

PATIENTERS DELAKTIGHET I PERSONCENTRERAD VÅRD

En litteraturöversikt

Kompletterande kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap,
60 högskolepoäng
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng
Grundnivå
Examensdatum: 2018-05-04
Kurs: Ht16

Författare:
Annelie Bohman
Annette Sjöborg

Handledare:
Mia Bergenmar

Examinator:
Anna Hansson

SAMMANFATTNING

Patienter har en lagstadgad rätt att vara delaktig i sin vård och omsorg och vården ska utgå från patienters integritet och självbestämmande. Hälso- och sjukvårdspersonal ska skapa förutsättningar för patienter att vara aktivt delaktig i sin vård och omsorg. Personcentrerad vård förutsätter att sjuksköterskan visar intresse för patienters berättelse och bjuder in patienter i planering och genomförande av vård och omsorg. Organisationer behöver strategier för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta personcentrerat.

Syftet var att belysa vuxna patienters delaktighet i personcentrerad vård.

Utifrån studiens problemformulering och för att besvara studiens syfte valdes litteraturoversikt som metod. Femton inkluderade studier söktes fram i databaserna CINAHL och PubMed. Studierna granskades, sammanställdes och kategoriserades för att få en bild av aktuell kunskap för valt ämne. I författarnas syfte att förtydliga begreppet delaktighet användes delaktighetsnivåer beskrivna av Cahill, där högsta nivån partnerskap beskrevs som eftersträvansvärd.

Resultatet gav en blandad bild av patienters delaktighet i personcentrerad vård. Studier visade att personcentrerad överlämning samt uppmuntran till patientdelaktighet ökade patientens upplevelse av patientdelaktighet då det skedde i kombination med att patienten själv hade ett engagemang och en vilja att delta i sin egen vård. Omvårdnad som gavs med medkänsla och där sjuksköterskan hade ett personcentrerat sätt bidrog till patientmakt och patientdeltagande. Resultaten beskriver även organisatoriska problem för att uppnå patientdelaktighet där digitala verktyg kunde användas som hjälpmedel.

Slutsatsen var att patienter önskade och hade en vilja till delaktighet. Genom att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kan hen bidra till patienters delaktighet. Studiens resultat visade dock att synen på begreppen ”delaktighet” och ”personcentrerad vård” varierade och ett nationellt förtydligande av begreppen vore därför önskvärt.

Nyckelord: Patientdelaktighet, Personcentrerad vård, Vuxna patienter, Omvårdnad

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Styrande lagstiftning	1
Delaktighet	1
Personcentrerad vård	2
Cahills konceptanalys, tre nivåer av delaktighet	3
Utmaningar förenade med ökad patientdelaktighet	3
Problemformulering	4
SYFTE	4
METOD	4
Urval	4
Datainsamling	4
Dataanalys	6
Forskningsetiska övervägande	7
Medverkande (envägskommunikation)	8
Deltagande (envägskommunikation med informations- och utbildningsöverföring)	9
Partnerskap (informationsutbyte med likvärdigt inflytande)	11
DISKUSSION	13
Metoddiskussion	13
Resultatdiskussion	15
Slutsats	19

Bilaga I- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet

Bilaga II- Artikelmatris

BAKGRUND

Styrande lagstiftning

Individen har en lagstadgad rätt att vara delaktig i den egna vården och omsorgen. Patientens integritet och självbestämmande är därför viktig när vården planeras och utförs. Detta regleras bland annat i Socialtjänstlagen (SFS, 2001:453), i Hälso- och sjukvårdslagen [HSL] (SFS, 2017:30) samt i Patientlagen (SFS, 2014:821). Socialstyrelsen (2015) beskriver att innehållet och syftet med Patientlagen (SFS, 2014:821) är att tydliggöra de lagstadgade åtagande hälso- och sjukvården har, bland annat i att göra patienten delaktig i sin vård samt tydliggöra och stärka patientens ställning i vårdsituationen. Patientlagen ska underlätta patientens självbestämmande. Sjuksköterskan i hälso- och sjukvården är ålagd att i samråd med patienten utforma och fullfölja dennes vård. Sjuksköterskan ska ta hänsyn till patientens egna individuella önsknings och förutsättningar (SFS, 2014:821). Ibland uppstår situationer i vården då beslut ska tas där det kan vara svårt för vårdpersonalen att stödja patientens självbestämmande, till exempel då patienten väljer en åtgärd som står i strid mot evidens och vetenskap (Edberg et al., 2013). En annan situation då självbestämmande kan vara problematiskt är då individer har svårt att utöva sin rätt till självbestämmande, till exempel individer som har svårigheter att uttrycka sin egen vilja (Socialstyrelsen, 2012).

Delaktighet

Begreppet delaktighet i hälso- och sjukvården kan definieras som att den enskilda individen har individuellt inflytande och kan påverka sin egen vård och omsorg (Socialstyrelsen, 2014). Definitionen av begreppet delaktighet ligger nära begreppet ansvar. Patienten som är villig att ta ansvar för sin vård och omsorg kan av hälso- och sjukvården ges förutsättningar för det vilket därmed kan göra det möjligt för patienten att vara delaktig. Det innebär att det behöver skapas förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonal att kunna ha både insikt i samt förståelse för patientens erfarenheter av livet (Svensk sjuksköterske-förening, 2007).

I en rapport av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU] (2017) anges att det i vården inte finns en enhetlig tolkning av vad begreppet patientdelaktighet innebär. Patientdelaktighet beskrivs inte endast handla om patientens medverkan vid beslut om vård och behandling utan kan i ett bredare perspektiv även handla om att patienten tillämpar och tillägnar sig kunskap om sin sjukdom, symtom och behandling. Det kan även handla om att patienten förmedlar erfarenheter och kunskap till personalen. Rapporten beskriver vikten av att utgå från patientens villkor och önskemål för att göra patienten delaktig och att det finns ett aktivt och ömsesidigt intellektuellt engagemang. Att hälso- och sjukvårdspersonal lämnar ifrån sig delar av sin makt anges som en förutsättning för att uppnå patientdelaktighet. I rapporten beskrivs etiska utmaningar att ta hänsyn till vid patienters delaktighet i hälso- och sjukvården. Om till exempel metoder för egenvård och delat beslutsfattande feltolkas kan en önskad ansvarsförskjutning ske från hälso- och sjukvården till patienten eller om förutsättningar saknas eller inte ges för patienten att vara delaktig kan detta leda till att patienten inte får en anpassad vård

Göteborgs Universitet Centrum för Personcentrerad Vård [GPCC] är ett nationellt forskningscentrum med ett regeringsuppdrag att ta fram kunskap om hur den enskilde med långvarigt sjukdomstillstånd upplever och hanterar detta, samt att implementera och utvärdera personcentrerad vård. Partnerskapet är ett av tre begrepp enligt GPCC (2017a) som är av särskild vikt för personcentrerad vård [PCV]. GPCC menar att då PCV ger både ansvar och rättigheter avseende den egna vården så krävs att hälso- och sjukvården ser personen som en företagsam partner, som besitter kunskaper som behövs för att forma den vård som är lämplig

för patienten som person. Partnerskapet betyder ett gemensamt ansvar mellan patienten och hälsoprofessionen, det vill säga att aktuell vård ska överensstämma med båda parter resurser, sakkunskap och mål. Här är mötet mellan patient och hälsoprofessionen viktig där patientens berättelse är central. Härmed blir patienten delaktig i sin egen vård. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver partnerskap som ett ömsesidigt erkännande av de inblandades kunskaper om aktuell situation, det vill säga patientens och närståendes kunskap och erfarenheter om upplevelsen av sjukdomen och professionens kunskap om vård och omsorg. Svensk sjuksköterskeförening (2017) skriver vidare att den legitimerade sjuksköterskan, i sitt ansvar för omvårdnadsarbetet, bland annat skall göra det i partnerskap med patient och dennes närstående.

Personcentrerad vård

Begreppet person är övergripande och är knutet till rättigheter. En person har rätt att få sin integritet respekterad och att få delta i beslut. Möjlighet ska finnas att anpassa beslutssituationer, information med mera till en persons förmågor (Edvardsson, 2010). I professionell vård blir personen patient och hamnar i ett beroendeförhållande till sjuksköterskan. Ordet patient betyder ursprungligen den lidande och i det finns en etisk värdering. Patienten har minskad makt då rollen innefattar att vara i behov av vård (Willman, Bahtsevani, Nilsson & Sandström, 2016).

Begreppet PCV myntades i slutet av förra seklet och innebar att patienten skulle vara delaktig i sin egenvård och vård samt att vården skulle utgå från patientens önskemål och behov (SBU, 2017). PCV beskrivs som en filosofi där patienten får stöd att hantera sin hälsa och vård utifrån välgrundade beslut. Patienten ses som en jämbördig partner i bedömning, planering och utformning av den egna vården. Patientens behov är i fokus för alla beslut. Respekt, värdighet och medkänsla anges som huvudkomponenter i PCV där patienten ses som en samarbetspartner för att finna de bästa individuella lösningarna. Tidigare var det främst hälso- och sjukvårdspersonal som fattade beslut åt patienten medan utvecklingen har gått mer mot att beslut kring vård och behandling förskjutits i riktning mot patienten. I dag beskrivs patientens engagemang i sin vård som en nyckel till att nå hälso- och sjukvård av högsta kvalitet (de Silva, 2014). Vården av patienten har alltmer gått mot PCV som under 2000-talet utvecklats i Sverige från att nästan ha varit okänt till ett fokusområde både på nationell och regional nivå då det gäller visioner och handlingsplaner. Dock saknas en samlad bild av vad PCV innebär samt en granskning av vilka förutsättningar och effektiva metoder som finns (SBU, 2017).

Enligt GPCC (2017b) innebär PCV att se människan som en person med erfarenheter och kunskap, värderingar, känslor, tankar och traditioner. Att få bestämma över sin egen kropp och sitt liv ser vi i dagens samhälle som en mänsklig rättighet. PCV innebär att både rättighet och ansvar för den egna vården ges till patienten. Enligt GPCC är byggstenarna i PCV partnerskap, patientberättelse och dokumentation (GPCC, 2017b). Enligt de Silva (2014) karaktäriseras PCV av att patienten är en jämställd partner vid planering och bedömning av den vård som är lämpligast.

