



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

# SÅ HÄR VILL JAG DELTA

En intervjustudie om äldres erfarenheter av delaktighet vid inneliggande vård

## Författare

Karin Bengtsson  
Ida-Sofie Edström

---

Examensarbete:	15 hp
Kurs:	OM 5390
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt./2019
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Helle Wijk

Titel svensk:	Så här vill jag delta- En intervjustudie om äldres erfarenheter av delaktighet vid inläggande vård
Titel engelsk:	This is how I want to participate- An interview study on older persons participation on medical wards
Examensarbete:	15 hp
Kurs:	OM 5390
Nivå:	Avancerad nivå
Termin/år:	Vt./2019
Handledare:	Harshida Patel
Examinator:	Helle Wijk
Nyckelord:	Delaktighet, äldre, personcentrerad vård, självbestämmande

## Sammanfattning

**Bakgrund:** Andelen äldre i världen ökar och medellivslängden blir högre. Sverige har bland den högsta medellivslängden i Europa. Andelen äldre över 75 år beräknas att fördubblas från år 2015 till 2050 vilket innebär en utmaning för sjukvården. Vårdpersonal är skyldig att ge patienten information och göra denne delaktig, men vad delaktighet är kan vara svårt att definiera då det upplevs olika. Delaktighet beskrivs i olika studier som att få information eller att få vara med och ta beslut gällande sin vård. Det finns många faktorer som påverkar delaktigheten i vården och sjuksköterskan har en viktig roll.

**Syfte:** Att belysa vad delaktighet innebär för patienter över 75 år samt om och hur de erfärit delaktighet under sin inläggande vård.

**Metod:** Kvalitativ metod har använts. Studien är gjord på två geriatriska avdelningar och ett strategiskt urval har använts för att hitta deltagarna. Åtta enskilda semistrukturerade intervjuer har gjorts, sammanställts och analyserats med innehållsanalys, inspirerad av Elo och Kyngäs.

**Resultat:** Resultatet visar att patienter som är 75 år och äldre beskriver att delaktighet är att få vara en del av sin vård genom informationsdelning och samarbete med vårdpersonalen, en god relation med personalen och när man får vara med och bestämma själv. Informationen som önskades handlade bland annat om mediciner, behandlingar, planering och instruktioner. Hur informationen gavs och att få ge information om sig själv var viktigt. Att få bestämma själv handlar om att vara en egen person med rätten att tycka och ha åsikter. Patientens delaktighet påverkas av vad de kan, vill och orkar. Delaktighet har visat sig vara viktigt och påverkar upplevelsen av sjukhusvistelsen till det positiva eller negativa.

**Slutsats:** Resultatet visar vikten av delaktighet för äldre och kan med fördel användas för att utveckla vården till att bli mer personinriktad.

**Nyckelord:** Delaktighet, äldre, personcentrerad vård, autonomi.

## Abstract

**Background:** The number of older persons is increasing in the world and the life expectancy is getting higher. Sweden has among the highest life expectancy in Europe. The number of people that is over 75 years is said to double from 2015 until 2050, which is a challenge for the health care system. The nursing staff is required to give the patients information and to make them participate, but participation is hard to define because it is experienced different among people. Studies have described patient participation as receiving information or to be part in decision making about oneself care. There are many factors that affect participation in the care environment. The nurse has a significant role when it comes to patient participation.

**Aim:** To give attention to what participation is to patients over 75 years and if and how they have felt like a part of their care during hospital stay.

**Method:** A qualitative design was used to answer the purpose. The study was conducted on two geriatric hospital wards and a strategic sample has been used to find participants. Eight semi structured interviews was made and has been analyzed with content analysis, inspired by Elo and Kyngäs.

**Result:** The result shows that people over 75 years is describing participation as receiving and giving information, cooperation with the nursing staff, having a relationship with the nursing staff and when being able to make their own decisions. Information that the patients wished for was about medicines, treatment, planning and instructions. How the information was given and to be able to give information about oneself was important. To make own decisions is about being yourself and to have the right to think and speak what you want.

Patient participation is being affected by what the patients can do, want to do and have the strength to do. To participate has been shown to be important and affects the experiences of the hospital stay to the positive or to the negative aspect.

**Conclusion:** The result shows the importance of participation for the elderly and can be used as a part of develop the care towards a more person-centered care.

**Key words:** Participation, elderly, person-centered care, autonomy.

## **Förord**

Vi vill tacka vår handledare Harshida Patel vid Göteborgs Universitet för stöd och råd under arbetsprocessens gång, verksamhetscheferna på avdelningarna som examensarbetet är utfört på och till de deltagare som deltagit i studien.

# Innehållsförteckning

Inledning	7
Bakgrund	7
Den äldre patienten	7
Delaktighet	8
Delaktighet vid sjukdom	9
Faktorer som påverkar delaktighet	9
Sjuksköterskans roll	10
Teoretisk utgångspunkt	11
Personcentrerad vård	11
Problemformulering	12
Syfte	13
Metod	13
Design	13
Urval	13
Datainsamlingsmetod	14
Dataanalys	14
Förberedelse	15
Organisering	15
Rapportering	15
Forskningsetiska övervägande	18
Resultat	18
Äldres erfarenheter av delaktighet	18
Att vara en del i sin egen vård	19
Informationsdelning och samarbete med vårdpersonalen	19
Relation med vårdpersonalen	20
Självbestämmande	21
Vad jag kan, vill och orkar	22
Den äldres kunskap	22
Den äldres sjukdomstillstånd	23

Egna erfarenheter av vården	23
Erfarenhet och känslor av delaktighet vid inneliggande vård	23
Diskussion	24
Metoddiskussion	24
Metod	24
Urval	24
Datainsamlingsmetod	25
Dataanalys	25
Forskningsetiska övervägande	26
Resultatdiskussion	27
Slutsatser	31
Referenslista	32
Bilaga 1	38
Bilaga 2	41
Bilaga 3	43

## Inledning

Delaktighet och inflytande hos äldre vid inneliggande vård kan saknas helt trots att det är deras liv det berör (Harnett & Larsson, 2013). Att vården och omsorgen ska styras utefter behovet den äldre har kan tyckas självklart (Ericsson, 2013) samt att den äldre ska vara i centrum för vården (Harnett & Larsson, 2013). Att utgå från den enskilda människan i vården och omsorgen bör vara ett grundläggande förhållningssätt. Att bemöta alla äldre på samma sätt fungerar inte, utan bemötandet ska styras utifrån vem individen är eller varit (Ericsson, 2013). Att lindra lidande, återställa och främja hälsa samt förebygga sjukdom är sjuksköterskans grundläggande ansvarsområden och sjuksköterskan ska värna om att värdighet och integritet bevaras, både hos närstående och patienten vid omvårdnad (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Lika vård på lika villkor och god hälsa för hela befolkningen är målsättningen för vården och det är med respekt för alla människors lika värde och värdighet vården ska ges (Hälso - och sjukvårdslag [HSL], SFS 2017:30).

Båda författarna jobbar på geriatriska avdelningar och efter att ha påbörjat specialistsjuksköterskeutbildningen "Vård av äldre" så har personcentrerad vård introducerats och kunskapen har ökat vad gäller att göra patienten delaktig i sin egen vård. Ingen av de avdelningar som författarna jobbar på har antagit ett personcentrerat arbetssätt. I Sverige har 13 av 21 landsting/regioner tagit beslut om att jobba mot personcentrering i vården där fokus ligger på individens resurser, behov och förutsättningar (SKL, 2018). För att utveckla vården på egna avdelningar så är denna studie mycket intressant för författarna.

## Bakgrund

### Den äldre patienten

Andelen äldre i världen ökar och medellivslängden blir högre. Sverige har bland den högsta medellivslängden i Europa med sina 82,2 år. Ökningen av medellivslängden i Sverige beror på att dödligheten efter 65 års ålder minskar och andelen äldre över 75 år beräknas ha fördubblats från 2015 till 2050 (Socialstyrelsen, 2018). Den äldre befolkningen har ofta stora hälso- och sjukvårdsbehov och vården måste möta dessa utmaningar genom en individanpassad vård där äldre ges möjligheten att aktivt delta (Socialstyrelsen, 2018). WHO (2015) förespråkar främjandet av ett hälsosamt åldrande. Detta innebär att äldre personer ska ha möjlighet att behålla förmågor som främjar deras välmående. Faktorer som främjar välmående varierar mellan olika personer men för äldre är det viktigt att ha en roll och en identitet, ha goda relationer, känna glädje samt att ha autonomi (WHO, 2015). Sjukdom kan hämma möjligheten att känna välmående och när kroppsliga besvär hämmar vardagen kan det bli svårt att känna igen sig själv. Självständighet är inte längre en självklarhet utan någon som måste kämpas för genom anpassning till förändringar, förluster och begränsningar som sjukdom för med sig (Meranius, 2010). Många äldre kämpar redan med sin identitet relaterat

till funktionsnedsättningar och sjukdom. Det blir viktigt att behålla det som går av sin autonomi, som att meddela sina viljor samt ha inflytande över sitt liv, känna sig i kontroll (Høy et al., 2016). Vid inläggande vård blir detta ännu svårare. Många blir beroende av hjälp och att inte klara sig själv kan skapa en känsla av skam (Lindberg et al., 2013) och påverka självkänslan negativt (Meranius, 2010). Här finns risken att personen som går från sitt vanliga liv till att bli patient kämpar känslomässigt och med sin identitet. Att göra den äldre patienten delaktig i sin vård kan minska dessa risker samt hjälpa till att behålla värdigheten (Høy et al., 2016).

## Delaktighet

Genomförande och utformning av vården skall göras i samråd med patienten så långt det går. Det är antingen egna önskemål eller individuella förutsättningar som är utgångspunkten då en patient medverkar i vården. Anhöriga ska ges möjlighet att vara delaktiga vid utformning och genomförande av vården, om inte sekretess och tystnadsplikt utgör ett hinder (SFS, 2014:821). Delaktighet är beroende av att både patient och personal involveras och av att patientens åsikter blir en del i de beslut som tas (Swenne & Skytt, 2014). Att genom information öka patientens kunskap kan gynna delaktighet och delat beslutsfattande. Att som patient få vara aktiv i sin vård kan leda till förbättrad hälsa och ge en bättre vårderfarenhet (SBU, 2017).

En definition av delaktig är att vara aktiv och medverka eller att vara till nytta och ha medinflytande (Wijk, 2018). Dock kan det vara svårt att definiera delaktighet, detta beror på att delaktighet upplevs olika och kan delas in i flera delar. I flera studier beskrivs delaktighet som att få information (Angel & Norup Frederiksen, 2015; Höglund et al, 2010; Frank et al., 2009; Kolovos et al, 2016), att ha eller få kunskap av olika slag (Angel & Norup Frederiksen, 2015; Eldh et al, 2006; Eldh et al., 2010), att vara delaktig i planeringen av vården (Eldh et al, 2006) att få vara med i de beslut som tas (Kolovos et al, 2016) och att personalen lyssnar på patienten (Eldh et al., 2010 ; Eldh et al, 2006) har framkommit som upplevelser av delaktighet. Hur varje person definierar delaktighet själv kan också ändras genom livet. Delaktighet som ung kan betyda något annat än det gör när vid ålderdom (Wijk, 2018). En känsla av delaktighet kan också uppstå om vården tillåter att patienten får vara sig själv, behålla sin identitet trots sjukdom och ålderdom. Att få ta självständiga beslut kan hjälpa patienten att känna sig som en unik individ (Meranius, 2010). Delaktighet kan delas in i fysisk och verbal, där fysisk delaktighet är exempelvis att medverka vid omvårdnad eller medicinering. Verbal delaktighet är istället att medverka vid ronder och att vara aktiv i informationsdelning (Tobiano et al., 2015).

