet när man vårdas inlagd för depression behöver personalen vara behjälplig att selektera ut patienter enligt de kriterier som ska inkluderas i studien:

Bilaga 2 Information angående examensarbete på avancerad nivå; forts.



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

*Patienten har diagnosen egentlig depression (DSM 5), egentlig depressionsperiod (DSM4).

*Detta är patienter som är lika med eller över 18 år.

*De vårdas enligt HSL (Att intervjua patienter som vårdas enligt LPT utesluts enligt etiska överväganden, däremot kan konvertering till HSL skett).

*De pratar svenska.

*De bedöms vara i en kognitiv återhämtningsfas.

*De har en planerad återstående vårdtid på minst 2-3 dagar inom slutenvården.

En kontaktperson önskas på avdelningen, gärna en specialistsjuksköterska inom psykiatri, som kan vara behjälplig i kontakten till patienterna och som studenterna kan vända sig till för planering.

Att intervjuas om sina tankar kring ett vårdtillfälle kan leda till att minnen som upplevs svåra återkommer. Det kan i sin tur leda till känslomässiga reaktioner såsom nedstämdhet och ledsamhet. Av denna anledning sker intervjun då patienten befinner sig på avdelning, så att personal vid behov kan stötta patienten. Studenterna kan inte gå in i en behandlande roll för patienterna.

Mattias Ekman, Leg ssk, specialistsjuk- sköterskestuderande. Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet tel: 0739-871918, gusekmmad@student.gu.se	Emma Nilsson Leg ssk, specialistsjuk- sköterskestuderande. Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet Tel 0739-125287 gusxnixem@student.gu.se	Nils Sjöström Leg ssk, universitetslektor, ansvarig för studien Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet Tel. 031 – 786 61 33 nils.sjostrom@gu.se
--	--	--

Bilaga 3 Forskningspersonsinformation



GÖTEBORGS UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Varför ska studien göras?

Studier visar att kommande årtionden ökar depressionssjukdomar i världen. Depression medför lidande och kan medföra arbetsoförmåga för den som blir drabbad. Depression kan även öka risken för andra sjukdomar. Att vara delaktig i sin vård när man lider av sjukdom visar ett samband på ökat välbefinnande; detta har konstaterats inom den kroppsliga vården. Det finns en kunskapslucka kring patientdelaktighet i slutenvård vid depression. Studiens syfte är att lyfta fram deprimerade patienters reflektioner kring delaktighet under den tid vården bedrivs på psykiatrisk vårdavdelning.

Varför frågar vi dig?

Eftersom du för närvarande vårdas på avdelning för depressionssjukdom tillfrågas du om deltagande i studier. Kontakten med dig är förankrad hos verksamhetschef samt vårdenhetschef.

Hur går studien till?

Studien genomförs som intervju om upplevelser av delaktighet i vården. Intervjun utförs av en sjuksköterska, sker vid ett tillfälle och tar mellan 15 till 45 minuter i anspråk. Intervjun sker på din avdelning eller vid nära anslutande utrymme. Ljudupptagning sker under intervjun. Intervjun skrivs sedan ut ordagrant och analyseras, sedan söker forskarna efter mönster och samband som kommer att presenteras i ett resultat.

Hur behandlas mina uppgifter?

Din intervjuutskrift kommer att behandlas konfidentiellt och obehöriga kommer inte att kunna ta del av den enligt personuppgiftslagen (1998:204). Dina uppgifter kommer att koda och avidentifieras. När studien är godkänd kommer allt intervju material raderas.

Finns det några nackdelar eller fördelar att delta?

Att intervjuas om sina tankar kring ett vårdtillfälle kan leda till att minnen som upplevs svåra återkommer. Det kan i sin tur leda till känslomässiga reaktioner såsom nedstämdhet och ledsamhet. Av denna anledning sker intervjun när du befinner dig på avdelning, så att du kan få hjälp och professionell tillsyn vid behov.

Den ökade kunskapen om betydelsen av delaktighet förväntas leda till en bättre behandling av patienter med depression

Bilaga 3 Forskningspersonsinformation; forts.



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Allt deltagande är frivilligt.

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att ange några skäl till varför och det kommer inte att påverka din behandling. Avbryter Du kommer all insamlad data att förstöras.

Mattias Ekman, Leg ssk, specialistsjuk-sköterskestude rande. Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet tel: 0739-871918, gusekmmad@student.gu.se	Emma Nilsson Leg ssk, specialistsjuk-sköterskestude rande. Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet Tel 0739-125287 gusxnixem@student.gu.se	Nils Sjöström Leg.ssk, universitetslektor, ansvarig för studien Inst. f. Vårdvetenskap och Hälsa, Sahlgrenska Akademin Göteborgs Universitet Tel. 031 – 786 61 33 nils.sjostrom@gu.se
---	---	--

Bilaga 4 Information om examensarbeten i Västra Götaland.



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för vårdvetenskap och hälsa

Användare Proprefekt Kristin Falk

Besöksadress: Arvid Wallgrens Backe 1

Postadress: Box 457, 405 30 Göteborg

Telefon: +46 31 786 6010

E-post: Kristin.Falk@fhs.gu.se

INFORMATION OM EXAMENSARBETEN

2013-01-22

1 / 2

Vårdenhetschefer inom Västra
Götalandsregionen

Studenters examensarbete på avancerad nivå

Vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborg universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom specialistsjuksköterske- och barnmorskeprogrammet. Arbetet omfattar 15 högskolepoäng och är en kurs inom ramen för en akademisk yrkesexamen. Examensarbetet ligger även till grund för en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad. En magister- alternativ mastersexamen kan också erhållas efter genomgång av erforderliga fristående kurser.

Examensarbetet kan utgöras antingen av ett empiriskt projekt med datainsamling, en projektplan vars genomförande prövas i en pilotstudie, eller som ett delarbete i ett etablerat forsknings- eller verksamhetsutvecklingsprojekt. Datainsamling kan komma att ske i vårdverksamheten och för specialistutbildningen i anslutning till studenternas verksamhetsförlagda utbildning (VFU) inom valt program.

Lag om etikprövning av forskning (2003:460) innehåller bestämmelser om etikprövning av forskning som avser människor och biologiskt material från människor. I lagen definieras forskning som vetenskapligt experimentellt eller teoretiskt arbete för att inhämta ny kunskap och utvecklingsarbete på vetenskaplig grund, dock inte sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå. Examensarbeten på avancerad nivå omfattas inte av etikprövning och därför krävs inte tillstånd av etikprövningsnämnd. Det innebär dock inte att de forskningsetiska frågorna lämnas därhän. Utifrån tydliga lärandemål gör studenterna forskningsetiska överväganden och skriver en forskningspersonsinformation enligt centrala etikprövningsnämndens riktlinjer. Såväl forskningsetiska överväganden som forskningspersonsinformation (FPI) diskuteras på seminarium och godkänts av handledare för examensarbetet.

Bilaga 4 Information om examensarbeten i Västra Götaland; forts.

2 / 2

Studenter som genomför ett empiriskt examensarbete skall lämna en FPI till tilltänkta deltagare, vanligen i samband med muntlig information. De forskningspersoner som väljer att delta i studien lämnar muntligt samtycke. Att delta i en studie är frivilligt och deltagandet kan när som helst avbrytas utan att forskningspersonen behöver förklara varför.

I de fall där examensarbetet är en del av ett pågående forskningsprojekt skall studenten uppvisa beslut från etikprövningsnämnden.

Med vänliga hälsningar



Kristin Falk