PCV är en av sjuksköterskans sex kärnkompetenser men det saknas en samstämmighet av definitionen av begreppet (Edberg et al., 2013). Enligt Edberg et al. innebär PCV att inriktning flyttas från sjukdom till personens upplevelser och erfarenheter av sjukdom. De anger också att PCV kräver nya organisationssystem inom hälso- och sjukvården eftersom PCV sätter patienten och närstående i centrum vilket skiljer sig från dagens hälso- och sjukvård som traditionellt har byggts upp kring medicinska specialiteter. Partnerskap innebär ett ökat patientinflytande och att maktförhållandet blir annorlunda mellan patient och

vårdpersonal. Edvardsson et al. (2017) skriver att personcentrering framställs som ett etiskt synsätt till mänsklig samverkan, i en elementär förståelse för människor som reflekterande självbestämmande personer. Personcentrering handlar även om individens frihet och egen möjlighet att vara den individ denne själva vill, oavsett i vilken situation individen befinner sig i. Personens beslutsfattande är det viktigaste att respektera i personcentrering. Svensk sjuksköterskeförening (2016) beskriver begreppet med att bekräfta och respektera personens upplevelse av sjukdom och ohälsa, samt att sedan verka utifrån detta för att hjälpa personen att nå hälsa med utgångspunkt vad hälsa betyder just för den unika personen. Vägledning för ovan går bland annat att läsa i Svensk sjuksköterskeförenings (2012) etiska kod, International Council of Nurses [ICN] där ett gemensamt etiskt förhållningssätt för alla sjuksköterskor finns beskrivet.

I SBU:s (2017) rapport anges att ett sätt för hälso- och sjukvårdspersonal att praktiskt och systematiskt genomföra PCV är att arbeta utifrån en personcentrerad vårdplanering där patienten, ofta tillsammans med sina närstående, är en självklar part i frågor rörande den egna vården och omsorgen. Patienten är en medmänniska med behov och förmågor där vårdpersonalen utifrån en personcentrering försöker förklara och förstå patientens situation. Patientens behov, önskemål och resurser dokumenteras i en hälsoplan som dels omfattar strategier och mål för vård och behandling men även långsiktig och kortsiktig uppföljning. Den gemensamt formulerade hälsoplanen är en viktig del av PCV.

Cahills konceptanalys, tre nivåer av delaktighet

Cahill (1996) har i en konceptanalys beskrivit tre nivåer av delaktighet; första nivån ”involvement/collaboration” är den lägsta nivån av delaktighet och innebär oftast envägskommunikation där patienten ges information och där ingen särskild hänsyn tas till patientens kunskaper eller önskemål. Nästa nivå av delaktighet är enligt Cahill ”participation” som kan innefatta utbildningsinsatser till patienten men som också oftast sker genom envägskommunikation, det vill säga att hälso- och sjukvården fortfarande ger patienten den information den anser patienten behöver utan att efterfråga patientens egna behov. Den tredje och högsta nivån av delaktighet är ”partnership” vilken förutsätter informationsutbyte mellan patient och vårdpersonal där båda parter har ett likvärdigt inflytande över gemensamma beslut. Patientens egna resurser, behov och önskemål har betydelse för hur vården utformas och genomförs. Första nivån ”involvement/collaboration” måste vara uppnådd för att nästa nivåsteg ska nås. Det är dock inte alltid möjligt att uppnå högsta nivån ”partnership” men det är en målsättning som sjuksköterskan bör sträva efter. Cahill menar att begreppet patientdelaktighet är komplext och mångtydigt där uttryck som till exempel inflytande, medverkan, involvering och partnerskap används. Uttrycken används ibland för att beskriva olika nivåer av delaktighet men oftast används de som synonymter (Cahill, 1996).

Utmaningar förenade med ökad patientdelaktighet

Wallström, Ekman och Taft (2017) har gjort en undersökning om svenskars syn på personcentrering i vården för det oberoende Samhälle, Opinion och Medie [SOM]-institutet tillhörande Göteborgs Universitet. SOM- institutet är en oberoende undersökningsorganisation som mäter svenskars attityder och vanor via enkätundersökning. Resultatet visade att dagens patienter inte ges tillfredsställande möjligheter till inflytande i sin egen behandling och vård. De skriver vidare att svenskar generellt har en positiv bild av att kunna påverka vården samt ser det som en central del i god vård, vilket visar på medborgarnas vilja att patientdelaktighet ska vara en del av hälso- och sjukvården. Denna undersökning samt tidigare studier visar att patienter ofta önskar mer inflytande över sin egen vård än vad de bedömer sig ha möjlighet till. Skillnaden mellan vad patienten önskar och det verkliga

inflytandet ger en minskad tillfredsställelse hos patienter, fler konflikter med vårdpersonal och mer ångest hos patienter då de besöker vården. PCV innebär även att närstående får en tydligare roll i vården då de är viktiga för den person som är patient. I en kvalitativ studie från Norge beskrivs de svårigheter äldre personer på en geriatrisk avdelning uppgav då de skulle involveras i sin vård och behandling. Patienterna kopplade svårigheterna till sina försämrade förmågor samt avdelningspersonalens upptagna scheman. Genom att involvera närstående erbjöds möjlighet till delaktighet till följd av att de äldres behov framfördes (Nyborg, Kvigne, Danbolt & Kirkevold, 2016). Vikten av att involvera närstående poängteras även i en holländsk studie där man fann att detta även stimulerade patientens aktiva deltagande i sin vård (Dongen, Habets, Beurskens & Marloes, 2017).

Avseende patientcentrerad kommunikation och längre konsultationer med patienten menar Coulter (2012) att detta är förknippat med förbättrat omhändertagande samt högre klinisk effektivitet i primärvården. En nyckel till högre grad av patientdelaktighet och förbättrad vårdkvalitet är utbildning av personal inom hälso- och sjukvården i att kunna interagera med patienten och använda den kunskap patienten givit till att planera vård och behandling och inte enbart basera omhändertagandet på de medicinska förutsättningarna.

Problemformulering

Hälso- och sjukvårdspersonal ska skapa förutsättningar för patienten att kunna ta ansvar och känna engagemang i sin egen vård och därmed kunna vara aktivt delaktig i sin vård och omsorg. Det innebär bland annat att patienten, bör med medkänsla, respekteras som en person med unik kunskap och att dennes beskrivning av den egna situationen erkänns av professionen. Personcentrerad vård förutsätter att sjuksköterskan visar intresse för patientens berättelse och bjuder in patienten i planering och genomförande av vård och omsorg. Organisationer behöver strategier för att skapa förutsättningar för hälso- och sjukvårdspersonal att arbeta personcentrerat.

SYFTE

Syftet var att belysa vuxna patienters delaktighet i personcentrerad vård

METOD

Utifrån studiens problemformulering valde författarna metoden allmän litteraturöversikt med en kvalitativ ansats enligt Forsberg och Wengström (2013). Metoden valdes utifrån studiens syfte samt för att få en förståelse för aktuellt kunskapsläge för valt ämne. Efter litteraturgenomgång, sammanställdes aktuella studier och analyserades utifrån syftet och betydelsen av begreppet delaktighet i en viss kontext. För att presentera analysen av resultatet på ett överskådligt sätt samt belysa eventuell samsyn för relevanta begrepp valdes integrerad analys enligt Kristensson (2014). I syfte att förtydliga begreppet delaktighet valde författarna att utgå från delaktighetsnivåer enligt Cahill (1996).

Urval

Inklusionskriterier var artiklar som undersökte vuxna patienters delaktighet i sin vård samt skrivna på engelska. Urvalet begränsades till 2012–2017, för att erhålla aktuell forskning. Artiklarna skulle vara expertgranskade (peer- reviewed) samt innehålla etiskt godkännande eller fört en etisk diskussion. Exklusionskriterier var Reviews.

Datainsamling

Författarna började med att strukturera och definiera svenska begrepp utifrån formulerat syfte.

Sökord användes som sökverktyg, där innehållet av artiklarna beskrevs med hjälp av de sökord som användes vid sökningen. Medical Subject Headings [MeSH] heter de sökord i public/publisher medline [PubMed] av vilken det finns en svensk version som heter Swedish MeSH. Sökorden i databasen Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] heter Cinahl-Headings. Sökorden kombinerades med den booleska operationen AND, vilket fungerar begränsade (Henricson, 2012).

Första sökningen gjordes i databasen PubMed 2017-12-10. Sökorden som användes var Patient participation, Patient-centered care, Patients, Adults, Nursing. Här kan nämnas att författarna inte fann en MeSH-term som gav Person-centered care utan den term författarna fick använda sig av var Patient-centered care. Författarna valde att selektera bort artiklar publicerade för mer än fem år sedan vilket begränsade antalet artiklar till 59. I nästa steg begränsades sökningen ytterligare till artiklar skrivna på engelska vilket gav 57 träffar. Gallringen av de 57 abstrakten utfördes genom att båda författarna, var för sig, läste abstrakten och jämförde sedan vilka de önskade inkludera och exkludera. Fjorton artiklar bedömdes i det skedet vara relevanta för syftet och lästes i fulltext av båda författarna. Efter genomläsning i fulltext bedömdes tio artiklar ha relevans för studiens problemformulering och syfte. Framtagna artiklar i PubMed och CINAHL jämfördes för att undvika dubletter och en dublett hittades vilket gjorde att 9 artiklar togs med i resultatet.

Därefter gjordes en sökning i CINAHL 2017-12-26 utifrån samma använda begrepp som MeSH-termerna i PubMed enligt Kristensson (2014). Avgränsning gjordes med search options English, peer-reviewed och december 2012-december 2017. Sökningen gav åtta träffar där alla abstrakt lästes igenom för gallring enligt tidigare beskriven procedur. Samtliga åtta artiklar lästes i fulltext av båda författarna och sex artiklar uppfyllde kriterierna att tas med utifrån relevans för studiens problemformulering och syfte. Två artiklar exkluderades. En artikel var en review av tidigare utförda studier där övervägande del av artikelns studier var äldre än fem år. Den andra artikeln som exkluderades beskrev ett protokoll för en planerad randomiserad studie. Framtagna artiklar i PubMed och CINAHL jämfördes för att undvika dubletter och en dublett hittades vilket gjorde att 5 artiklar plus artikeln från kedjesökningen togs med i resultatet. Totalt femton artiklar inkluderades i resultatet och granskades avseende deras problemformulering, syfte, design, metod, resultat, slutsatser och etiska förfaranden utifrån beskrivning av Kristensson (2014). Författarnas redovisning av databassökning samt utfall redovisas i tabell 1.

Tabell 1 Redovisning av databassökning.