I en studie av Kolovos m.fl. (2016) om patienters erfarenhet och inställning till delaktighet i vården framkom det att 74,6% av deltagarna uppgav en anledning till att vara delaktiga och 77,2% av dessa stödde patientdelaktighet. Endast 21,9 % angav en anledning till att inte vara delaktig, vilket visar att patienterna ser fördelarna med delaktighet i vården. En fördel som



framkom var att delaktighet gjorde att deltagaren mådde bättre och var mer bekanta med inställningen som fanns runt dennes omvårdnad (Kolovos et al., 2016). Endast tre av de tidigare studier som hittades var inriktade på äldre med åldrarna från 71 år upp till 94 år (Nyborg et al., 2016; Lindberg et al., 2013; Bynum et al., 2014). I några av de övriga studierna ingick deltagare över 75 år men oftast få till antalet (Ommen et al., 2011; Tobiano et al., 2016; Larsson et al., 2011; Swenne & Skytt, 2014; Kolovos et al., 2016; Eldh et al., 2010;) och i några inkluderades endast deltagare yngre än 75 år (Höglund et al., 2010; Frank et al., 2009).

## Delaktighet vid sjukdom

Att bli sjuk innebär ofta en ökad sårbarhet där en längtan finns att bli sedd som en unik varelse. För äldre personer blir detta ännu mer påtagligt då de ofta är beroende av hjälp redan innan och vid sjukdom ännu mer. För att patienterna ska känna sig som unika och slippa negativa känslor, som skam, är det viktigt att de får vara delaktiga i sin vård. Förtroende för vårdpersonalen är viktigt om patienten ska kunna lita på den vård som ges (Lindberg et al., 2013) och enligt Bynum m.fl. (2014) uttryckte flera patienter att de hade lågt deltagande i vården och att de inte fattade några beslut utan överlät det till experterna, om de inte upplevde att experterna gjorde fel. Patienter som känner sig säkra på vårdpersonalen upplever att de inte behöver ta initiativ till vård själva, utan har ett förtroende för vårdpersonalens kompetens och kan överlämna sig till vården när behovet finns för att vila och samla styrka (Lindberg et al., 2013). Många patienter överlåter också beslutstagande och informationsinhämtning till sina anhöriga och lämnar sig i deras händer (Nyborg et al., 2016).

## Faktorer som påverkar delaktighet

Att få vara delaktig har flera positiva utgångar, patienten kan uppleva att tiden på sjukhuset känns mer hanterbar och delaktigheten blir en viktig uppgift som gör att de kan nå sina mål och komma hem snabbare. Att få vara delaktig både fysiskt och verbalt ökar också känslan av självständighet (Tobiano et al., 2016). Tyvärr kan patienternas delaktighet lätt hindras av både tidsbrist och bristen på medel för att involvera patienten i vården, även patientens brist på medicinsk kompetens och vetskapen om att de får vara delaktiga i beslutsfattandet hindrade delaktighet då medicinska beslut skulle tas (Höglund et al., 2010; Nyborg et al., 2016; Larsson et al., 2011; Casto et al., 2016). Kunskapsbrist om sjukdom och behandling gjorde att patienterna upplevde sitt självbestämmande som begränsat och ibland beskrevs att patienterna varken ville eller kunde utföra självbestämmande i vårdsammanhang (Angel & Norup Frederiksen, 2015; Nyborg et al., 2016). Andra hinder är att ständigt se nya ansikten samt att inte kunna bygga upp ett förtroende för vårdpersonalen (Larsson et al., 2011). Vid ronder visade sig också tidsbristen då tiden var för knapp för att patienterna skulle hinna ställa de

frågor de hade. Ronderna, som ofta är medicinskt inriktade, gjorde att patienterna blev utanför samtalet och de beslut som togs (Swenne & Skytt, 2014). Akut sjukdom är också ett hinder för delaktighet då patienterna upplevde sig trötta i den akuta fasen och inte orkade, fick eller kunde medverka aktivt i vården. Patienterna upplevde att information var den sorts delaktighet som de orkade med vid akut sjukdom (Höglund et al., 2010; Tobiano et al., 2015).

## Sjuksköterskans roll

Ett bra förhållande mellan patient och sjuksköterska beskrivs som nödvändigt för att underlätta patientdelaktighet och få patienten att känna sig bekräftad då information ska utbytas och överföras till kunskap och förståelse. Detta kräver tid och ömsesidig samverkan (Angel & Norup Fredriksen, 2015). Sjuksköterskan har en viktig roll i patientens vilja att aktivt delta i sin egen vård och ta beslut (Tobiano et al., 2015) och samtidigt en skyldighet att informera patienten samt göra denne delaktig. Att ge information är en viktig faktor för att möjliggöra patientens självbestämmande och delaktighet. Denna information måste vara anpassad så att patienten förstår, annars kan inte beslut tas på rätt grunder (SOS, 2015; Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan är skyldig enligt patientlagen (SFS, 2014:821) att anpassa informationen som ges utefter patientens förutsättningar och ska kunna försäkra sig om att patienten har förstått. Har inte patienten möjlighet att ta emot information så ska den ges till anhöriga istället. Patienten eller anhöriga har rätt att få information om hälsotillstånd, undersökningar, vilken vård som ska/kan ges, möjliga risker eller komplikationer, eftervård m.m. Patienten ska också informeras om att denne kan välja olika behandlingsalternativ. Vården ska utformas i samråd med patienten, där patientens egna önskemål och förutsättningar ska vägas in.

Patienter har beskrivit att viljan att vara delaktig har minskat om sjuksköterskan har verkat stressad eller upptagen, om de känt sig ignorerade, fått dåligt med information eller om sjuksköterskan visat brist på respekt. För att främja delaktighet är det viktigt att sjuksköterskan delar information med patienten, värdesätter den information som patienten ger samt ser på patienten som en person och inkluderar denne i vården (Tobiano et al., 2015). Sjuksköterskan måste jobba med att underlätta och uppmuntra patientdelaktighet vilket kan vara svårt vid hög ålder i kombination med svaghet (Angel & Norup Frederiksen, 2015). Här kan sjuksköterskan ta hjälp av Antonovskys salutogena modell för att försöka främja det friska och stärka patienten i sitt deltagande. Istället för att se sjukdom, försöka se det friska och hela personen med alla resurser denne har. Sjuksköterskan kan genom att involvera patienten stärka dennes KASAM (känsla av sammanhang). Att motivera kan ge meningsfullhet, genom att förklara kan begriplighet uppstå och genom att peka på de resurser patienten har också gett en känsla av hanterbarhet (Antonovsky, 1996).

Vårdpersonalens kompetens kan kännas som ett övertag, där sjuksköterskan har all information och makt (Tobiano et al., 2016; Larsson et al., 2011) och är sjuksköterskan den som dominerar i relationen med patienten får patienten dåligt med inflytande över sin vård (Angel & Norup Frederikse, 2015). Att som patient känna ett sådant underläge kan ibland hindra deltagande då patienten inte vill vara till besvär genom att fråga eller ifrågasätta (Tobiano et al., 2016; Larsson et al., 2011). Sjuksköterskan måste ha en positiv attityd till patientdelaktighet och sätta sig in i patientens situation, vilket kräver tid och kunskapsdelning (Angel & Norup Frederikse, 2015). I en studie där patienternas upplevelse av delaktighet undersöktes så framkom det att patienterna upplevde en känsla av underlägsenhet när deras kunskap och behov hade begränsad vikt i planeringen av vården (Tobiano et al., 2016). En del upplevde att sjuksköterskorna trodde sig veta bäst vad patienten behövde utan att fråga (Larsson et al., 2011) och patienterna beskrev att de inte blev involverade då vårdpersonalen inte lyssnade eller frågade efter deras förväntningar eller önskemål innan behandling och vårdbeslut togs (Nyborg et al., 2016).

## Teoretisk utgångspunkt

SBU (2017) listar hinder för delaktighet där bristande dokumentation av patientens egna önsknings, behov och resurser är ett. Personcentrering kan främja delaktighet genom ett partnerskap med patienten, där patienten medverkar i beslutsfattandet runt sin vård och blir sedd som en unik individ med levd erfarenhet och egna viljor (Tobiano et al., 2015). Partnerskapet, patientberättelsen och dokumentation är de tre nyckelbegreppen inom personcentrerad vård och dessa är även nödvändiga för patientdelaktighet (Ekman et al., 2011). Sjuksköterskan ska arbeta enligt sex kärnkompetenser vilka är personcentrerad vård, säker vård, informatik, samverkan i team, evidensbaserad vård samt förbättringskunskap. Den teoretiska utgångspunkten personcentrerad vård känns därför mycket aktuell. Alla dessa sex kärnkompetenser är viktiga för att öka vårdens kvalitet och säkerhet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Ett personcentrerat arbetssätt kan också öka delaktigheten och patientens välbefinnande vilket i sin tur kan hjälpa till att främja hälsan för den äldre (Wijk, 2018).

## Personcentrerad vård

Inom sjukvården saknas ofta en helhetsbild av patienten och genom personcentrerad vård kan detta förbättras. Patienten ses som en medmänniska med förmågor och behov, som en aktiv partner som ingår i teamet där både rättigheter och ansvar ingår. Patienten ska mötas som en person där inte vikt läggs på enbart sjukdom (Leplege et al., 2007). Detta kan ge kortare vårdtider och färre medicinska komplikationer samt öka patientens trygghet. Sjuksköterskan ska inte bara höra på patienten utan lyssna och ta sig tid, detta för att skapa en förtroendefull relation och kunna lyfta fram förmågor som bidrar till läkning (Ekman et al., 2011).