Datum Databas	Sökord (MeSH)	Ytterligare begränsningar	Träffar (n)	Lästa abstract (n)	Lästa i fulltext (n)	Inkluderade i resultatet (n)
2017-12-10 PubMed	Patient participation AND Patient-centered care AND Patients AND Adults AND nursing		126	0	0	0
2017-12-10 PubMed	Patient participation AND Patient-centered care AND Patients AND Adults AND Nursing	Senaste 5 åren	59	0	0	0
2017-12-10 PubMed	Patient participation AND Patient-centered care AND Patients AND Adults AND Nursing	Engelska Senaste 5 åren	57	57	14	9
2017-12-26 CINAHL	Patient participation AND Patient-centered care AND Patients AND Adults AND Nursing	Engelska Peer-reviewed dec 2012-dec 2017	8	8	8	5
2017-12-26 CINAHL	Kedjesökning		1	1	1	1
Totalt						15

Dataanalys

En bedömning av vetenskaplig klassificering och kvalitet gjordes av författarna var för sig enligt bedömningsmallar för studier av Olsson och Sörensen (2011) samt Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011) hämtad från SEO

GN/Självständigt arbete Kandidatnivå 15 hp (bilaga I). Resultatet av kvalitetsbedömningen jämfördes och när författarna var överens kunde beslut tas vilka artiklar som utifrån detta skulle inkluderas i undersökningen, vilket resulterade i att alla 15 artiklarna bedömdes lämpliga. Därefter delade författarna upp de 15 artiklarna mellan sig för att noggrant läsa igenom dem avseende syfte, metod, deltagare (bortfall), resultat och etiskt förfarande och aktuell text skrevs in i en för författarna utvecklad arbetsartikelmatris. Därefter bytte författarna artiklar med varandra och läste igenom dem i fulltext för att komplettera eller korrigera i arbetsartikelmatrisen. De 15 artiklarna sammanställdes i artikelmatrisen utifrån Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag modifierad utifrån Willman, Zoltos och Bahtsevani (2006) hämtad från SEO GN/Självständigt arbete Kandidatnivå 15 hp (bilaga II).

Artiklarna i resultatet sammanställdes, enligt Kristensson (2014), i tre steg för att få en överskådlighet och ställa resultatet i relation till varandra. I steg ett lästes artiklarnas resultat igenom för att hitta skillnader eller likheter. Författarna fann olika begrepp som kunde kopplas till patientdelaktighet. Alla begrepp skrevs ner ostrukturerat för att därefter sammanställas och skapa en struktur. I steg två identifierades kategorier utifrån begreppssammanställningen. Kategorierna sammanfattade resultatet av begreppen utifrån patientdelaktighet i de inkluderade studierna och relaterade till varandra. I syfte att förtydliga begreppet ”delaktighet” valde författarna att redovisa begreppet i Cahills (1996) tre delaktighetsnivåer; ”involvement/collaboration” som på svenska skulle kunna översättas till medverkan med betydelsen envägskommunikation, ”participation” som skulle kunna översättas till deltagande med betydelsen informations- och utbildningsöverföring samt ”partnership” som skulle kunna översättas till partnerskap med betydelsen informationsutbyte med ett likvärdigt inflytande. I steg tre sorterades artiklarna in under Cahills (1996) delaktighetsnivåer utifrån författarnas fria tolkning av artiklarnas huvudsakliga innehåll.

Forskningsetiska övervägande

I enlighet med Forsberg och Wengström (2016) har författarna gjort ett etiskt övervägande gällande urval och presentation av studiens resultat. Alla artiklar som ingått i litteraturöversikten har tagits med i resultatet och alla studier hade erhållit tillstånd från etisk kommitté. Inga egna värderingar från författarna har lagts till i resultatredovisningen. I sökning och urval av artiklar lades fokus på studiens syfte och inte på resultaten av inkluderade artiklar. Artiklarna kategoriserades utifrån hur författarna hade bedömt dem. Resultaten presenterades utan att egna värderingar lades till eller förvrängdes och inga artiklar innehöll plagiat i enlighet med Forsberg och Wengström (2016).

RESULTAT

Resultatet presenteras med rubriker utifrån Cahills (1996) tre delaktighetsnivåer (tabell 2) Rubrikerna är medverkande, deltagande och partnerskap.

Tabell 2 Redovisning av artiklarnas resultat kopplat till delaktighetsnivåerna

Artikel	Delaktighet i nivå enligt Cahill (1996): Medverkande	Delaktighet i nivå enligt Cahill (1996): Deltagande	Delaktighet i nivå enligt Cahill (1996): Partnerskap
Broderick et al. (2012)	X		
Chaboyer et al. (2016)	X		
Kullberg et al. (2017)	X		
Chaboyer et al. (2014)		X	
Jangland et al. (2017)		X	
Tobiano et al. (2016b)		X	
Bradly et al. (2014)		X	
Spinks et al. (2015)		X	
Kolovos et al. (2015)			X
Körner et al. (2013)			X
Sharp et al. (2016)			X
Sloan et al. (2017)			X
Tobiano et al. (2015)			X
Tobiano et al. (2016a)			X
Ulin et al. (2016)			X

Medverkande (envägskommunikation)

Broderick och Coffey (2012) undersökte i en studie sjuksköterskors dokumenterade omvårdnadsbedömningar och planeringar utifrån ett framtaget validerat ramverk för PCV. Studiens syfte var att undersöka omvårdnadsdokumentationen inom långvården för att avgöra om den återspeglade ett personcentrerat arbetssätt, där även patientens övertygelser/tro dokumenterats, samt beskrev aspekter i personcentrerad vård som framkom hos sjuksköterskor. Resultatet visade att omvårdnadsdokumentationen många gånger var ofullständig och att information avseende psykosociala aspekter av omvårdnad fattades. Språkbruket i dokumentationen visade brist på kunskap om patienten. Gällande kategorin delat beslutsfattande fanns inget dokumenterat, det vill säga omvårdnadsdokumentationen var inte fullständig avseende påvisande av samråd med patienten och det fanns inget som tydde på att patienterna varit involverade i beslut om sin egen vård. Avseende det holistiska synsättet i omvårdnaden, det vill säga att se patientens alla behov, utgick forskarna från behov av fysisk omvårdnad med lämplig dokumenterad omvårdnadsplan. Gällande kategorin engagemang som var personrelaterat söktes i dokumentationen efter visad kunskap om patientens egenskaper och/eller bevis på samhörighet mellan patient och sjuksköterska. Man såg där att graden av samhörighet ökade ju längre patienten var kvar vid institutionen oavsett kognitiv försämring. Det fanns en svårighet att finna ”sympatisk närvaro” i dokumentationen i

betydelsen att sjuksköterskan var både fysiskt och mentalt fokuserad på patienten. Forskarna sökte bevis i dokumentationen för interaktion mellan sjuksköterskor och patienten och/eller närstående och fann få dokumenterade händelser avseende även detta (Broderick & Coffey, 2012).

I en randomiserad studie av Chaboyer et al. (2016) studerades ett patientcentrerat trycksårspåbyggande koncept utifrån en primär hypotes att incidensen för sjukhusförvärvade trycksår hos riskpatienter som fick ett trycksårspåbyggande koncept var lägre än för riskpatienter som fick standardbehandling. Den sekundära hypotesen var att interventionsgruppen även förväntades få ett bättre resultat då det gällde grad för trycksår samt patientdelaktighet. Interventionsgruppen fick dels standardbehandling för trycksår men fick även ta del av ett koncept innehållande budskap via DVD film, poster och informationsbroschyr i syfte att främja patientdelaktighet. Budskapen handlade om att patienten skulle vara i rörelse, sköta om sin hud samt äta nyttig mat. Sjuksköterskor i interventionsgruppen tränades i att uppmuntra patienter att vara delaktiga. I kontrollgruppen fick patienterna standardbehandling för trycksår. Resultatet för studien visade att interventionsgruppen hade lägre grad frekvens av trycksår men det fanns ingen statistisk signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen varken då det gällde trycksår förekomst, grad av trycksår eller patientdelaktighet.

En annan studie jämförde personcentrerad överlämning (bedside-överslagning) med icke-verbal överlämning på en onkologisk klinik avseende patientnöjdhet. Resultatet visade att personcentrerad överlämning var möjlig i onkologisk vård men det verkade inte påverka den övergripande patientnöjdheten. Däremot fann de en ökad patientnöjdhet avseende vårdpersonalens informationsutbyte sinsemellan (Kullberg, Sharp, Johansson, Brandberg & Bergenmar, 2017).

Sammanfattningsvis gav studierna en blandad bild av patientmedverkan. Varken patienters medverkan i vården eller sjuksköterskors ”sympatiska närvaro” kunde utläsas ur omvårdnadsdokumentationen (Broderick & Coffey, 2012), interventionsgruppen hade lägre grad frekvens av trycksår, om än ej statistiskt signifikant (Chaboyer et al., 2016) samt att interventionsgruppen rapporterade att patienterna upplevde en statistiskt signifikant ökad patientnöjdhet vid medverkan vid personalens informationsutbyte vid överlämning men ingen annan skillnad när det gällde patientdelaktighet (Kullberg et al., 2017).

Deltagande (envägskommunikation med informations- och utbildningsöverföring)

Sjuksköterskors synpunkter på vad som kunde underlätta eller vara ett hinder för att använda ett nyutvecklat patientcentrerat trycksårspåbyggande koncept beskrevs i en studie av Chaboyer och Gillespie (2014). Resultatet visade att konceptet kunde användas som ett verktyg för att främja patientdelaktighet. För att konceptet skulle fungera framgångsrikt förutsattes att patienter var villiga att delta och att sjuksköterskor uppmuntrade till patientdelaktighet i den trycksårspåbyggande vården. Detta skulle ske genom information, erbjuda strategier, aktivera och motivera patienter att ta ansvar. Chaboyer och Gillespie (2014) beskrev vikten av att stötta sjuksköterskor att ta till sig konceptet i sitt dagliga arbete. Genom att uppmuntra patienter att ta ansvar underlättades patienters delaktighet.

I en studie av Jangland och Gunningberg (2017) utvärderades ett projekt avseende patientdelaktighet på en kirurgisk klinik där speciellt framtagna formulär som tidigare hade använts på kliniken skulle återinföras. Formulären skulle användas av patienten både när hen fick information samt för att skriva ner sina egna mål för dagen och sina funderingar, detta för

att uppmuntra till patientdelaktighet. Resultatet visade ingen förbättring av patientens upplevelse av delaktighet trots ett långsiktigt införande av projektet. Chefsjuksköterskorna upplevde en förändrad kultur hos personalen där de öppnade upp för att bjuda in patienten till delaktighet i sin egen vård. Sjuksköterskor och undersköterskor hade en positiv attityd till att involvera patienten i sin egen vård och patienterna skattade respektfullhet från sjuksköterskor, undersköterskor och fysioterapeuter högt. Kirurger upplevdes dock var ett hinder i detta arbete då de hade brist på engagemang i att göra patienten delaktig i sin egen vård.

För att förstå och beskriva vilka aktiviteter, handlingar och beteenden sjuksköterskor och patienter företog sig för att uppnå patientdelaktighet i omvårdnaden gjordes en observationsstudie av Tobiano, Marshall, Bucknall och Chaboyer (2016b). De fann att samverkan genom dialog och kunskapsdelning mellan sjuksköterska-patient bidrog till patientdelaktighet. Även sjuksköterskors utövande av kontroll över patientvården påverkade omfattningen av upplevd patientdelaktighet. Organisatoriska problem för sjuksköterskor, till exempel hög omsättning av patienter, uppgavs orsaka stress vilket påverkade omfattningen av patientdelaktighet negativt.

Bradley och Mott (2014) undersökte genomförandet av personcentrerad rapport (bedside-rapportering) med bland annat aspekter av patientens medverkan vid överrapportering i jämförelse med traditionell överrapportering med sjuksköterska till sjuksköterska på stängd expedition. Resultatet av studien antydde att patienter föredrog metoden överrapportering genom personcentrerad rapport vid patientens vårdplats/säng. De viktigaste skillnaderna som patienterna definierade var att överrapporteringstiden vid personcentrerad rapport innehöll sociala perspektiv för dem samt att patienterna ingick i diskussioner avseende sin egen vård och hade möjlighet att få veta vem som ansvarade för dem. Studien belyste även ”processen” i genomförandet av personcentrerad rapport (bedside-rapportering) med bland annat aspekten av hur graden av tillfredsställelse av patientens medverkan vid överrapportering påverkades utifrån aktuell rådande kultur i studerad verksamhet. Resultatet av ”processen” visade att personalen trodde att patienternas delaktighet i den egna vården ökade genom personcentrerad rapport (Bradley & Mott, 2014).

En pilotstudie av Spinks, Chaboyer, Bucknall, Tobiano och Whitty (2015) som skulle ligga till grund för utvecklingen av en enkät som bland annat skulle identifiera sjuksköterskans möjligheter att involvera patienterna bättre vid personcentrerad överrapportering (bedside-rapportering) tog fasta på hinder och hjälpmedel för patientens deltagande i vården. Deltagare fick föreställa sig scenarier där de sedan gjorde val utifrån egna preferenser avseende delaktighet. Resultaten användes för att utforma en enkät. En del av pilotstudien utgjordes av en enkätundersökning via iPad för patienterna och resultatet visade vikten av att organisationen var öppen för att ta reda på deltagarnas tekniska kunskap för att kunna erbjuda eventuellt stöd och därmed en möjlighet till att bjuda in till delaktighet (Spinks et al., 2015).

Sammanfattningsvis visade studierna att patienters vilja och engagemang att delta i sin vård samt då sjuksköterska bjöd in och uppmuntrade patient till deltagande hade betydelse för patientdelaktighet (Bradley & Mott, 2014; Chaboyer & Gillespie, 2014). Även dialog och kunskapsdelning mellan sjuksköterska och patient hade betydelse för patientdelaktighet där sjuksköterskans utövande av kontroll över patientens vård ledde till minskad upplevelse av delaktighet för patienten (Tobiano et al., 2016b). Standardiserad information visade inte ha någon effekt för ökad patientdelaktighet men en förändrad kultur hos personalen där en positiv attityd till att involvera patienten i sin egen vård öppnade upp för att bjuda in patienten till delaktighet (Jangland & Gunningberg, 2017). Spinks et al. (2015) beskrev vikten av att ta

reda på patienters kunskaper om hur tekniska verktyg hanterades då de skulle användas för att bjuda in och göra patienter delaktiga.

Partnerskap (informationsutbyte med likvärdigt inflytande)

I en studie av Kolovos et al. (2015) beskrevs sjuksköterskors uppfattning av patientdelaktighet och parametrar som påverkade patientdelaktighet i omvårdnad. Parametrarna delades upp i olika kategorier där den patientrelaterade kategorin beskrev patienters möjlighet att få ta ansvar och att kunna påverka samt vikten av kompetenta sjuksköterskor som underlättade patientdelaktighet och ställde krav på patientdelaktighet samt interaktion med patienter. Sjuksköterskor kunde underlätta och möjliggöra patientdelaktighet utifrån dialog mellan sjuksköterska och patient samt genom ett delat beslutsfattande. Relevant information var den vanligaste parametern sjuksköterskorna angav som bidrog till patientdelaktighet. Parametrar som sjuksköterskorna ansåg påverkade och hade betydelse för patientdelaktighet handlade om patienters möjlighet till inflytande och delaktighet samt patienters hälsa. Resultaten i studien gav stöd för ett delat beslutsfattande samt patientengagemang i dialog och interaktion med vården.

En annan studie identifierade vad patienten och vårdpersonalen prioriterade avseende sin egen möjlighet samt given möjlighet till delaktighet på rehabiliteringskliniker. Detta i syfte att utveckla ett utbildningsprogram för multiprofessionellt delat beslutsfattande baserat på integrerad patientcentrering för att förbättra både vårdpersonalens och patientens egen möjlighet till delaktighet i rehabilitering. Resultatet visade bland annat att patienterna önskade ökad delaktighet i beslutsfattandet och ökad delaktighet för en mer individuell behandling. Vårdpersonalen upplevde sin kunskap gällande delaktighet hög till patienterna men de såg också en utbildningspotential avseende att se patienten som en unik individ (Körner, Ehrhardt & Steger, 2013)

Vårdrelationen mellan sjuksköterska och patient inom akut omvårdnad utifrån personperspektivet undersöktes i en studie av Sharp, McAllistar och Broadbent (2016). Det vill säga att den som erhöll vård sågs som en person och inte enbart som en patient, för att därefter förtydliga betydelsen av denna vård i relation till begreppet PCV. PCV definierades här som vård som var flexibel och mottaglig för individens unika behov. Resultatet visade att då sjuksköterskan hade förmåga att se och urskilja patientens unika behov upplevde deltagaren sig som en person vilket var en viktig del i PCV. Även att visa medkänsla och medlidande var en viktig ingrediens i PCV för deltagarna, om så bara i små handlingar. Studien av Sharp et al. visade att då sjuksköterskan hade klinisk kompetens och gav omvårdnad med medkänsla genom positivt och lösningsinriktat förhållningsätt till patienten resulterade detta i personliga, emotionella eller andliga reaktioner för patienten och blev en utlösare för patientmakt och patientdeltagande. Resultatet belyste vidare att även då visad personcentrerad medkänsla/medlidande inte fanns med i sjuksköterskans arbetsbeskrivning var detta icke desto mindre uppskattat när det gjordes. Sjuksköterskor som hade ett personcentrerat sätt mot patienten beskrevs av deltagarna som att sjuksköterskan gav det lilla extra som de egentligen inte behövde men som fick patienten att känna att sjuksköterskan brydde sig om hur det gick för patienten. Ytterligare visade resultatet att se lösningar bortom problem gav ökad upplevelse av delaktighet för patienten. Det kunde ta sig uttryck i att sjuksköterskan visade medkänsla och fokuserade på positiva lösningar då patienten fick svåra diagnoser och/eller då patienten upplevde en osäkerhet och stress i att inte veta. Medmänsklig omvårdnad där en ökad autonomi eftersträvades för patienten uppgavs inverka till att patienten själv upplevde sig kunna påverka sin egen hälsa. Vissa patienter fann motivation till

att vilja vara delaktig i sin egen vård genom att fokusera på egen insats för återhämtning samt skapa egna målbilder (Sharp et al., 2016).

Sloan och Knowles (2017) gav i sin studie exempel på patientdelaktighet utifrån den uppfattning som intervjuade patienter med cancerdiagnos hade av delaktighet. Studien beskrev vikten av och föränderligheten med patientdelaktighet och patientbeslut. Att patienten erbjöds möjlighet att ställa frågor och samla information var ett kännetecken för medverkan och delat beslutsfattande. Sloan och Knowles beskrev vikten av att tillgodose patientens önskan om att få ta del av information då det var lämpligt samt att en ärlig och öppen information möjliggjorde partnerskap. Om patienten uppmuntrades till delaktighet samt upplevde känslomässigt stöd, kunde även detta skapa förtroendefullt partnerskap mellan patient och sjuksköterska vilket underlättade delaktighet då beslut skulle fattas. Enligt Sloan och Knowles skapades en positiv kultur för delaktighet då patienten kände uppmuntran till delaktighet samt då patienten upplevde att det fanns tid att processa sin sjukdom och viktiga ställningstagande för behandling. Studien lyfte även vikten av att erbjuda utrymme för patienten att känna hopp samt att patienten erbjöds kunskap om sin sjukdom. Studien indikerade dock att patienter inte alltid fick valmöjlighet för patientdelaktighet.

Sjuksköterskors syn på patientdelaktighet samt vad som kan underlätta eller hindra patientdelaktighet beskrevs i en studie av Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane och Chaboyer (2015). I resultatet beskrevs för en kategori vikten av att se patienten som en kunnig individ och erkänna patienten som en partner. En annan kategori beskrev att patientens attityd, status, ålder, hälsotillstånd, fysiska och mentala hälsa samt kultur kunde vara ett hinder. Resultaten visade på faktorer som bidrog till att främja patientdelaktighet, där respekt för patienten samt makt åt patienten var viktigt och även nyckelegenskaper i den patientcentrerade vården. Sjuksköterskorna i studien poängterade den viktiga roll sjuksköterskor hade i att vara en facilitator för patientdelaktighet där det handlade om att sjuksköterskan lät patienten vara delaktig både verbalt och fysiskt. Sjuksköterskorna beskrev även vikten av att kunna hantera patientsäkerhetsrisker där förvisso majoriteten av sjuksköterskorna angav att de kände sig bundna av regler och uppfattningar kring patientdelaktighet utifrån ansvar och sekretess. Ett sätt som möjliggjorde delaktighet var genom att kommunicera med till exempel verbal motivation och humor och på så sätt kände sig patienterna trygga i att vara delaktiga.

I resultatet i Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane och Chaboyer (2016a) studie framkom att beteenden och faktorer som var av betydelse för patienters upplevelse av delaktighet och gav en ökad förståelse för hur patienter upplevde sin egen roll vilket kunde vara användbart för att uppnå patientdelaktighet. Studien visade att patienter ville vara delaktiga och behövde motivation, kunskap och förtroende att få vara delaktiga. För att uppnå detta kunde sjuksköterskor arbeta med att göra patienten delaktig i beslut och dela med sig av sin kunskap. Att skapa vårdmiljöer utifrån en personcentrerad vård kunde vara gynnsamt för patienters delaktighet. Ur resultatet framkom även att patienter kände att det fanns begränsningar för sin delaktighet vilket orsakades av en maktobalans där möjligheten att vara delaktig var begränsad.