Personcentrerad vård börjar med att ett partnerskap byggs, då information, överläggande och beslutfattande delas mellan patient och personal. Genom att använda en berättande kommunikation delas erfarenheter och information vilket gör att sjuksköterskan kan få en förståelse av sjukdoms- och symtomupplevelsen som patienten har. Patientberättelsen är utgångspunkten i personcentrerad vård och lägger grunden för partnerskapet (Ekman et al, 2011). Patientberättelsen kan användas i kombination med medicinska undersökningar för att se hela patienten. På detta viset kan fokus läggas på hälsa och resurser och inte bara på begränsningar och sjukdom (Ekman & Wallström, 2018). Personcentrering kräver att berättandet bygger på ömsesidig tillit, förståelser och delning av kunskap mellan vårdpersonal och patient (McCormack, 2003). Att som vårdpersonal ta del av patientens perspektiv på sin situation gynnar partnerskapet (Ekman & Wallström, 2018). Att få sina önskemål hörda samt att kunna vara med och påverka sin vård har visat sig öka förtroendet till sjukvården (Ommen et al., 2011). Inom personcentrerad vård sätts personens syn på sin livssituation och sitt tillstånd i centrum. Att dokumentera det som patienten berättar är en viktig del då detta erkänner patientens egna viljor och upplevelser samt gör informationen tillgänglig för alla som jobbar runt patienten (Ekman et al, 2011). Det som dokumenteras är en hälsoplan, vilken patient och sjuksköterska gemensamt kommit fram till (Ekman & Wallström, 2018).

För att personcentrerad vård ska fungera mellan patient och sjuksköterska så måste också sjuksköterskans förutsättningar räknas in. Som kompetens, social förmåga, engagemang för jobbet samt vetskap om sina egna värderingar. Dessa punkter är viktiga att reflektera över för att kunna arbeta personcentrerat. En annan viktig del i personcentrering är arbetsmiljön som också spelar en viktig roll. En bra arbetsmiljö möjliggör personcentrering och hit räknas en stöttande ledning, delat beslutsfattande mellan chefer och personal samt effektiva relationer mellan kollegor (McCormack & McCane, 2006). Det är viktigt med teamarbete, god hantering av arbetsbelastning och arbetstid samt att jobba för goda relationer mellan kollegor. Detta kan skapa en arbetsmiljö där personcentrering kan växa och en personcentrerad kultur kan minska stress och öka nöjdheten över det jobb som utförs (McCormack et al., 2010).

## Problemformulering

Delaktighet kan hjälpa till för att bevara sin autonomi och värdighet samt bli sedd som en unik individ, dock kan detta vara svårt vid sjukdom och ineliggande vård. Åldersgruppen 75 år och uppåt är dåligt representerade i studier om delaktighet. Enligt tidigare studier beskrivs delaktighet bland annat som att få information, att någon lyssnar eller att få ta egna beslut. Det finns tyvärr många hinder för att delaktighet ska fungera tillfredsställande; t.ex. ständigt nya ansikten, tidsbrist, ovilja att delta och brist på kunskap hos patienten. Med ett personcentrerat arbetssätt kan delaktighet lyftas. Detta leder till att patienten kan känna sig respekterad med delat beslutsfattande, vilket är avgörande för att öka deras involvering i vården och främja goda relationer med positiva upplevelser. Dock är det inte självklart vad delaktighet innebär för den äldre personen. För att kunna förstå detta måste först de äldre själva få berätta vad delaktighet är för dem. Ny kunskapsgenerering inom detta område utifrån äldres perspektiv är

viktig för att kunna forma och förbättra vården utifrån de äldres förutsättningar för delaktighet i vården.

## Syfte

Att belysa vad delaktighet innebär för patienter över 75 år och om och hur de erfarit delaktighet under sin inneliggande vård.

## Metod

### Design

En kvalitativ metod har valts då det är erfarenheter av vad delaktighet är som efterfrågas hos den äldre. Kvalitativ metod är lämplig vid studier om personens levda erfarenheter. (Henricson & Billhult, (2017).

### Urval

Studien har gjorts på två geriatriska avdelningar på två sjukhus, ena avdelningen är en ortogeriatrisk avdelning och den andra är en allmän geriatrisk avdelning där patienter med ortopediska, kirurgiska, medicinska, onkologiska och palliativa sjukdomar vårdas. Ett av sjukhusen ligger i en stad i södra Sverige och det andra i en stad i Värmland och dessa avdelningar valdes då en av författare bor i Värmland och den andra i södra Sverige. Ett strategiskt urval med inklusionskriterier har använts för att välja informanter som har haft möjlighet att erfara fenomenet delaktighet (Henricsson & Billhult, 2017). Både män och kvinnor har inkluderats för att få variationsrika data av vad delaktighet innebär och hur det erfarits under vårdtiden. Inklusionskriterier för studien var patienter 75 år eller äldre, varit inneliggande minst tre dygn vid intervjutillfället och kunde medverka vid en intervju. Patienter med svår hörselnedsättning, demens, tillfällig förvirring, svårighet att förstå eller tala det svenska språket eller som hade vårdats av författarna under vårdtiden har exkluderats för att undvika bias i studiens resultat.

Nio personer tillfrågades initialt om deltagande i studien och åtta gav muntligt samtycke till att medverka. Den nionde personen ville inte delta i studien efter att muntliga informationen givits. Av de åtta som ingick är fyra män och fyra kvinnor med åldrarna mellan 76 - 89 år, vilket ger en medelålder på 85 år. Deltagarnas tid på avdelningen innan intervjun genomfördes varierade mellan 3 - 7 dagar. Alla deltagarna hade tidigare erfarenheter av inneliggande vård på sjukhus. Fler deltagare hade tillfrågats vid behov men författarna ansåg att datamättnad uppnåtts efter åtta intervjuer.

## Datainsamlingsmetod

Brev med information om studien lämnades till verksamhetschef och avdelningschef på aktuella avdelningar (bilaga 1). Verksamhetscheferna gav skriftligt samtycke till studien. Sektionschef skrev upp patienter som föll inom inklusions- och exklusionskriterierna. Författarna valde ut och tillfrågade tilltänkta deltagare från listan och för att få ett så informationsrikt material som möjligt försöktes lika många kvinnor som män i olika åldrar tillfrågas. Att hitta personer med olika erfarenheter är viktigt för att kunna beskriva fenomenet på ett rikare sätt (Henricson & Billhult, 2017). Vid första mötet lämnades forskningsperson informationen (bilaga 2) och muntlig information om studien till deltagarna. De som gav sitt muntliga samtycke till deltagande i studien bokades in för en intervju innan deltagaren skrevs ut från vårdavdelningen. Dag och tid då intervjun skulle genomföras planerades efter deltagarens, författarens och avdelningens aktiviteter för att det skulle kunna finnas tid för en ostörd intervju och inte påverka deltagarnas vård på avdelningen.

Semistrukturerade enskilda intervjuer har använts som datainsamlingsmetod för att få svar på syftet. Semistrukturerad intervju valdes eftersom frågorna kan anpassas efter det som framkommer under intervjun och behöver inte tas i ordning. Detta kan ge mer och djupare data (Danielson, 2017). En intervjuguide (bilaga 3) förbereddes med frågor som stöd och användes under intervjuerna (Polit & Beck, 2012). En provintervju utfördes för att prova om frågorna i intervjuguiden gav svar på syftet, vilket författarna upplevde att det gjorde. Provintervjun inkluderas i resultatet. Innan intervjuerna så gavs muntlig information ytterligare en gång för att säkerställa att deltagarna förstod informationen om studien och att de fortfarande ville delta. Intervjuerna spelades in och kodades med siffrorna 1–8 och detta gjordes under januari månad 2019. Endast en författare medverkade per intervju och fyra intervjuer var gjordes. Efter åtta genomförda intervjuer ansågs att datamättnad uppnåtts, vilket innebär att ingen ny information framkom (Polit & Beck, 2012) och därför gjordes inga fler intervjuer. Intervjuerna varade mellan 9 - 24 minuter.

## Dataanalys

Data har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys med en induktiv ansats inspirerad av Elo & Kyngäs (2008). Innehållsanalys används ofta för att analysera data i kvalitativ metod och det är textens innehåll som är i fokus vid en induktiv ansats (Danielson, 2017). Intervjuerna transkriberades så nära i tid som möjligt efter intervjun av den författare som utförde intervjun. Transkriberingen gjordes ordagrant då detta är av fördel och möjliggör att alla nyanser av intervjun framkommer (Danielson, 2017). Analys av data gjordes i tre steg, förberedelse, organisering och rapportering.

## Förberedelse

Förberedelsen börjar med att analysenhet väljs och i denna studie utgörs analysenheten av transkriberade texter från de genomförda intervjuerna (Danielson, 2017). För att skapa förståelse och få en helhet av data så lästes texterna från de transkriberade intervjuerna flera gånger. I nästa steg följde organisering av data.

## Organisering

Organiseringen gjordes genom öppen kodning, skapande av kategorier och abstraktion, med abstraktion menas att en generell beskrivning skapas genom att ta fram kategorier, vilket gjordes tills inga nya kategorier hittades i texten. Under den öppna kodningen markerades meningsbärande enheter i texten med en överstrykningspenna, de meningsbärande enheterna bestod av ord eller meningar med gemensamt budskap och gav svar på syftet. I nästa steg, skrevs kondenserande anteckningar och ord i kanten i anslutning till den markerade texten. Efter det flyttades de meningsbärande enheterna till ett kodningsschema i datorn som båda författarna hade tillgång till. På kodningsschemat kondenserades de meningsbärande enheterna ner ytterligare för att få fram det mest betydande innehållet i texten och märktes med en kod som angav vad texten innehöll. Efter detta grupperades koderna i olika subkategorier utifrån likheter och skillnader. Subkategorierna grupperades sedan i kategorier efter innehållet och kategorierna mynnade ut i en huvudkategori, detta gjordes av författarna tillsammans. Genom denna kategorisering beskrivs delaktighet så att ny kunskap och förståelse skapats för vad delaktighet är och om och hur delaktighet har erfarits under ineliggande vård. Under analysen av intervjumaterialet hittades 6 stycken subkategorier som samlats i 3 stycken kategorier som sedan bildade en huvudkategori vilken svarar på studiens syfte.

I figur 1 visas hur subkategorier, kategorier och huvudkategorier har kopplats samman och i tabell 1 visas exempel på hur de meningsbärande enheterna kondenserades, kodades och tilldelats subkategori, kategori och till sist huvudkategori.

## Rapportering

Rapporteringen av vad analysen visar redovisas i studiens resultatdel.