Ulin, Olsson, Wolf och Ekman (2016) utvärderade i sin studie om proaktiv vårdplanering grundad på en modell från GPCC (interventiongruppen) ledde till ökad effektivitet vid utskrivning jämfört med vanlig vård (kontrollgruppen) för patienter inom slutenvård. Effektiviteten definierades i denna studie till att omvårdnadsbehov tillgodosågs, risk för återinläggning minimerades och vårdtiden minskade. I GPCC-modellen identifierades

patientens egna resurser, motivation och mål samt dennes sociala situation och eventuella behov av ökat stöd vid utskrivning. Patienten var aktiv och engagerad med partnerskap i fokus och vårdplanen utvärderades kontinuerligt med patienten/närstående. Vid inskrivning var det marginell skillnad mellan grupperna avseende beroendet av hjälp vid ADL samt att grupperna hade likvärdigt eget boende. Resultatet visade att under patienternas sjukhusvistelse var första kontakten med kommunen oftare protokollfört i interventionsgruppen än i kontrollgruppen samt att meddelande skickades till kommunen inom två dagar i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Andel patienter som kunde återgå till eget boende efter utskrivning var högre i interventionsgruppen. Antal dagar från inskrivning till utskrivning då kommunen var redo att ta emot patienten var betydligt färre i interventionsgruppen och likaså vårdtiden.

Sammanfattningsvis visade resultaten i artiklarna att patienter önskade att få vara delaktiga samt ha delat beslutsfattande (Körner et al., 2013; Tobiano et al., 2016b). Patientens egen motivation till ansvar och engagemang för sin egen vård var viktig samt dialog och interaktion mellan patient och sjuksköterska men även öppen och ärlig information vilket beskrevs i flera studier (Kolovos et al., 2015; Körner et al., 2013; Sloan & Knowles, 2017; Tobiano et al., 2016b). En positiv kultur för delaktighet skapades då patienten kände uppmuntran till delaktighet, erbjöds kunskap och tid att processa sin sjukdom samt då det fanns utrymme att känna hopp. Ett känslomässigt stöd kunde även skapa ett förtroendefullt partnerskap mellan patient och sjuksköterska (Sloan & Knowles, 2017). Sjuksköterskans förmåga att se och urskilja patientens unika behov och att patienten sågs som en partner utlöste patientdelaktighet. Patientmakt var viktigt för att patienten skulle känna sig som en person (Sharp et al., 2016; Tobiano et al., 2015). Speciellt kunskap hos patienter samt att skapa vårdmiljöer utifrån en personcentrerad vård kunde vara gynnsamt för patienters delaktighet (Tobiano et al., 2016a). Patienter med partnerskap i fokus avseende sin egen vårdplanering hade kortare vårdtid och kunde i hög grad återgå till eget boende (Ulin et al., 2016). Kolovos et al. (2015) menade att vårdorganisation och vårdmiljö behövde ses över för att uppnå en patientcentrerad omvårdnad.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Författarna till föreliggande arbete valde litteraturöversikt som metod för att belysa det aktuella forskningsläget avseende vuxna patienters delaktighet i personcentrerad vård. Metoden är lämplig för examensarbete på kandidatnivå (Forsberg & Wengström, 2013). Möjligheten att sammanställa resultaten från flera olika studier som sinsemellan haft olika syften men där delaktighet och personcentrerad vård ingår som viktiga delar gör litteraturöversikt som metod lämplig. Alternativ metod hade varit intervjustudie, där både patienter och sjuksköterskor hade intervjuats avseende patientens delaktighet i personcentrerad vård. Där hade det eventuellt kunnat framkomma ytterligare viktiga aspekter, utifrån både patienters och sjuksköterskors åsikter och synpunkter, avseende studiens syfte. Till exempel kunde det eventuellt ha ökat förståelsen avseende aspekter av kunskap i relation till patientdelaktighet, något som inte presenterades i detalj i studien av Tobiano et al., (2016b) och som författarna till föreliggande arbete hade funnit intressant att få mer insikt i. Kunskap relaterat till delaktighet ser därför författarna i denna studie som ett vidare forskningsområde. Författarna ansåg dock inte att en intervjustudie tidsmässigt skulle vara genomförbart, då tiden var begränsad.

För att ta del av den senaste forskningen inom aktuellt område inkluderades studier gjorda mellan 2012–2017. Studierna var deskriptiva, observationsstudier, pilotstudier och

tvärsnittsstudier med och utan kontrollgrupper. Metoderna som använts var både kvantitativa, kvalitativa samt mixade metoder. Datainsamlingsmetoderna inkluderade enkäter, intervjuer och observationer. Studiernas kontexter var sjukhusmiljö med undantag för två studier, där den ena studien utförts på rehabiliteringskliniker utanför sjukhusmiljö och den andra i patienters hem. Studierna hade genomförts i Europa (Sverige, Tyskland, Irland, Grekland) samt Australien och USA. Kvaliteten på studierna bedömdes generellt som medel till hög.

Enligt Forsberg och Wengström (2016) finns ett stort behov att resultat från vetenskapliga studier sammanställs för att kartlägga aktuellt kunskapsläge. Inkluderade artiklar var alla originalartiklar från vetenskapliga tidskrifter och det var därmed en fördel att välja litteraturoversikt som metod. I och med den satta tidsramen i sökningen baserades resultatet på relativt aktuell data. Artiklarna bedömdes vara av medel till hög kvalitet och alla hade tillstånd från etisk kommitté, vilket kan ses som en styrka (Olsson & Sörensen, 2011).

Vald metod har flera styrkor men också svagheter. Metoden innebär att författarna systematiskt sökte, kritiskt granskade och sedan sammanställde litteratur utifrån valt ämne i enlighet med Forsberg & Wengström (2013). I genomförd litteraturoversikt valde författarna att begränsa sökningen till artiklar som inte var äldre än fem år, vilket kan ses som en styrka då PCV, som var ett av de två begreppen i syftet, är ett relativt nytt begrepp. Detta avspeglas bland annat i att det inte finns som egen MeSH term. Detta i sin tur kan ses som en svaghet då litteraturen hittades med hjälp av det äldre begreppet patientcentrerad i MeSH termen ”patient-centered care”. Här anses att svagheten ligger just i att begreppet patientcentrerad fortfarande används som ett begrepp i olika kontexter i klinisk praxis och i dess beskrivning samt att ordet ”patient-centered care” ofta används i det engelska språket.

En ytterligare svaghet i detta var att det bärande begreppet i syftet; delaktighet också saknar en enhetlig definition, både nationellt och internationellt (SBU, 2017). Därmed kan det ha förekommit feltolkningar av författarna i denna studie av vilka definitioner som studien utgått från. Avseende att alla inkluderade artiklar var skrivna på engelska fanns svårigheter med att översätta begrepp från engelska språket där motsvarande begrepp ibland saknas på svenska eller att tydliga distinktioner saknas i svenskan mellan olika ord som används för delaktighet. Även detta kan ha lett till feltolkningar av begreppen. Författarna använde översättningsverktygen ”Google translate” och ”tyda.se” till hjälp för att översätta vissa begrepp från engelska till svenska.

De inkluderade studiernas design, metoder och datainsamlingsmetoder var varierande vilket gav en bredd på studien och därmed en styrka. Det kan också ses som en styrka att författarna gjorde databassökning med hjälp av en bibliotekarie för att få en effektiv och ändamålsenlig sökning (Forsberg & Wengström, 2013). En eventuell svaghet i detta var att endast två databaser användes, PubMed och CINAHL. Då flera aktuella studier ändå hittades som relaterade till syftet beslöt författarna att inte använda ytterligare databaser.

Studierna har utförts i flera olika länder med sjukvård jämförbar med svensk sjukvård och omvårdnad vilket kan ge en hög validitet då slutsatser som dras i resultatet kan vara representativt för en stor population (Kristensson, 2014). Detta kan även vara en svaghet utifrån att inkluderade studier endast var utförda i västvärlden.

Författarna till denna studie har beskrivit Cahills (1996) delaktighetsnivåer inledningsvis i bakgrunden och redan där väcktes en nyfikenhet på hur Cahill kategoriserat ”delaktighet” och dess innebörd. Här gjorde författarna till denna studie en fri översättning av Cahills engelska

delaktighetsbegrepp till svenska. Författarna såg här hur sjuksköterskans möte med patienten kunde relateras till denna kategorisering med dess innebörd och utifrån detta kunde tänkas leda till olika resultat av patientens upplevelse av delaktighet. Författarna var överens över de begrepp som kunde kopplas till patientdelaktighet i inkluderade artiklar och där åsikterna skilde sig åt diskuterades det fram ett gemensamt ställningstagande. I momentet där de inkluderade artiklarna skulle kategoriseras under någon av Cahills delaktighetsnivåer gjordes detta gemensamt av författarna. Analysen samt klassificeringen av artiklarna var tidskrävande men upplevdes av författarna som mycket givande och stimulerande då detta ledde till tänkbara diskussioner och djupgående begreppsanalyser. Den slutgiltiga klassificeringen utgick från hur författarna uppfattade att delaktighet var beskrivet i den fullständiga artikeln. Författarnas egen tolkning kan ses som ytterligare en svaghet i denna studie.

Författarna till föreliggande arbete anser att resultatet av denna litteraturoversikt behöver kompletteras ytterligare för att kunna generaliseras, såväl avseende population som patientens olika omvårdnadssituationer. Framför allt bör den kompletteras genom att begränsa syftet mot något specifikt omvårdnadsmoment för sjuksköterskan i personcentrerad vård där patientens upplevelse av delaktighet belyses.

Resultatdiskussion

Sammanfattningsvis gav studiernas resultat en blandad bild av patienternas delaktighet i personcentrerad vård. Å ena sidan visade resultat på att patientens medverkan i vården inte kunde utläsas i omvårdnadsdokumentationen (Broderick & Coffey, 2012), ingen ökad upplevelse av patientdelaktighet utifrån uppmuntran till delaktighet (Chaboyer et al., 2016), inte heller vid personcentrerad överlämning (Kullberg et al., 2017) eller vid standardiserad skriven information (Jangland & Gunningberg, 2017). Å andra sidan visade andra studier att personcentrerad överlämning (Bradley & Mott, 2014) samt uppmuntran till patientdelaktighet ökade patientens upplevelse av patientdelaktighet men att det då måste ske i kombination med att patienten själv hade ett engagemang och en vilja att delta i sin egen vård (Bradley & Mott, 2014; Chaboyer & Gillespie, 2014). Patientens önskan till delaktighet som en viktig del i patientdelaktighet beskrevs även i artiklar i resultatet (Körner et al., 2013; Tobiano et al., 2016b).