Figur 1: redovisning av Huvudkategori, kategorier och subkategorier



Tabell 1: exempel på meningsbärande enheter, kondensering, kod, subkategorier, kategorier och huvudkategorier

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori	Huvudkategori
ja man vill ju veta varför man får en medicin.	Veta varför man får en medicin	Vara informerad	Informationsdelning och samarbete med vårdpersonalen	<b>Att vara en del i sin egen vård</b>	



Åh åderbräck på aortan de är ju också livsviktigt ju. åh då fick jag bestämma om jag skulle göra det eller inte ju	åderbräck på aortan livsviktigt fick bestämma om jag skulle göra det.	Fick bestämma själv	Självbestämmande		<b>Äldres erfarenheter av delaktighet</b>
för min del har det inte någon betydelse, utan jag gör som jag blir beordrad så att säga, då brukar det bli bra	Spelar inte så stor roll med delaktighet, gör som personalen säger, tycker att det är bra	Överlämnat sig till vården, Lita på personalen	Relation med vårdpersonalen		
är jag dålig så spelar det ju ingen roll för då kan jag inte uttrycka mig men annars vill jag att de lyssnar på mig	svår sjukdom gör delaktighet svårt, viktigare när man känner sig piggare	Delaktighet vid sjukdom	Den äldres sjukdomstillstånd	<b>Vad jag kan, vill och orkar</b>	
Ja jag är ju gammal sjuksköterska så jag kan ju fråga rätt så bra. jag är inte rädd för att fråga.	Gammal sjuksköterska kan ju fråga och är inte rädd för att fråga.	Tillit till egen förmåga	Den äldres kunskap		
Jag har ju inte varit på sjukhus så mycket när jag var yngre. Men det är en annan anda nu man lyssnar mer på patienten	Inte varit så mycket på sjukhus när hon var yngre. En annan anda nu där man lyssnar på patienten	Nya tider	Erfarenheter och känslor av delaktighet vid inneliggande vård	<b>Egna erfarenheter av vården</b>	

## Forskningsetiska övervägande

Studien godkändes skriftligt av verksamhetscheferna och etiska aspekter har beaktats vid genomförandet av studien enligt etiska riktlinjer (Codex, u.å.). Deltagarna har fått både skriftlig (bilaga 2) och muntlig information om studien, vad det innebär att delta i studien, att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas utan att ange någon anledning eller att det skulle påverka deras fortsatta vård på avdelningen, enligt lag om etikprövning som avser forskning på människor (SFS 2003:460). Muntligt samtycke har inhämtats innan intervjuerna påbörjades. För att deltagarna ska kunna berätta fritt om sina upplevelser har intervjuerna gjorts ostörda i enskilt rum och i slutet av vårdtiden (Danielson, 2017).

Intervjuerna spelades in och kodades med siffror för att avidentifiera både resultat och materialet. Detta för att minska risken att obehöriga ska kunna identifiera deltagarna (Danielson, 2017). Allt intervjumaterial har hanterats så att obehöriga inte kan ta del av det och alla personuppgifter har hanterats konfidentiellt och material som samlats in under studien förstörs efter att uppsatsen har godkänts (Kjellström, 2017). Aktuella avdelningar och deltagare namnges inte i studien för att inte kunna koppla resultatet till deltagarna i studien.

Författarna har övervägt eventuella risker och nytta med studien genom att göra en risk/ nytta analys. Detta gjordes innan datainsamlingen påbörjades (Kjellström, 2017). Författarna ansåg inte att det förelåg någon risk för patienterna att delta i studien. En potentiell risk kunde vara att väcka minnen av vårdtillfällen eller situationer som berört deltagarna på ett mindre bra sätt eller att deltagarna upplevde det obehagligt att intervjun spelades in. Deltagarna kunde också ha erfarenheter av att de inte fått vara delaktiga och bli ledsna över det. Om något av ovanstående skulle inträffa kunde stöttande samtal av sjukvårdspersonal erbjudas på båda avdelningarna och kurator fanns att tillgå på en av avdelningarna om behov skulle uppstå. Författarna anser att genom denna studie kan ett nytt kunskapsläge om vad delaktighet är hos äldre framkomma och nytta med studien är att resultatet synliggör vad äldre personer upplever att delaktighet är och om det har upplevts under inneliggande vård. Kunskapen som framkommer om vad delaktighet är kan användas för att göra äldre delaktiga i vården.

## Resultat

### Äldres erfarenheter av delaktighet

Huvudkategorin som framkommit består av tre kategorier som tillsammans har sex subkategorier. *Att vara en del i sin egen vård* är den första kategorin som handlar om deltagarnas erfarenhet av vad delaktighet är samt vårdpersonalens och patientens egna del i att var delaktig i vården. Denna kategori är uppdelad i tre subkategorier *informationsdelning och samarbete med vårdpersonalen*, *relation med vårdpersonalen* och *självbestämmande*. Den andra kategorin heter *vad jag kan, vill och orkar* och handlar om deltagarnas erfarenhet av hur delaktighet påverkas av sjukdomstillstånd och patientens kunskap om vården. Denna kategori består av subkategorierna *den äldres sjukdomstillstånd* och *den äldres kunskap*.

Den tredje kategorin, *egna erfarenheter av vården* handlar om hur förändringar i vården påverkar erfarenheten av delaktighet, likaså vilka känslor delaktighet i vården skapar och detta redovisas i en subkategori *erfarenheter och känslor av delaktighet vid inneliggande vård*.

### **Att vara en del i sin egen vård**

#### Informationsdelning och samarbete med vårdpersonalen

Information belystes av många deltagare som delaktighet. Informationen som vårdpersonalen gav skulle innehålla information om undersökningar, medicinering, omvårdnadsåtgärder, instruktioner till träning och hemgång, men också information om och svar på undersökningar, vilken behandling som kunde ges, vad som fanns att göra åt tillståndet om det fanns något att göra och varför det uppstått. Att vårdpersonalen sa att något skulle göras utan att informera om det först minskade erfarenheten av att vara delaktig och det kunde visa sig så här:

*”de bara kom och sa att jag skulle det och jag hade ingen aning om de. Först blev jag lite arg å så jag kan vara rätt så skarp om jag känner mig förolämpad”*

(Kvinna 89 år)

Att bli informerad om medicinerna som gavs, vad de var för och varför de gavs anses vara delaktighet och flera av deltagarna efterfrågade denna information om de inte fick den av vårdpersonalen, men kunde ibland känna sig avvisade då personalen svarade att de hade kontrollerat medicinen så det var rätt. Några av deltagarna kände sig inte delaktiga då de inte fått information om sin diagnos eller de mediciner de fått under vården, medan andra kände sig delaktiga då de fått information om vad vårdpersonalen tror och tänker om vården och tillståndet, fått information och blivit tillfrågad om undersökningar som planeras och blivit informerad vad dessa visar samt blivit lyssnad på när de talat om att de fått en medicin som de inte tålt.

Erfarenheterna av delaktighet påverkas av hur informationen gavs, det var viktigt att förstå informationen och vårdpersonalen skulle använda ett språk som deltagaren förstod, ta sig tiden samt informera löpande under hela vårdtiden. Informationen skulle också täcka in ett varför så att deltagaren kunde skapa sig en förståelse för det som informerades om. För att erfara delaktighet ville deltagaren att informationen skulle ges på ett personligt sätt efter egna förväntningar och det beskrevs så här:

*” Vet man ingenting alls måste de vara ännu tydligare”*

(Kvinna 85 år)

En av deltagarna kände sig delaktig då information gavs på ett personligt sätt och det skapade förståelse för det som säs. Någon deltagare tyckte att det var viktigt att vårdpersonalen kollade av att de förstod informationen och inte bara gav den, medan en annan deltagare påtalade att det är ens eget ansvar att fråga om informationen inte förstods. En del deltagare frågade om de inte förstod informationen, dock gjorde inte alla det, vissa ville inte verka missnöjda eller vara till besvär. En deltagare var kritisk mot svaren som vårdpersonalen gav då det var väldigt viktigt att förstå informationen och om svaret var otydligt fick man fråga ytterligare en gång. Deltagare upplevde att en del vårdpersonal var mer eller mindre lämpade att informera och deltagarna poängterar att informationen är viktig för upplevelsen av delaktighet då information skapar en förståelse som leder till att deltagaren kan göra mer själv då de vet mer.

Erfarenheten av delaktighet påverkas också av samarbetet mellan vårdpersonalen och deltagarna. Känslan av delaktighet finns vid ett bra samarbete. Mer än att bara få information så handlar ett samarbete om att få ge information, om sig själv, vad man vet, känner och kan och inte ha några hemligheter. Informationen skall delas och diskuteras för att kunna sträva mot samma mål och en diskussion underlättar för att kunna ta gemensamma beslut. Som en deltagare beskrev det:

*“ha kontakt med varandra, att inte en springer ditåt och en ditåt, och inte nån säger nåt”*

(Man 83 år)

Andra typer av samarbete var att kunna medverka vid personlig omvårdnad och att personalen involverade anhöriga om patienten inte själv orkade. Detta kunde ske genom att personalen samarbetade med anhöriga vid planering och gav dem information.

### Relation med vårdpersonalen

En god relation med vårdpersonalen uppkommer då deltagarna upplevde att de blir lyssnade på och sedda. Detta ledde i sin tur till att deltagarna kände sig trygga och kunde lita på vårdpersonalen, den vård som gavs och att vårdpersonalen gjorde vad som var bäst för deltagarna. För en god relation vad det också viktigt att känna förtroende till att personalen var inläst på sjukdomstillstånd och att de hade rätt kunskap. En deltagare pratade om att respekten för personalen påverkade hur man vågade fråga, de deltagare som upplever sig sedda och lyssnade på vågade ställa frågor mer öppet.

En deltagare tyckte det var svårt att lämna över sig till vården utan att veta vad det fanns för tanke bakom medan andra deltagare menade att om en god relation uppstod kunde man istället koppla av, känna sig omhändertagen och trygg. Delaktighet uppstod då deltagarna erfarit att vårdpersonalen var intresserad av dem när de träffades och att de kunde prata med

varandra, likaså gav oengagerad personal erfarenheter av att inte bli sedd eller lyssnad till vid mötet. Personalens bemötande spelade en stor roll och otrevlig personal gjorde det svårt att förklara sig och komma till gemensamma beslut medan stressad personal gjorde att deltagarna inte kände sig delaktiga då allt skulle gå fort och en god relation hann inte byggas. Detta kunde beskrivas som att personalen frågade något men sedan gick innan man hunnit tala klart, eller att personalen hade bråttom till nästa. Många beskrev att de inte ville störa redan stressade personalen genom att fråga eller begära saker, vilket hämmade dem att prata med personalen och skapa en god relation

*“du vet, de har ju fullt upp att göra, så det går inte att stri för möe med dem”*

(Man 83 år)

Ofta fanns en medvetenhet eller tanke om personalens arbetsbörda vilket gjorde att vissa anpassade sig efter när personalen hade tid och ibland lät de också personalen bestämma för att inte vara till besvär. En deltagare pratade om engagerad personal som höll det som lovades genom att ta reda på något eller lova en åtgärd och återkomma till deltagaren med svar eller för att utföra åtgärden. Detta skapade en känsla av delaktighet då deltagaren kände sig lyssnad på och sedd. En annan deltagare pratade om oengagerad personal vid utskrivning, personalen pratade bara lite med deltagaren, men mycket med andra runt omkring vilket gav en känsla av att inte vara delaktig. En annan beskriver att hon kände sig delaktig då tanken var att hon skulle skrivas ut, men när hon upplevde att hon inte var i skick för det och berättade detta för vårdpersonalen, så lyssnade de och lät henne stanna.

### Självbestämmande

Kategorin självbestämmande handlar om att man är en egen person med egna tankar, funderingar, synpunkter, vilja och viljan att bli bemött därefter. Deltagarna pratar om att få vara den person man är och delta på det sätt som man själv vill. Man vill bli sedd som en egen person, bli talad till och inte över huvudet på och inte ses som ett nummer utan en egen person. Någon deltagare hade erfarenheten av att inte bli sedd som en person med åkommor utan som en del av en grupp där detta var vanligt och det beskrevs så här:

*“Det är ju klart att jag har många gånger blivit avfärdad med yra och så är alla i min ålder”*

(Kvinna 89 år)

Självbestämmande innehåller också deltagarnas vilja att vara beslutsfattare i sin vård och att få bestämma själv om man vill vara delaktig och hur. Det var viktigt att personalen lyssnade till vad deltagarna ville och hur man ville vara delaktig i sin vård skilde sig mellan deltagarna. En del beskrev att delaktighet handlar om att få vara med i vården och ta beslut eller att få ha

synpunkter på vården och dess utformning medan andra inte vill vara med och ta beslut om eller medverka i sin vård.

Att få bestämma själv handlade om allt ifrån att få välja vad som skulle ätas, om man vill genomgå en behandling/undersökning eller inte, att medverka i omvårdnad, mobilisering och deltagare påtalar att de känt sig delaktig då de fått berätta om hur de upplever sin kropp. Att få vara med och ta beslut om sin vård beskrevs som delaktighet hos en del medan andra inte ville vara med och bestämma något och det beskrevs så här:

*“Åh åderbräck på aortan är ju också livsviktigt ju. Åh då fick jag bestämma om jag skulle göra det eller inte”*

(Man 87 år)

*“Jag har inte velat bestämma något”*

(Kvinna 89 år)

Någon deltagare påtalade att en del av behandlingsbesluten och undersökningarna inte var något att vara delaktig i utan var tvungna att göras då det gällde livet eller för att ta reda på vad som var orsaken till tillståndet. Hade man valt att inte göra behandlingen eller undersökningen hade man kanske inte levt eller haft ett liv med minskad livskvalitet och det beskrevs så här:

*“de va inte mycket att va delaktig i göra utan man va ju tvungen att göra det. Bypasse måste man ju göra annars hade man ju inte levt ju”*

(Man 87 år)

## **Vad jag kan, vill och orkar**

### **Den äldres kunskap**

Kunskapen om vården påverkar delaktigheten och hade deltagarna kunskap hade de erfarenheten att de var mer delaktiga då det var lättare att ställa frågor samt ta till sig informationen som gavs. En deltagare hade själv jobbat inom vården och beskrev att det underlättade då hon har vetskapen om vad skulle efterfrågas och hur vården gick till. Ibland fanns kunskap om en del saker, men saknades gällande annat. När kunskap om vården saknades minskade vilja att vara delaktig och många valde att inte ta egna beslut. Det framkom att det saknades kunskap om mediciner, behandlingar och några visste inte ens att de hade rätt att vara med och bestämma. Utan egen kunskap så var det lättare att göra som personalen sa, de visste bäst.

*“Nu har de pumpat i mig massa tabletter...och vad det nu betyder det vet jag inte för jag kan ingenting om vård”*

(Man 88 år)

Med egen kunskap om sin medicin kunde en deltagare förhindra att fel medicin gavs under inneliggande vård. En annan deltagare hade fel kunskap om utformningen av vården och trodde att fel vård gavs, vilket skapade frustration och gav känslan av att inte vara delaktig. En deltagare påtalade att kunskap om den egna sjukdomen saknades men tog inte reda på något om sjukdomen på grund av minskad kunskap om vården.

### **Den äldres sjukdomstillstånd**

De sjukdomstillstånd deltagarna har påverkar deras erfarenhet och möjlighet till delaktighet. Vissa orkade inte att vara delaktiga utan var tvungna att släppa saker på grund av bristande ork, trots att viljan fanns. Vid svår sjukdom blir det svårare att ta in information, ibland ges fel svar på grund av trötthet och orken finns inte för att säga ifrån även om man misstyper till det som sägs. När man känner sig piggare blir delaktighet lättare då orkar till att vara med och ta beslut, lyssna och ta in det personalen säger finns. Hur viktigt det är att få vara delaktig kan också påverkas av sjukdomstillståndet. En deltagare menade att vid svår sjukdom varken ville eller kunde hon vara delaktig och det kändes inte lika viktigt, men när sjukdomen förbättrades så ökade också viljan till delaktighet.

*“är jag så dålig spelar det ju ingen roll för då kan jag inte uttrycka mig, men annars vill jag att de lyssnar på mig...”*

(Kvinna 85 år)

För en annan var det tvärtom, vid välmående kändes inte delaktighet lika viktigt då han hade bättre koll själv. En deltagare menar att om både viljan och orken finns kan man vara mer delaktig och en annan deltagare berättar att på grund av bristande ork så har delaktigheten blivit sämre än innan.

### **Egna erfarenheter av vården**

#### **Erfarenhet och känslor av delaktighet vid inneliggande vård**

Deltagarna hade erfarenheten att de var mer delaktiga vid inneliggande vård i dag än tidigare då de beskrev att vården ändrat sig. Deltagarna talade om en tydligare sjukvård och att vårdpersonalen är öppnare och att det gamla rondsystemet där man blev talade över huvudet på har försvunnit och nu talar de till en istället. Vissa menar att det inte var någon delaktighet förr, utan mer som en institution där patienter förvarades utan mycket att säga till om. Nu är det mer personligt och personalen lyssnar.

*“...det är en annan anda nu, man lyssnar på patienten”*

(Kvinna 85 år)

De allra flesta har erfarit sig delaktiga vid sin ineliggande vård och det har framkommit att delaktighet betyder mycket och är viktigt för deltagarna. Om deltagarna har erfarit sig delaktiga i sin vård pratar de om välmående, att man klarar saker bättre, att en bra känsla infinner sig och för många blev hela vårdtillfället en positiv upplevelse tack vare delaktigheten. De som istället känt att delaktigheten varit bristfällig pratade om känslor som trötthet, ilska, frustration och känslan av att bli förolämpad.

## Diskussion

### Metoddiskussion

#### Metod

En kvalitativ metod valdes då syftet var att belysa de äldres erfarenheter av vad delaktighet är och om och hur det erfarits under ineliggande vård. Annan metod kunde ha valts men då hade inte resultatet blivit så beskrivande som författarna önskade eftersom forskningsfrågan vid en kvantitativ metod besvaras med någon form av strukturerade mätningar eller observationer och består av siffror i olika former (Billhult, 2017). Att både design och metod är noga utvalt och svarar på syftet är viktigt för att öka kvaliteten (Mårtensson & Fridlund, 2017) och författarna anser att metoden gjorde så att syfte kunde besvaras. Studiens pålitlighet och trovärdighet stärks då författarna belyst både sin egen förståelse för ämnet och vilken erfarenhet de har sedan tidigare.

#### Urval

Urvalet har gjorts genom ett strategiskt urval med inklusions och exklusionskriterier. Deltagare med demensdiagnoser eller kognitiv svikt har exkluderats då personer med kognitiv svikt eller demensdiagnoser kan ha svårt att ta in vad studien handlar om eller vad det innebär att delta och kan inte på ett adekvat sätt ge samtycke. Det kan också vara svårt för dem att besvara frågorna som ställs vid intervjun. Då många äldre lider av hörselnedsättningar som kan påverka hur information tas in har deltagare med grava hörselnedsättningar exkluderats. För att minimera risken för att deltagarna inte förstår informationen har deltagare som inte pratar eller förstår svenska språket också exkluderats. Att inkludera deltagare som talade ett annat språk hade kunnat göras, men då hade de krävt både en tolk vid intervjun och för själva transkriberingen vilket författarna inte hade möjlighet till då tidsåtgången för studien var begränsad. För att få en ännu mer variationsrik data hade deltagare med en annan etnisk bakgrund kunnat inkluderas i studien, men då det inte fanns några informanter med annan



etnisk bakgrund som föll inom inklusionskriterierna när intervjuerna gjordes så kunde man inte vänta på informanter med annan etnisk bakgrund på grund av att tiden var begränsad.

## Datainsamlingsmetod

Författarna valde att använda sig av semistrukturerade intervjuer därför att de ville ha ett berättande resultat och fördjupa sig i den information som framkom, men ändå kunna styra deltagarna så att hela syftet vägdes in. Strukturerade intervjuer hade kunnat användas, men risken är att resultatet inte hade blivit så berättande och intervjun hade varit mer styrd av författaren.

Då författarna är novis när det gäller intervju som metod kan detta ha påverkat resultatet. Genom att använda en intervjuguide kunde alla delar av ämnet beröras och syftet med studien kunde besvaras, dock kan de sista intervjuerna ha blivit mer djupa då författarna lärt sig att intervju och ställa följdfrågorna på ett bättre sätt. En provintervju gjordes för att testa frågorna i intervjuguiden och efter provintervjun diskuterade författarna resultatet och kom fram till att frågorna var adekvata för att få svar på studiens syfte. Författarna gjorde fyra intervjuer var och dessa gjordes i ett avskilt rum på de avdelningar som medverkade i studien innan deltagaren skulle skrivas ut. Deltagaren valde tid och dag och sedan anpassades det också efter avdelningarnas rutiner för att inte störa deltagarens vård och behandling. Intervjuerna kan anses korta då de varade mellan 9 - 24 minuter, men författarna anser att intervjuerna innehöll rikt med data som svarade på syftet och insamlad data höll en god kvalite. Enligt Graneheim och Lundman (2004) är mängden data som krävs för att på ett trovärdigt sätt svara på forskningsfrågan varierande beroende på kvaliteten hos datan. Intervjuerna kunde ha genomförts efter att deltagarna skrivits ut, men kanske hade inte så många velat delta och tidsåtgången för författarna hade blivit större då det skulle innebära hembesök hos deltagarna. Att endast vara en författare vid intervjun kan underlätta då deltagaren kan störas av att det är två intervjuare och information kan påverkas (Danielson, 2017).

## Dataanalys

Valet av analysmetod gjordes utifrån att författarna ville analysera texterna med en induktiv ansats med en fri tolkning av textens innehåll (Elo & Kyngäs, 2008). Författarna diskuterade fram subkategorier, kategorier och huvudkategorier utefter kodningen och tolkning av de meningsbärande enheterna tillsammans. Danielson (2017) menar att det kan vara en fördel att arbeta enligt vald metod då alla koder kan jämföras och grupperas och på så sätt hitta koder som tillhör samma grupp. Författarna använde sig av telefon och internet för att diskutera fram kategorierna och analysen hade kunnat gjorts tillsammans i fysiska möten men då detta skulle ta allt för mycket tid då författarna bor på olika orter beslöt sig författarna att göra

analysen över telefon och internet. Trovärdigheten i studien stärks då båda författarna deltar i analysen. Trovärdigheten och pålitligheten hade kunnat stärkas ytterligare om analysen och resultatet granskas av andra personer (Henricson, 2017). Författarna har endast diskuterat analysen och resultatet med handledaren då deltagarna är patienter och författarna värnar om deras integritet. För att få en tydlig bild över analysens gång har tabeller och figurer används för att beskriva analysen ytterligare vilket gör att bekräftelsebarheten ökar (Mårtensson & Fridlund, 2017).