Vidare visade resultatet på att informationsutbyte istället för informationsöverföring var viktigt för att öka patientens delaktighet och uppnå partnerskap, som representerade den högsta graden av delaktighet. Även kunskap, kunskapsdelning, kompetens, delat beslutsfattande samt att sjuksköterska bjöd in till delaktighet genom medkänsla och respekt var viktiga ingredienser för patientupplevd delaktighet (Jangland & Gunningberg, 2017; Kolovos et al., 2015; Körner et al., 2013; Sharp et al., 2016; Sloan & Knowles, 2017; Tobiano et al., 2016a). Ökad makt till patienten och maktobalans i vårdsituationen påverkade även patientens upplevelse av delaktighet (Sharp et al., 2016; Tobiano et al., 2015; Tobiano et al., 2016a). Sjuksköterskans förmåga att se och urskilja patientens unika behov var viktigt för patientdelaktigheten (Körner et al., 2013), liksom patientens egen motivation till ansvar och engagemang för sin vård (Kolovos et al., 2015). Organisationers arbetsätt hade också betydelse för patientens delaktighet; att systematiskt arbeta med delaktighet och skapa strategier och personcentrerade arbetsätt beskrevs som viktigt liksom utbildning och träning i detta för vårdpersonal (Chaboyer & Gillespies, 2014; Kolovos et al., 2015; Tobiano et al., 2016a). En annan del i resultatet som författarna fann intressant var där Sloan och Knowles (2017) beskrev att en framgångsfaktor för patientdelaktighet var när patienten hade tid att processa sin sjukdom samt då det fanns utrymme att känna hopp. Stress och ökad

arbetsbelastning i en organisation angavs däremot som ett hinder för patientdelaktighet vilket beskrevs i studier av Chaboyer och Gillespies (2014) samt Tobiano et al. (2016b).

Delaktighetsnivån partnerskap relaterat till definition och innebörd av begreppet delaktighet

Utifrån en blandad bild av resultatet avseende aktiviteter som skulle kunnat ha gett ökad upplevd patientdelaktighet tog författarna till föreliggande arbete del av en litteraturöversikt av Cahill (1998) som utgick från den forskning och vetenskapliga litteratur som fanns inom sjukvården i Storbritannien fram till 1998 avseende patientdelaktighet. Redan 1998 beskrev Cahill patientdeltagande i vården som en modern vårdprocess. De engelska begreppen involvement/collaboration, participation och partnership beskrevs men även den otydlighet i hur de användes, ibland med olika betydelser och ibland som synonymer (Cahill, 1998). I det svenska språket finns inte tydliga skillnader i de benämningar som kan motsvara Cahills tre nivåer av delaktighet. Författarna i denna studie ställer sig frågan om detta är en av anledningarna till att det drog ut på tiden innan patientdelaktighet blev en stor fråga i Sverige? Först 2015 tydliggjorde och stärkte Patientlagen (SFS, 2014:821) ytterligare patientens delaktighet i sin egen vård (Sveriges Kommuner och Landstings [SKL], 2017).

Cahill (1998) skrev vidare att det inte verkade finnas någon tydlig gemensam överenskommelse om vad patientdeltagande innebar. Det fanns inte heller någon enskild term som beskrev detta i detalj. Cahill beskrev även här redan 1998, att det var uppenbart att insatser måste till för att formulera en standardiserad definition och utveckla tillförlitliga och validerade åtgärder. Enligt SBU (2017) saknas än i dag en för vården enhetlig tolkning av vad begreppet patientdelaktighet innebär.

Definitionen av begreppet delaktighet är av betydelse för hur det studeras. I till exempel en studie som undersökte de filosofiska grunderna avseende partnerskap inom litteraturen definierades partnerskap som ett förhållande mellan individer/grupper som kännetecknades av samarbete och ansvar där ett visst mål var tänkt att nås (Määttä, Lützn & Öresland, 2017). I en annan studie av Sahlsten, Larsson, Sjöström och Plos (2008) studerades begreppet patientdeltagande och dess relation till omvårdnad samt kännetecknen och utmärkande egenskaper utifrån identifieringen av begreppets innebörd i litteraturen. Där fanns och beskrev forskarna flera definitioner som relaterades till patientdeltagande i samband med professionell omvårdnad. En definition av patientdelaktighet beskrevs utifrån både ett filosofiskt och praktiskt förhållningssätt. I det filosofiska förhållningssättet var sjuksköterskans förmåga till att uppmuntra patienten att vilja vara aktiv i sin egen vård viktig. Att uppmuntra patienten till delaktighet har även beskrivits i Sloan och Knowles (2017) studie där speciellt ett känslomässigt stöd hade betydelse för att ett förtroendefullt partnerskap skapades mellan sjuksköterska och patient.

Sahlsten et al. (2008) beskriver vidare att i den praktiska delen av patientvården påtalades vikten av att sjuksköterskan såg patienten, gav information och lät patienten ta del i sin vård. Ytterligare en definition av patientdelaktighet var att patienten involverades i och gavs kontroll över beslutsprocessen avseende utförandet och utvärderingen av sin egen vård. Definitionen av patientdeltagande beskrevs där som en aktiv process som över tid förändrades och var integrerad med sjuksköterskans arbete. Denna process utfördes genom partnerskap som grundade sig på patientdeltagande i beslut genom att sjuksköterskan arbetade emotionellt och hade förståelse för patienten. De kännetecknen och egenskaper som studien fann viktiga för patientdelaktighet var ett etablerat förhållande mellan patient och sjuksköterska, överlämnande av viss makt från sjuksköterskan till patient, delad information och kunskap.

Resultatet i studien visade att patientdeltagande inom omvårdnad uppstod/upplevdes när alla identifierade kännetecken var närvarande (Sahlsten et al., 2008).

Delaktighetsnivån partnerskap relaterat till makt och kunskap hos patienten

Rapporten från SBU (2017) belyser att begreppet partnerskap kännetecknas av att hälso- och sjukvårdspersonal måste lämna ifrån sig en del av sin makt där patientens kunskap och erfarenheter tas till vara och informationsutbyte sker mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal (SBU, 2017). Även Cahill (1998) påtalade vikten av partnerskap där patientens ställning i en vårdssituation skulle tydliggöras och stärka patienten genom att sjuksköterskan lämnade ifrån sig en del av sin makt till patienten. Detta fann även författarna till denna studie i resultatet av både Sharp et al. (2016) och Tobiano et al. (2015) där sjuksköterskan såg patienten som en kunnig individ och där makt åt patienten var en viktig del i personcentrerad vård. Maktobalans mellan vårdgivare och patient och att ge patienten en ökad makt i dennes egen vård för att därigenom öka patientens upplevelse av delaktighet beskrevs även i resultatet i studien av Tobiano et al. (2016a).

Cahill (1998) beskrev även studier som undersökt patienters perspektiv om önskan och värdet av att delta i sin egen vård. Studierna visade att patienter var positiva till detta och att behovet för ökad patientdelaktighet i vården byggde på antagandet att patienterna själva önskade ha och såg en vinst av att ha en ökad aktiv roll i sin egen vård. Studie visade att kunskap. Studien av Tobiano et al. (2016a) visade att kunskap verkade ha en speciell betydelse för att underlätta patienters upplevelse av delaktighet.

Begreppet partnerskap förklaras i litteraturen som att patient och vårdpersonal är jämbördiga. Författarna uppfattar dock att det inte är en självklarhet vad som avses med begreppet för gemene man. Och är partnerskap med total jämvikt möjligt att uppnå eller ens önskvärt? I studien av Määttä et al. (2017), där den filosofiska grunden för idén om partnerskap undersöktes, ansågs det att detta inte diskuterats och problematiserats tillräckligt. Studien fann en teori om att partnerskap teoretiskt var möjligt om jämlikhet tolkades som en existentiell grund för mänsklighet. Med detta menades att alla varelser behandlades lika och grundades i samförstånd i förhållande till ett vinn-vinn-partnerskap där båda parter kunde ha lika fördelar. Denna teori var viktig eftersom vissa vårdrelaterade studier relaterade till partnerskap hade skildrat patienter och vårdpersonal som lika, där båda beskrivits som experter, dock för olika områden. Patienter som experter på sina egna upplevelser av sjukdom och behandling samt vårdpersonal som experter på sjukdomar och hälso- och sjukvårdssystemet. Två experter som ingått partnerskap tydde på likvärdiga förhållanden där sakkunskapen blev en slags vinn-vinn-relation. Det uppstod dock problem i partnerskapet om en av parterna inte kunde uttrycka sina erfarenheter på grund av till exempel psykisk eller fysisk funktionsnedsättning. Studien fann vidare att grundtanken med två olika experter var tilltalande men det fanns risk för att en förmyndarmentalitet vände upp och ner på grundtanken. Idén med patienten som expert med en valfrihet om vad som var bäst för denne kunde leda till deprofessionalisering inom vården. Studien hävdade att partnerskapet skulle kunna bli ett patientstyrt initiativ (Määttä et al., 2017). Trots allt kan författarna till föreliggande arbete se att ett stort problem i dagens sjukvård avseende delaktighet är att obalansen är för stor, patienten har för lite makt.

Delaktighetsnivån partnerskap relaterat till bemötande/attityd hos den enskilda sjuksköterskan

Sharp et al. (2016) beskrev bland annat i sin studie att sjuksköterskor som gav omvårdnad med medkänsla och som hade ett personcentrerat sätt mot patienter bidrog till patientmakt och patientdeltagande. Redan under 90-talet påtalade Cahill (1998) i sin forskning vikten av att tydliggöra och stärka patientens ställning i en vårdssituation. Detta kunde göras genom att

sjuksköterskan lämnade ifrån sig en del av makten till patienten (Cahill, 1998). Att ha utvecklade färdigheter i att förhålla sig till olika människor speglade förmågan att kommunicera på olika nivåer. Detta belystes i en studie av McCormack och McCance (2006). De skrev att engagemanget för sitt arbete var en indikation på engagemang för patienten och en känsla av att sjuksköterskan ville ge den vård som var bäst för patienten. Sjuksköterskans kompetens, särskilt i relation till hur hen förhöll sig till olika människor samt hens kommunikativa färdigheter, fungerade särskilt bra när hen använde sig av ett personcentrerat tillvägagångssätt. De ansåg att sjuksköterskans beskrivna egenskaper var en del i att patienterna bland annat upplevde delaktighet i vården.