Författarna hade viss förförståelse då båda jobbat med äldre patienter under större delen av sitt yrkesverksamma liv som sjuksköterskor och varit yrkesverksamma i 11 respektive 6 år. Förförståelsen bestod också i att båda författarna läser specialistutbildningen med inriktning vård av äldre, vilket innebär att en större kunskap om äldre finns. Vid analysens gång hade författarna en medvetenhet om sin förförståelse och jobbade för att inte använda sig av denna för att påverka resultatet av vad deltagarnas erfarenhet av delaktighet är. Enligt Polit & Beck (2012) går det inte att utesluta helt att dataanalysen och resultatet har påverkats av författarnas förförståelse.

Om resultatets överförbarhet ska kunna bedömas krävs en tydlig beskrivning av resultatet och att trovärdighet, pålitlighet och att bekräftelsebarheten är säkrad (Mårtensson & Fridlund, 2017) och författarna anser att de har beskrivit tillvägagångssättet utförligt under metodel och resultatet utefter sin tolkning av den insamlade datan och stärkt resultatet med att använda sig av citat från intervjuerna för att skapa tydlighet och öka trovärdigheten av resultatet.

## Forskningsetiska övervägande

Enligt Kjellström (2017) krävs tre saker för ett informerat samtycke. Information om arbetet ska ges, förmåga att förstå informationen och fatta beslut om deltagande ska finnas hos deltagaren, gärna efter en tids övervägande och deltagandet ska byggas på frivillighet (Kjellström, 2017). Författarna tog hänsyn till detta genom att ge information om studien, motta muntligt samtycke och sedan bokades intervjuer in, och vid intervjutillfället gavs muntlig information ytterligare en gång och då hade deltagaren haft tid på sig att läsa informationen och tänka igenom om de fortsatt ville delta i studien. Dock hade författarna ingen tidsangivelse på hur länge det skulle gå från bokningen av intervjun till dess att den genomfördes, detta hade kunnat sättas så att alla deltagare hade fått samma betänketid inför intervjun, men det var svårt då båda författarna jobbar olika och inte hade samma möjlighet att vänta då deltagarna skulle gå hem eller hade undersökningar inbokade som måste gå före.

För att minska risken för att inte förstå informationen har både muntlig och skriftlig information givits och muntligt samtycke har inhämtats. En av deltagarna hade svårt att själv läsa forskningsperson informationen då hon såg dåligt och inte hade sina glasögon, men ville delta i studien efter den muntliga informationen om studien då hon upplevde att ämnet var

viktigt. Författaren läste då upp forskningsperson informationen ordagrant både vid första träffen och innan intervjun påbörjades för att säkerställa att informationen om studien hade förstås av deltagaren, för att stärka trovärdigheten hade detta kunde ha gjorts av en annan person i stället för författaren. Den muntliga informationen har getts vid två tillfällen, vid förfrågan om deltagande i studien och innan intervjun påbörjades för att säkerställa att informationen förstås och att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas utan frågor.

Författarna jobbar på vårdavdelningarna där intervjuerna genomfördes och riskerna för att deltagarna ska uppleva sig tvingade att delta och för att hindra att de hamnar i en beroendeställning har minimerats genom att personerna som deltar i studien inte vårdats av författaren under vårdtiden och kontakt mellan forskare och deltagare har varit civil. För att kunna säkerställa detta och för att få mer informationsrika intervjuer har dessa gjorts i slutet av vårdtiden i ett rum avskilt från personal och andra patienter. För att ytterligare minska risken att författaren och deltagaren hamnade i en sjuksköterska/ patient situation så hade författarna kunnat byta och gjort intervjuerna på varandras avdelning, men detta var inte genomförbart på grund av både tiden och avståndet mellan orterna som studien genomfördes på.

## Resultatdiskussion

Resultatet visar att patienter över 75 år har erfarenheten att delaktighet är när man får vara en del av sin egen vård genom informationsdelning och samarbete med vårdpersonalen, en god relation till personalen och när man får vara med och bestämma själv. Information som patienterna önskade handlade om mediciner, behandlingar, planeringar, instruktion m.m. Det var också viktigt hur informationen gavs samt att man fick ge information om sig själv. En god relation uppstod när personalen lyssnade och patienten kände ett förtroende för dem. Hämmande faktorer för en god relation var otrevlig och stressad personal. Att få bestämma själv handlade om att få vara en egen person men rätten att få tycka och ha åsikter.

Det framkom också hur delaktigheten kan påverkas beroende på vad patienten kan, vill och orkar. Sjukdom och patientens kunskap är faktorer som påverkar. Saknar patienten kunskap om vården så väljer de ofta att inte ta egna beslut, medan de med kunskap har lättare för att vara delaktiga. Svår sjukdom kan göra att patienten inte kan ta till sig given information och avstår från deltagande trots att viljan finns. Resultatet visar också om patienterna känt sig delaktiga och hur detta har erfarits genom deras egna erfarenheter av vården. Ett positivt fynd var att de hade erfarenhet av att tiderna har förändrats och att delaktighet var något som märktes och kändes mer nu. Att få vara delaktig gjorde att patienterna kände sig glada medan att inte vara delaktig kunde göra dem frustrerade.

Att få information var en av sakerna som uppgavs vara delaktighet hos deltagarna och detta är något som också har framkommit i andra studie. I Angel & Norup Frederiksen, (2015), Höglund m.fl. (2010), Frank m.fl. (2009), Kolovos m.fl. (2016), Ekdahl m.fl. (2010) och Bastiaens m.fl. (2007) har delaktighet beskrivits som att få information. Att informera sina patienter är något som är lagfört och är en av vårdpersonalens skyldigheter enligt patientlagen (SFS, 2014:821) och tycks vara något som ska ske automatiskt av personalen, men en del av deltagarna hade erfarenhet av bristfällig informationsgivning och det gjorde att de inte känt sig delaktiga.

Resultatet visar att information är något som uppfattas olika vilket även framkommit i studier av Ekdahl m.fl. (2010) och Bastiaens m. fl. (2007). Ekdahl m.fl. (2010) är en intervjustudie gjord i Sverige på patienter äldre än 75 år och Bastiaens m.fl. (2007) är en intervjustudie gjord i 11 länder i Europa med patienter äldre än 70 år. I studien av Ekdahl m. fl. (2010) ville deltagarna få information om planerade undersökningar, sin sjukdom och doktors diagnostiska övervägande medan i studien av Bastiaens m.fl. (2007) ville deltagarna att informationen skulle innefatta information om sitt hälsotillstånd, behandlingsalternativ och förebyggande åtgärder i tillräcklig detalj för sitt individuella behov. Detta kan göra att deltagarna inte känner sig delaktiga om de inte får information efter sina önskemål, något som kan vara svårt att veta för vårdpersonalen som ska informera. Patientlagen (SFS, 2014:821) beskriver vilken information som skall ges, som metoder för vård, behandling eller undersökning, patientens hälsotillstånd, det väntade vård och behandlingsförloppet samt vilka metoder som kan förebygga skada eller sjukdom. En del efterfrågade information om annat för att kunna känna sig delaktig och det blir ett bekymmer för vårdpersonalen att veta vilken information som just den patienten vill ha för att bli delaktig i sin vård. Enligt ICN (International Council of Nurses) är det sjuksköterskans ansvar att informationen genomförs så att patienten har den information som behövs så att samtycke till omvårdnad och medicinsk behandling kan ges, men det är också sjuksköterskans ansvar att informera om patientens rätt till att avstå eller välja behandling (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta är något som missas i vården då det finns deltagare i studien som inte visste att de hade rätt att vara delaktiga.

Det var viktigt att förstå informationen som gavs av vårdpersonalen för att känna sig delaktig. Genom informationen kan förståelse skapas och gör dem delaktiga och enligt patientlagen (SFS, 2014:821) skall informationen som ges vara anpassad till ålder, mognad, erfarenhet, språklig grund och individuella förutsättningar hos den som ska ta emot informationen. Sjuksköterskan måste försäkra sig om att den som tar emot informationen har förstått. Detta är utmanande för vårdpersonalen och gör att de måste kunna läsa av sina patienter och veta hur de ska utforma information så att den passar den enskilde individen. SBU (2017) menar att patientens kunskap kan ökas genom information vilket kan gynna delaktigheten och ett delat beslutsfattande. Detta är något som är viktigt att sträva efter, men kan det vara så att de som inte känt sig delaktiga fått information, men inte den information som de önskar för att

känna sig delaktig? Och hur ska vårdpersonalen veta vad för information som patienten önskar för att känna sig delaktig.

Det var inte endast att bli informerad som framkom utan även att få delge personalen information om sig själv. Detta framkommer också i Ekdahl m.fl. (2010) resultat där deltagarna ville få en chans att höras och få en möjlighet att uttrycka sina tankar och känslor om den egna sjukdomen och symtomen. Det var viktigt att bli informerad även för dem som inte ville vara aktiva i kommunikationen (Ekdahl, et al., 2010). Detta framkommer också i studien av Shay & Lafata (2014) där de visar att det var viktigt med lika delning av information där patienten delade relevanta bekymmer eller problem och läkaren delade medicinsk- och behandlingsinformation. Även Tobiano et al., (2015) poängterar att det är viktigt att sjuksköterskan delar information med patienten, värdesätter den information som patienten ger samt ser på patienten som en person och inkluderar denne i vården för att främja delaktighet. För att på ett bättre sätt kunna ge den informationen som patienten önskar och även för att bättre kunna ta emot den informationen som patienten vill ge så kan ett personcentrerat arbetssätt vara fördelaktigt. Genom patientberättelsen kan sjuksköterskan få en bild av vem patienten är (Ekman et al., 2011), och därefter ge den information som är viktigt för patienten. Patientberättelsen hjälper också sjuksköterskan att se patienten som en person, att se bortom sjukdomen där patientens svårigheter i livet lyfts fram och patienten ses som en expert på sitt liv och sin sjukdom. Sjuksköterskan lyssnar på patienten och lägger vikt på delaktighet och egenmakt (Leplege et al., 2007). Patientberättelsen främjar ett salutogent synsätt på patienten då friskhetsfaktorer och resurser lyfts och ses som en resurs för vårdpersonalen (Wijk, 2018).

I Eldh m.fl. (2006) studie skrivs det om kunskap som att ha blivit rätt informerad och deltagarna upplever brist på kunskap när de saknade personlig information. Detta är inget som har framkommit i vårt resultat att information och kunskap skulle vara det samma, men att deltagarnas kunskap påverkade delaktigheten i vården var något som framkom. Det var kunskap om medicin, behandling eller vetenskapen om att få vara delaktig som saknades hos deltagarna, men om det berodde på bristande information var inget som framkom, men det kan ju vara så.

Resultatet visar att en relation med personalen var viktigt för delaktigheten vilket även studien av Angel & Norup Frederikse, (2015) beskriver. Delaktigheten kan underlättas med en god relation vilket är nödvändigt för att patienten ska känna sig erkänd och för att information ska kunna utbytas och bli kunskap och förståelse. Kan det vara så att information blir till kunskap och skapar förståelse hos patienterna? I så fall är ju informationsdelningen ytterst viktigt för att göra patienterna delaktiga i vården och då kommer vi tillbaka till upplevelsen av information som vi tidigare redovisat som väldigt olika.

Denna studie visar att stressad personal försvårade en relation och minskade upplevelsen av delaktighet något som också Ekdahl et al, (2010) fann i sin studie då patienterna kände sig

mindre delaktig när personalen var stressad. Sjuksköterskan har en viktig roll i patientens vilja att ta beslut och aktivt delta i sin vård. Viljan att vara delaktig har minskat om sjuksköterskan verkade stressad eller upptagen eller om patienterna upplevt sig ignorerade, fått dåligt med information eller om sjuksköterskan visat brist på respekt (Tobiano et al, 2015). Detta gör det viktigt att tänka på hur mötet sker mellan patienten och vårdpersonalen då Angel & Norup Frederikse, (2015) beskriver att om sjuksköterskan dominerar relationen med patienten får patienten dåligt med inflytande över sin vård. Detta har inte framkommit i studiens resultat, men en viktig sak att ha i åtanke vid mötet med patienter i vården. I Hälso och sjukvårdslagen (HSL, 2017:30) står det att verksamheten skall byggas så att kraven på god vård uppstår och detta skall göras genom goda kontakter mellan patienterna och hälso- och sjukvårdspersonalen. För att bygga en god relation kan ett personcentrerat arbetssätt användas där partnerskapet med patienten är centralt. Ett partnerskap där patientberättelsen är grunden kan skapa trygghet och förtroende och leda till delat beslutsfattande. Då sjuksköterskan som jobbar personcentrerat ser patientberättelsen och partnerskapet som en viktig del i sitt arbete så läggs tid på detta (Ekman et al., 2011) vilket skulle kunna leda till att patienterna inte uppfattar personalen som stressad och ointresserad, då det de berättar värdesätts på ett annat sätt. Ekman m.fl. (2011) menar i sin studie att sjuksköterskorna ofta prioriterade medicinska uppgifter framför ett personcentrerat arbetssätt och tyvärr såg sjukdomen före personen många gånger. Svensk sjuksköterskeförening (2017) skriver om de sex kärnkompetenserna vilka sjuksköterskan ska ha kunskap inom för att kunna förbättra och utveckla vården. Personcentrerad vård är en punkt och något som sjuksköterskan ska ha kunskap om och sträva efter att jobba med. McCormack m.fl (2010) skriver att ett personcentrerat arbetssätt med en personcentrerad arbetsmiljö kan hjälpa till att minska stressen, vilket skulle gynna både patienter och personalen. Säker vård är en annan av sjuksköterskans kärnkompetenser och här ingår att minska risken för skada hos patienten genom bra rutiner och rätt kunskap (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Minskad stress skulle kunna bidra till en säkrare vård.

Det framkom också i resultatet att det skilde sig åt hur deltagarna önskade vara delaktiga. Även i Bastiaens m.fl. (2007) framkom det att de äldre skiljer sig åt när det gäller hur de vill vara delaktiga i vården och deltagarna i denna studien pratade om att de antingen ville vara involverade, intresserade av att få information, veta vad som händer medan andra inte ville något av det (Bastiaens et al., 2007). Även Ekdahl m.fl. (2010) fann i sin studie att en del patienter inte ville delta i sin vård på något sätt, utan var nöjda med att ha en passiv roll och de anförtror sig åt vården. Vad detta bero på kan man fundera på, vad är det som gör att en del vill vara delaktiga i sin vård och andra inte, beror det på vilken kunskap som finns bakom eller vilken information deltagarna fått? Många hade svårt att förstå informationen som gavs på grund av ålder och sjukdom enligt Ekdahl et al. (2010) vilket även resultatet i denna studie visar. Information är svårare att ta in vid svår sjukdom och på grund av trötthet eller bristande ork fick man avstå från att delta i saker fast man ville. Enligt Ekman m.fl. (2015) kan en person ha en lägre grad av handlings autonomi på grund av sjukdom och ohälsa, men det behöver inte betyda att det också gäller den beslutsmässiga autonomin och detta är en viktig sak att ha i åtanke då man vårdar äldre patienter som inte orkar rent kroppsligt. Att få vara en

del i sin egen vård är mycket viktigt för att bibehålla sin värdighet. Även vid hög ålder är det viktigt att få stå upp för sig själv och ta beslut om vad man vill och inte. Att bli erkänd av andra ökar känslan av värdighet (Høy et al., 2016). Dokumentationen som ses som en hörnsten i personcentrerad vård kan användas för att dokumentera patientens önskemål och på så vis få kontinuitet i vården och för att kunna skriva en gemensam handlingsplan med patienten (Ekman et al., 2011). På detta sätt kan alla som jobbar runt patienten veta hur patienten önskar vara delaktig. En annan av de sex kärnkompetenserna är samverkan i teamet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Här blir dokumentationen viktig då alla i teamet kan ta del och också bidra med sin professions kunskap vilket ökar patientsäkerheten.

Studiens resultat och det resultat som framkommit i Ekdahl m.fl. (2010) och i Bastiaens m.fl. (2007) påtalar ganska lika utgångspunkter för vad äldre anser att delaktighet i vården. Vi anser att studiens resultat kan överföras till andra grupper av äldre på grund av detta. Det som skiljer sig åt från vår studie är att intervjuerna i Ekdahl m.fl. (2010) och Bastiaens m.fl. (2007) är gjorda med deltagarna i deras egna hem, endast ett fåtal intervjuer är gjorda på sjukhus och de har använt sig av en annan kvalitativ innehållsanalys än Elo & Kyngäs som vi var inspirerade av vid analysen av datan.

## Slutsatser

Delaktighet är viktigt för patienter över 75 år under inlagd vård. Resultatet poängterar vikten av ett samtal och ett samarbete med patienten. Det är viktigt att skapa en förståelse för vad som är viktigt för den äldre patienten för att utveckla vården till att kännas mer positiv.

### Kliniska implikationer

Resultatet kan med fördel användas för att utveckla vården mot en mer personinriktad vård, detta känns högst aktuellt, speciellt på avdelningar som inte redan arbetar personcentrerat. Som specialistsjuksköterska med fördjupad kunskap kan detta resultat användas som verktyg för att tydliggöra patientens delaktighet samt göra både patienter och annan personal uppmärksamma på att delaktighet är viktigt.

### Fortsatt forskning

En fråga som väcktes under studiens gång är om äldre personer upplever sig mer delaktiga eller upplever delaktighet på ett annat vis om de fått vård på avdelningar som har ett personcentrerat arbetssätt än de som fått vård på avdelningar som inte arbetar personcentrerat och vad är skillnaden i så fall. Detta är något som hade varit intressant att undersöka i vidare forskning.

## Referenslista

Angel, S. & Norup Frederiksen, K. (2015). Challenges in achieving patient participation: A review of how patient participation is addressed in empirical studies. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (9), 1525-1538 <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.008>

Antonovsky, A. (1996) The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.

Bastiaens, H., Van Royen, P., Rotar Pavlic, D., Raposo, V., & Baker, R. (2007). Older people's preferences for involvement in their own care: A qualitative study in primary health care in 11 European countries. *Patient Education and Counseling*, 68(1) 33-42  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2007.03.025>

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 99–110). Lund: Studentlitteratur.

Bynum, J.P.W., Reed, C, & Passow, H. (2014). Participation of Very Old Adults in Health Care Decisions. *Medical Decision making*, 34(2), 216 - 230. doi:10.1177/0272989X13508008

Castro, E.M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W. & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*. 99, (12). 1923-1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 143–154). Lund: Studentlitteratur.

Danielson, E. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 285 - 300). Lund: Studentlitteratur.

Ekdahl, A.W., Andersson, L., & Friedrichsen, M. (2010). “They do what they think is the best for me.” Frail elderly patients’ preferences for participation in their care during hospitalization. *Patient Education and Counseling*, 80(2), 233-240  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.026>



Ekman, I., Norberg, A., & Swedberg, K., (2015). Tillämpning av personcentrering inom hälso- och sjukvård. I I. Ekman (Red.), *Personcentrering inom hälso- och sjukvården. Från filosofi till praktik.* (s. 69–96). Stockholm: Liber

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson IL., Kjellgren, K., Lidén, E., Örlén, J., Olsson, LE., Rosén, H., Rydmark, M., & Stibrant Sunnerhagen, K. (2011). Person - centred care - Ready for prime time. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10, 248 - 251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Ekman, I. & Wallström, S. (2018). Person-centred care in clinical assessment. *European Journal of Cardiovascular nursing*. 17(7) 576–579

Eldh, AC., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*. 13(5), 503-514.  
<https://doi.org/10.1191/0969733006nej898oa>

Eldh, A.C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2010). A Comparison of the Concept of Patient Participation and Patients' Descriptions as Related to Healthcare Definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 21, (1). 21-32.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-618X.2009.01141.x>

Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*. 62, (1). 107–115. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x)

Ericsson, I. (2013). Förhållningssätt i vården och omsorgen av äldre. I M. Ernst Bravell (Red.). *Äldre och åldrande. Grundbok i Gerontologi.* (261–272). Malmö: Gleerups.

Etikprövningsnämnden, EPN (u.å). *Vägledning till forskningspersonsinformation*. Hämtad 2018-11-28 från <https://www.epn.se/media/2573/vaegledning-till-forskningspersonsinformationgdpr-med-korrigeringar.pdf>

Frank, C., Asp, M., & Dahlberg, K. (2009). Patient participation in emergency care - A phenomenographic study based on patients' lived experience. *International Emergency Nursing*, 17, 15 - 22. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2008.09.003>

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Harnett, T., & Larsson, B. (2013). Äldre människors rättigheter. I M. Ernst Bravell (Red.), *Äldre och åldrande. Grundbok i Gerontologi.* (s. 205 - 220). Malmö: Gleerups.

Henricson, M. (2017). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 411 - 420). Lund: Studentlitteratur.

Henricson, M., & Billhult, A. (2017). Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 111–119). Lund: Studentlitteratur.

Høy, B., Lillestø, B., Slettebø, Å., Sæteren, B., Heggestad, A. T., Caspari, S., & ... Nåden, D. (2016). Maintaining dignity in vulnerability: A qualitative study of the residents' perspective on dignity in nursing homes. *International Journal of Nursing Studies*, 6091-98. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.03.011

Höglund, AT., Winblad, U., Arnetz, B., & Arnetz J.E. (2010). Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24 (3), 482 - 489. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00738.x>

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 57–81). Lund: Studentlitteratur.

Kolvos, P., Kaitelidou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., & Sourtzi, P. (2016). Patients' perceptions and preferences of participation in nursing care. *Journal of Research in Nursing*, 21(4), 290-303. doi:10.1177/1744987116633498

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

Leplege, A., Gzil, F., Cammelli, M., Lefevre, C., Pachoud, B., & Ville, I. (2007). Person-centredness: conceptual and historical perspectives. *Disability & Rehabilitation*, 29(20/21), 1555-1565.

Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E. & Ekebergh, M. (2013) "It made me feel human"—a phenomenological study of older patients' experiences of participating in a team meeting, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 8:1, DOI: [10.3402/qhw.v8i0.20714](https://doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20714)

McCormack, B. (2003). A Conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*- 9, 202-209. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x>

McCormack, B., Dewing, J., Breslin, L., Coyne-Nevin, A., Kennedy, K., Manning, M., . . . Slater, P. (2010). Developing person-centred practice: Nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5(2), 93-107.

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

Meranius, S. M. (2010). "ERA DELAR ÄR MIN HELHET" En studie om att vara äldre och multisjuk. (Akademisk avhandling för filosofie doktorsexamen i vårdvetenskap vid Institutionen för hälsa- och vårdvetenskap vid Linnéuniversitet 2010). Göteborg: Intellecta Infolog. Tillgänglig <http://lnu.diva-portal.org/smash/get/diva2:322457/FULLTEXT01.pdf>

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad*. (s. 421 - 438). Lund: Studentlitteratur.

Nyborg, I., Kvigne, K., Danbolt, L. J., & Kirkevold, M. (2016). Ambiguous participation in older hospitalized patients: gaining influence through active and passive approaches-a qualitative study. *BMC Nursing*, 15, 1–11.

Ommen, O., Thuem, S. & Pfaff, H. (2011). The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *Int J Public Health* 56: 319.  
<https://doi.org/10.1007/s00038-010-0212-x>

Polit, DF., & Beck, CT. (2012). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins

SBU (2017). *Patientdelaktighet i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2019-01-14 från [https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet\\_i\\_halso\\_och\\_sjukvarden.pdf](https://www.sbu.se/contentassets/4065ec45df9c4859852d2e358d5b8dc6/patientdelaktighet_i_halso_och_sjukvarden.pdf)

SFS (2017:30). *Hälso- och sjukvårdslagen*. Hämtad 2019-01-14 från Riksdagens Webbplats: [https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag\\_sfs-2017-30](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30)

SFS (2014:821). *Patientlag*. Hämtad 2019-01-14 från Riksdagens Webbplats:  
[https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821\\_sfs-2014-821](https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821)

SFS (2003:460). *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Hämtad 2019-01-14 från Riksdagens Webbplats: [http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som\\_sfs-2003-460](http://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460)

Shay, AL., & Lafata, J.E. (2014). Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 295 - 301  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.07.017>

SKL, Sveriges kommuner och landsting (2018). *Personcentrerad vård*. Hämtad 2019-02-06 från  
<https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/personcentreradvard.16029.html>

SOS, Socialstyrelsen (2015). *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtad 2019-01-14 från  
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>

SOS, Socialstyrelsen (2018). *Vård och omsorg om äldre, lägesrapport*. Hämtad 2018-12-13 från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20857/2018-2-7.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *ICN etisk kod för sjuksköterskor*. Hämtad 2018-11-15 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas\\_etiska\\_kod\\_2017.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf)

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 2018-11-21 från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (2017). *STRATEGY for improving the quality of nursing*. Hämtad 2019-03-02 från [https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/engelska/strategy\\_for\\_improving\\_the\\_quality\\_of\\_nursing.pdf](https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/engelska/strategy_for_improving_the_quality_of_nursing.pdf)

Swenne, C. L., & Skytt, B. (2014). The ward round - patient experiences and barriers to participation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 297–304. <https://doi.org/10.1111/scs.12059>

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2016). Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 260–270. <https://doi.org/10.1111/scs.12237>

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2015). Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1107–1120. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010>

WHO (2015). *World report on ageing and health*. Hämtad 2018-12-13 från [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf;jsessionid=7F6BB145C32B0BE083EEB8BC2083659F?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=7F6BB145C32B0BE083EEB8BC2083659F?sequence=1)

Wijk, H. (2018). Patientdelaktighet och medverkan hos äldre. I A. C., Eldh. (red). *Delaktighet och patientmedverkan*. (s. 175-202). Lund: Studentlitteratur AB.

# Bilaga 1



SAHLGRENSKA AKADEMIN

Hej

Vi heter Karin Bengtsson och Ida-Sofie Edström och studerar specialistsjuksköterskeutbildningen inom vård av äldre vid Göteborgs Universitet och vid institutionen för vårdvetenskap och hälsa vid Göteborgs universitet ingår ett examensarbete på avancerad nivå inom ramen för akademisk yrkesexamen till specialistsjuksköterska på 15 högskolepoäng och ingår i en generell magisterexamen i huvudområdet omvårdnad.

Ett tillstånd från etikprövningsnämnden krävs inte då examensarbeten inte omfattas av etikprövning. Forskningsetiska frågor kommer ändå att ta upp och en forskningspersonsinformation enligt riktlinjer från etikprövningsnämnden kommer att först godkännas av handledaren för examensarbetet och lämnas till tilltänkta deltagare samtidigt som muntlig information ges. Forskningspersonen som väljer att delta i studien ska ge ett muntligt samtycke innan studien påbörjas och vara klara med att deltagandet är frivilligt och när som helst kan avbrytas utan frågor.

Ida – Sofie jobbar på närsjukvårdsavdelning 95 på Säffle Sjukhus och Karin på Akutgeriatriska avdelning 13 på Växjö lasaretten. Vi har valt att göra en intervjustudie med syftet att studera vad delaktighet är för patienter över 75 år och om de upplevt sig delaktiga under sin inläggande vård, därför skulle det vara intressant för oss att genomföra studien på din klinik. Därför vänder vi oss till dig med denna förfrågan.

Om du ger ditt godkännande till att studien genomförs vid din klinik är vi tacksamma för din underskrift på de bifogade bilagan och om förbehåll finns önskar vi att detta anges. Bilagan kan sedan returneras i bifogat svarskuvert. Alla personer och platser som förekommer i studien kommer att avidentifieras.

Vid frågor kontakta

Karin Bengtsson, mailadress: gusbenkan@student.gu.se, telefonnummer: 070–3492198

Ida – Sofie Edström, mailadress: gusedsid@student.gu.se, telefonnummer: 073–8192216

## Information om studien

Enligt patientlag skall genomförande och utformning av vården göras i samråd med patienten så långt det går och i hälso och sjukvårdslagen står det att vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och värdighet. Det är egna önskemål eller individuella förutsättningar som är utgångspunkten då patienten medverkar i vården, men för att göra patienten delaktig behövs kunskap om vad delaktighet är. I studie har olika upplevelse av delaktighet hittats så som information, medverkande vid beslutas fattande och kunskap, men

många av dessa studierna är gjorda på yngre patienter och inte på äldre, därför hade vi velat undersöka äldre patienter och deras upplevelse av delaktighet.

### **Syftet med studien**

Är att belysa vad delaktighet innebär för patienter över 75 år och om och hur de upplevt sig delaktiga under sin inläggande vård.

### **Metoden**

Vi önskar att göra enskilda intervjuer med patienter om vad delaktighet är och om de upplevt sig under vårdtiden.

### **Önskemål till verksamheten**

Vi önskar att få utföra våra intervjuer på avdelning XXX med patienter utefter våra inklusions och exklusions kriterier. Intervjuerna kommer att ske då patienten legat på avdelningen minst i 3 dygn. Vi önskar att få låna ett rum där intervjuerna kan göras enskilt och hjälp med att välja ut patienter ut efter våra kriterier av sektionens ledande sjuksköterska.

### **Samtycke**

||

Jag samtycker till att studien får genomföras på min klinik

||

Jag samtycker till att studien får genomföras med följande förbehåll

||

Tyvärr kan jag inte samtycka till att studien genomförs.

Ort och Datum

-----  
Namnunderskrift

Namnförtydligande

-----  
Enhet

-----



## **Bilaga 2**

### **Information till forskningspersonerna**

Vi vill fråga dig om du vill delta i en studie om patientdelaktighet.

#### **Vad handlar studien om?**

Att vara patient kan ibland innebära att man överlämnar sig till vården och ibland känns det som man står utanför de beslut som tas. Dock är det så att patienten ska kunna vara delaktig i sin vård och i de beslut som tas. Vad det betyder att vara delaktig är olika från person till person och det finns också olika uppfattningar när det kommer till att vilja vara delaktig eller inte. Delaktighet kan ha flera positiva utgångar för patienten men ibland kan man som patient också se hinder i att kunna delta.

När det gäller äldre personers uppfattning om vad delaktighet är och om man känner sig delaktig så finns det inte så många studier gjorda. Syftet med denna studie är därför att undersöka vad delaktighet innebär för patienter över 75 år och om de upplevt sig delaktiga under sin ineliggande vård.

Du har blivit tillfrågad att ingå i studien då du är 75 år eller äldre och har vårdats ineliggande på en av de två avdelningar som ska medverka.

Forskningshuvudman för projektet är Göteborgs universitet. Med forskningshuvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

#### **Hur går studien till?**

Om du vill vara med i studien kommer du bli intervjuad utav en av de ansvariga för studien. Det kommer vara en intervju som görs enskilt innan du skrivs ut från avdelningen. Intervjun beräknas ta mellan 30 minuter till en timme.

#### **Möjliga följder och risker med att delta i studien**

Vi ser inga risker med att ingå i studien.

#### **Vad händer med mina uppgifter?**

Projektet kommer att samla in och registrera information om dig. Dina svar kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Ansvarig för dina personuppgifter är Göteborgs universitet. Enligt EU:s dataskyddsförordning har du rätt att kostnadsfritt få ta del av de uppgifter om dig som hanteras i studien, och vid behov få eventuella fel rättade. Du kan också begära att uppgifter om dig raderas samt att behandlingen av dina personuppgifter begränsas. Om du vill ta del av uppgifterna ska du kontakta Ida-Sofie Edström eller Karin Bengtsson (se uppgifter längre ned).

**Deltagandet är frivilligt**

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför, och det kommer inte heller att påverka din framtida vård eller behandling.

**Ansvariga för studien**

Ansvarig för studien är:

Karin Bengtsson, mailadress: [gusbenkan@student.gu.se](mailto:gusbenkan@student.gu.se),

telefonnummer: 070–3492198

Ida-Sofie Edström, mailadress: [gusedsid@student.gu.se](mailto:gusedsid@student.gu.se),

telefonnummer: 073–819221

## Bilaga 3

Intervjuguide: Äldres delaktighet vid inneliggande vård

Ålder:

Kön:

Kommunikation – problem med hörsel, syn, språk etc.:

Vistats på avdelning, antal dagar:

Orsak till inläggningen:

Sjukdomshistoria:

Sjukhusvana:

1. Om jag säger ´patientdelaktighet´ vad tänker du på?
  
2. Vill du beskriva vad delaktighet är för dig?
  
3. Upplever du att du har varit delaktig i din vård här på avdelningen?  
Om ja, på vilket sätt?  
Om nej, vad beror det på?
  
4. Samma fråga som 3 men om vid tidigare vårdtillfällen eller annan vårdinstans  
Om ja, på vilket sätt?  
Om nej, vad beror det på?
  
7. Följdfrågor utifrån svaren ovan, exempel på följdfrågor:  
Vill du förklara hur du menar?  
Vill du utveckla det?  
Hur kände du då? / Hur fick det dig att må?  
Vad betyder det för dig? / Kändes det viktigt