PCV är en av de sex kärnkompetenserna för sjuksköterskor (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Enligt Svensk sjuksköterskeförening innebär PCV att sjuksköterskan ska skapa förutsättningar för personen (patienten) att både kunna göra evidensbaserade val men även göra val denne själv önskar. Här behöver sjuksköterskan visa respekt för de val personen (patienten) gör, även om valet innebär risker, så som att inte välja det evidensbaserade valet (Svensk sjuksköterskeförening, 2016). Detta ska förstås vara ett informerat val för patienten som föregås av informationsutbyte och kunskapsutbyte mellan sjuksköterskan och patienten. Patienten kan utifrån den evidensbaserade informationen göra ett aktivt och väl genomtänkt val. Resultat från flera studier i denna litteraturöversikt visade att information givet utifrån kunskap, med medkänsla och i dialog till den enskilda unika patienten ledde till ökad patientdelaktighet (Jangland & Gunningberg, 2017; Kolovos et al., 2015; Körner et al., 2013; Sharp et al., 2016; Sloan & Knowles, 2017; Tobiano et al., 2016b).

Delaktighetsnivån partnerskap relaterat till kultur/attityd i organisationen

Att systematiska och rutinmässiga arbetssätt var viktiga för att uppnå patientdelaktighet då det skapade en kultur i organisationen som öppnade upp för delaktighet, så som personcentrerad vård, kunde vara gynnsamt för patienters delaktighet beskrevs i studieresultat av Bradley och Mott, 2014; Chaboyer och Gillespie, 2014; Jangland och Gunningbergs, 2017; Tobiano et al. (2016a). Det fanns ett behov och en vinst av att se över vårdorganisationer och vårdmiljöer för att uppnå en personcentrerad omvårdnad (Kolovos et al., 2015).

Redan 1998 skrev Cahill att individuell vård var nödvändig. Alla verksamheter behövde kartlägga hur mycket patienterna själva önskade delta i vården. Utifrån detta skulle patienterna tillfrågas så tidigt som möjligt vid sin sjukhusvistelse om sin egen önskan till delaktighet i sin vård (Cahill, 1998). Att tänka nytt kan bidra till förbättringar vilket bland annat sågs i SKL:s (2018) utforskande och kunskapspridande projekt "Flippen" inom primärvården. "Flippen" hade som målsättning att stödja utvecklingen av ett nyskapande personcentrerat arbetssätt, där patientdelaktighet var en viktig aspekt. "Flippen" kommer från begreppet "Flipping healthcare" (Bisognano & Schummers, 2014). Grundidén i "Flipping healthcare" handlade om att vända på perspektivet i hälso- och sjukvården. Istället för att möta patientens behov med befintlig verksamhet skulle hälso- och sjukvården utgå från medborgarnas och patienternas behov. Att vända på perspektivet innebar även att man utgick från vad patienten önskade och kunde göra självständigt där vården fungerade som ett stöd och komplement (Bisognano & Schummers, 2014). SKL:s projekt utgick från invånarnas behov och hur vården bäst mötte dessa samt personcentrering och tillvaratagande av individens egna resurser. Traditionellt möter vården patienten utifrån patientens sjukvårdsbehov, så som till exempel diagnos och dess komplexitet. Detta trots att vården i dag är väl medveten om att patienten är en person som har personliga behov, egenskaper och beteenden vilka spelar roll för värdeskapande möten. Vården har få verktyg eller strukturerade personcentrerade arbetssätt att ta till för att underlätta till personcentrering i sin verksamhet

(SKL, 2018). Författarna i denna studie uppfattade att ”Flipping healthcare” grundidé stämde väl överens med innebörden av PCV samt svensk sjuksköterskeförenings beskrivning av begreppet personcentrerad. I dessa bekräftas och respekteras en persons upplevelse och verkar utifrån att hjälpa en person att nå hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder just för den unika personen (Svensk sjuksköterskeförening, 2016).

Författarna till föreliggande arbete ställer sig dock frågan, hur mycket patienters önskemål och behov kan styra utformningen av organisationer i dagens hälso-och sjukvård samt om vi kan använda befintliga resurser mer effektivt genom att organisera hälso- och sjukvården på ett annat sätt? Tobiano et al. (2016a) beskrev bland annat organisatoriska problem för sjuksköterskor med snabb omsättning av patienter vilket bidrog till stress och påverkade omfattningen av patientdelaktighet. Olika verktyg kan dock användas som hjälpmedel för att bidra till patientdelaktighet vilket beskrevs i en studie av Spinks et al. (2015) där iPads användes som stöd och gav möjlighet att bjuda in till delaktighet.

En annan fråga som väckts hos författarna i denna studie är om det i dagens hälso- och sjukvård är möjligt att skapa delaktighet i form av partnerskap? Utmaningar finns för både sjuksköterskor och patienter. För sjuksköterskor råder ett högt tempo med hög arbetsbelastning, hög patientomsättning och stress inom vård och omsorg. För patienter handlar det bland annat om korta vårdtillfällen vilket minskar möjligheten att reflektera och processa sin sjukdom. Efterfrågan är stor på det arbete som pågår inom GPCC, för att utifrån befintlig forskning för implementering av patientdelaktighet och personcentrerad omvårdnad ta fram strategier. Ytterligare frågeställning som författarna till föreliggande arbete ställer sig är hur patientens beroendeförhållande till sjuksköterskan påverkar förutsättningarna för partnerskap samt även hur detta eventuellt påverkar resultat för patientdelaktighet i patientundersökningar?

Slutsats

Genom att sjuksköterskan arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt kan hen bidra till patienters delaktighet. Studiens resultat visade dock att synen på begreppen ”delaktighet” och ”personcentrerad vård” varierade och ett nationellt förtydligande av begreppen vore därför önskvärt.

REFERENSER

- Bisognano, M., & Schummers, D. (2014). Flipping healthcare: an essay by Maureen Bisognano and Dan Schummers. *British Medical Journal*, 349(5852). doi: 10.1136/bmj.g5852
- Bradley, S., & Mott, S. (2014). Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1927-1936. doi: 10.1111/jocn.12403
- Broderick, M. C., & Coffey, A. (2012). Person-centred care in nursing documentation. *International Journal of Older People Nursing*, 8(4), 309-318. doi: 10.1111/opn.120
- Cahill, J. (1996). Patient participation: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 561-571. doi:10.1046/j.1365-2648.1996.22517.x
- Cahill, J. (1998). Patient participation: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 119-128. doi: 10.1046/j.1365-2702.1998.00132.x
- Chaboyer, W., & Gillespie, B. M. (2014). Understanding nurses' views on a pressure ulcer prevention care bundle: a first step toward successful implementation. *Journal of Clinical Nursing*, 23(23/24), 3415-3423. doi: 10.1111/jocn.12587
- Chaboyer, W., Bucknall, T., Webster, J., McInnes, E., Gillespie, B. M., Banks, M., Wallis, M. (2016). The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 63-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.09.015
- Coulter, A. (2012). Patient engagement: what works? *Journal of Ambulatory Care Manage*, 35(2), 80-89. doi: 10.1097/JAC.0b013e318249e0fd
- de Silva, D. (2014). *Helping measure person-centred care*. Hämtad 13 november, 2017, från <http://www.health.org.uk/helpingmeasurepcc>.
- Dongen, J., Habets, I., Beurskens, A., & Marloes, A. (2017). Successful participation of patients in interprofessional team meetings: A qualitative study. *Health Expectations*, 20(4), 724-733. doi:10.1111/hex.12511
- Edberg, A.-K., Ehrenberg, A., Friberg, F., Wallin, L., Wijk, H., & Öhlén, J. (2013). *Omvårdnadens grunder – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Edvardsson, D., Sjögren, K., Lood, Q., Bergland, Å., Kirkevold, M., & Sandman, P.-O. (2017). A person-centred and thriving-promoting intervention in nursing homes: study protocol for the U-Age nursing home multi-centre, non-equivalent controlled group before-after trial. *BMC Geriatrics*, 22(1). doi: 10.1186/s12877-016-0404-1

Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur & Kultur.

Göteborgs Universitet, Centrum för personcentrerad vård. (2017a). *Partnerskapet: två experter möts*. Hämtad 17 november, 2017, från <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld/partnerskapet>

Göteborgs Universitet, Centrum för personcentrerad vård. (2017b). *Personcentrerad vård*. Hämtad 16 november, 2017, från <http://gpcc.gu.se/om-gpcc/personcentrerad-varld>

Henricson, M. (Red.). (2012). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Jangland, E., & Gunningberg, L. (2017). Improving patient participation in a challenging context: a 2-year evaluation study of an implementation project. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 266-275. doi: 10.1111/jonm.12459

Kolovos, P., Kaiteldou, D., Lemonidou, C., Sachlas, A., Zyga, S., & Sourtzi, P. (2015). Patient participation in hospital care: Nursing staffs' point of view. *International Journal of Nursing Practice*, 21(3), 258-268. doi: 10.1111/ijn.12242

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik: för studenter inom hälso- och vårdvetenskap*. Stockholm: Natur & Kultur.

Kullberg, A., Sharp, L., Johansson, H., Brandberg, Y., & Bergenman, M. (2017). Patient satisfaction after implementation of personcentred handover in oncological inpatient care: A cross-sectional study. *PLoS ONE*, 12(4). doi: 10.1371/journal.pone.0175397

Körner, M., Ehrhardt, H., & Steger, A.-K. (2013). Designing an interprofessional training program for shared decision making. *Journal of Interprofessional Care*, 27(2), 146-154. doi: 10.3109/13561820.2012.711786

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

Määttä, S., Lützn, K., & Öresland, S. (2017). Contract theories and partnership in health care. A philosophical inquiry to the philosophy of John Rawls and Seyla Benhabib. *Nursing Philosophy*, 18(3). doi: 10.1111/nup.12164

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), 1-11. doi: 10.1186/s12912-016-0171-5

Olsson, H., & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: Kvalitativa och kvantitativa perspektiv* (3. uppl.). Stockholm: Liber.

- Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing Forum*, 43(1), 2–11. doi: 10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x
- Sharp, S., McAllister, M., & Broadbent, M. (2016). The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care. *Contemporary Nurse*, 52(2-3), 300-312. doi: 10.1080/10376178.2015.1020981
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2014:821. *Patientlagen*. Stockholm: Riksdagen.
- SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslagen*. Stockholm: Riksdagen.
- Sloan, A. G., & Knowles, A. (2017). Patient engagement: qualitative narratives illustrate patient engagement behaviors. *Journal of Communication in Healthcare*, 10(2), 78–87. doi: 10.1080/17538068.2017.1340541
- Socialstyrelsen. (2012). *Äldreomsorgens nationella värdegrund: Dialog självbestämmande*. Hämtad 17 november, 2017, från https://www.socialstyrelsen.se/publikationer2012/2012-3-3/Documents/sid35-49_Sjalvbestammande.pdf
- Socialstyrelsen. (2014). *Om vård- och omsorgstagarens delaktighet*. Hämtad 16 november, 2017, från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-6-18>
- Socialstyrelsen. (2015). *Handbok för vårdgivare, chefer och personal: Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig*. Hämtad 17 november, 2017, från <https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19801/2015-4-10.pdf>
- Spinks, J., Chaboyer, W., Bucknall, T., Tobiano, G., & Whitty, J. A. (2015). Patient and nurse preferences for nurse handover - using preferences to inform policy: a discretechoice experiment protocol. *British Medical Journal*, 5(11). doi: 10.1136/bmjopen-2015-008941
- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2017). *Patientdelaktighet i hälso-och sjukvården: En sammanställning av vetenskapliga utvärderingar av metoder som kan påverka patientens förutsättningar för delaktighet* (SBU-rapport, 260). Stockholm: SBU.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2007, 01). Patienters delaktighet. *Omvårdnadsmagasinet*. Hämtad 17 november, 2017, från <https://www.swenurse.se/omvardnadsmagasinet/tidigare-nr/nr-01-argang-2007/patienters-delaktighet/>.
- Svensk sjuksköterskeförening. (2012) *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Hämtad 17 april, 2018, från https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas_etiska_kod_2017.pdf
- Svensk sjuksköterskeförening. (2016). *Personcentreradvård*. Stockholm: SSF.

Svensk sjuksköterskeförening. (2017) *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Hämtad 18 november, 2017, från <https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/kompetensbeskrivningar-publikationer/kompetensbeskrivning-legitimerad-sjukskoterska-2017-for-webb.pdf>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2017). *Patientlagen ska stärka patientens ställning*. Hämtad 4 mars, 2018, från <https://skl.se/halsasjukvard/patientinflytande/patientlagen.2083.html>

Sveriges Kommuner och Landsting. (2018). *Innovativa arbetssätt i primärvården*. Hämtad 10 februari, 2018, från <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardutveckling/primarvard-eninnovativaarbetsatt.8801.html>

Tobiano, G., Bucknall, T., Marshall, A., Guinane, J., & Chaboyer, W. (2015). Nurses' views of patient participation in nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(12), 2741–2752. doi: 10.1111/jan.12740

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

Tobiano, G., Marshall, A., Bucknall, T., & Chaboyer, W. (2016b). Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 362-270. doi: 10.1111/jnu.12219

Ulin, K., Olsson, L.-E., Wolf, A., & Ekman, I. (2016). Person-centred care - An approach that improves the discharge process. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(3), 19–26. doi: 10.1177/1474515115569945

Wallström, S., Ekman, I., & Taft, C. (2017). *Svenskarnas syn på personcentrering i vården*. Hämtad 18 november, 2017, från http://som.gu.se/digitalAssets/1642/1642988_svenskarnas-syn-p---personcentrering-i-v--rden---wallstr--m--ekman---taft.pdf

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (4. uppl.). Lund: Studentlitteratur

Bilaga I

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvals-process; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

Artikelmatris

Bilaga II

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalite t/Typ
Bradley, Mott 2014 Australien	Adopting a patient-centred approach: an investigation into the introduction of bedside handover to three rural hospitals	Syftet med studien var att empiriskt studera process och resultat av genomförandet av personcentrerad rapport (bed-side rapportering) med bl a aspekter av patientens medverkan vid överrapportering	<p>Detta var en empirisk studie där data togs fram genom mixad utvärderings-metod som innefattade kvantitativ kvasi-experimentella och kvalitativa etnografiska data via observationer, strukturerade intervjuer, reflektioner och mätningar. Studien genomfördes på akutvårdsenheter på tre olika sjukhus där datainsamlingen pågick totalt sju månader.</p> <p>Deltagande patienter och personalen erhöll verbal och skriftlig information och samtyckesformulär som skrevs under.</p> <p>Tre sjukhus ingick i studien Studien godkändes av University of South Australia Human Research Ethics Committee och Flinders University Human Research Ethics Committee.</p>	<p>Patienter N =9 kvinnor =5 män = 4</p> <p>Sjuksköterskor N =48 kvinnor =47 män =1</p>	<p>Resultatet antydde att patienter föredrog metoden överrapportering genom personcentrerad rapport vid dennes vårdplats/säng framför den traditionella överrapporterings-metoden dvs där patienten inte kunde delta utan den hölls med stängd dörr på expedition med endast sjuksköterska till sjuk-sköterska.</p> <p>De viktigaste skillnaderna som patienterna definierade var att överrapporteringstiden vid personcentrerad rapport innehöll sociala perspektiv för patienten, patienten ingick i diskussionen avseende sin egen vård samt hade möjlighet att få veta vem som ansvarade för dem.</p> <p>Dessutom trodde personalen att patienternas delaktighet i sin egen vård ökade genom personcentrerad rapport.</p>	K II
Broderick, Coffey 2012 Irland	Person-centred care in nursing documentation	Syftet med denna studie var att undersöka omvårdnads-dokumentationen inom långvården, för att avgöra om den	Kvalitativ deskriptiv studie med innehållsanalys med hjälp av ett framtaget validerat ramverk för PCV där sjuksköterskors omvårdnadsbedömningar och planering undersöktes.	Patienter N = 6 Journaler N=56	Resultatet visade att omvårdnadsdokumentationen många gånger var ofullständig samt att information avseende psykosociala aspekter av omvårdnad fattades. Gällande kategorin delat besluts-	R II

		återspeglade ett personcentrerat arbetssätt inom vården och att beskriva aspekter i personcentrerad vård [PCV] som framkom hos sjuksköterskor.	Data analyserades sedan med deduktiv innehållsanalys. Datan styrdes av ett PCV-ramverk avseende omvårdnadsprocesser. En pilotstudie gjordes som bekräftade möjligheten att använda de framtagna omvårdnadsprocesserna från det framtagna PCV-ramverket samt visade att verktyget för datautvinning var lämplig för önskat studiegenomförande. I huvudstudien säkerställdes kredibiliteten genom transparent dokumentation av forskarna. En institution i Irland ingick i studien. Etiskt godkännande beviljades av forskningsetisk kommitté samt godkännande av chefsjuksköterska till åtkomst av journaler.		fattande fanns inget dokumenterat, dvs omvårdnadsdokumentationen var inte fullständig avseende påvisande av samråd med patienten och det fanns inget som tydde på att patienterna var involverade i beslut om sin egen vård. Språkbruket i dokumentationen visade brist på kunskap om patient samt på samråd med patienten. Resultatet visade att alla inskrivningsdokumentationer var ofullständiga då de fokuserade på en eller två aspekter av personlig omvårdnad.	
Chaboyer, Bucknall, Webster, McInnes, Gillespie, Banks, Whitty, Thalib, Roberts, Tallot, Cullum, Wallis 2016 Australien	The effect of a patient centred care bundle intervention on pressure ulcer incidence (INTACT): A cluster randomised trial	Syftet med studien var att undersöka effektiviteten och kostnadseffektiviteten av ett trycksår-förebyggande koncept för sjukdomsförvärvade trycksår hos ineliggande riskpatienter. Studiens målsättning var att ta fram bevis för de	Studien var en randomiserad studie där 8 sjukhus i Australien deltog med 200 patienter/sjukhus. Patienterna var vuxna och samtyckte till att delta i studien, kunde läsa engelska, förväntades stanna på sjukhus ≥ 48 h samt hade risk för att utveckla trycksår p.g.a. begränsad rörlighet. Patienterna deltog under max	N=799 (1) i kontrollgruppen N=768 (32) i Interventionsgruppen	Studiens primärresultat visade att 6,1% av patienterna i interventionsgruppen och 10,5 % i kontrollgruppen utvecklade sjukhusförvärvade trycksår. Studien gav två sekundära resultat. Dels patienters delaktighet vid trycksår-förebyggande vård samt svårighetsgraden av trycksår. Man såg en 52% minskning av risken för sjukhusförvärvade trycksår i interventionsgruppen i jämförelse med kontrollgruppen.	RTC I

		<p>effekter det trycksårspåbyggande konceptet hade för utvecklingen av sjukhusförvärvade trycksår hos riskpatienter. Den primära hypotesen var att incidensen för sjukhusförvärvade trycksår hos riskpatienter som fick det trycksårspåbyggande konceptet var lägre än för riskpatienter som fick standardbehandling. Den sekundära hypotesen var att interventionsgruppen förväntades få bättre resultat då det gällde stadie för trycksår, patientdelaktighet samt hälso- och sjukvårdskostnader.</p>	<p>28 dagar eller tills ett trycksår uppstod. Då patienten var i slutet av studien ställdes 7 frågor om patientdelaktighet. Sjukhusen stratifierades i två grupper utifrån aktuell trycksårs förekomst. Randomisering gjordes för antingen det trycksårspåbyggande konceptet eller standardvård. Det trycksårspåbyggande konceptet för interventionsgruppen riktade sig både till klustert (sjukhuset) och till individen (patienten) med tre huvudbudskap för att främja patientdelaktighet: var i rörelse, sköt om din hud att ät nyttig mat. Budskapen förmedlades via en DVD film poster och en informationsbroschyr. Sjuksköterskor i interventionsgruppen fick även träning i att uppmuntra patienterna att delta i det trycksårspåbyggande konceptet. Interventionsgruppen fick utöver konceptet även trycksårspåbyggande standardvård. Förekomsten av trycksår utvärderades via daglig hudinspektion. En substudie utvärderade kostnadseffektiviteten mellan standardbehandling och det trycksårspåbyggande</p>		<p>Efter justering i klustren sågs dock ingen statistiskt signifikant skillnad mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen varken gällande trycksårspåbyggande, svårighetsgrad för trycksår eller patientdelaktighet. Resultatets osäkerhet kan förklaras av det låga antalet randomiserade kluster och ett högre resultat än förväntat för korrelationskoefficient. Det var även möjligt att de aktiviteter som erbjöds både patienter och sjuksköterskor för att få patientdelaktighet inte var tillräckliga för att skapa patientengagemang. Kostnaderna för trycksårspåbyggande vård för interventionsgruppen respektive kontrollgrupp utvärderades i en separat substudie.</p>	
--	--	---	---	--	---	--

			konceptet.			
Chaboyer, Gillespie 2014 Australien	Understanding nurses' views on a pressure ulcer prevention care bundle : a first step towards successful implementation.	Syftet var att undersöka sjuksköterskors synpunkter på vad som är en facilitator eller ett hinder för att använda ett nyutvecklat trycksårspåbyggande koncept.	Ett trycksårspåbyggande koncept som omfattade tre fokusområden skulle testas att användas av sjuksköterskor tillsammans med patienter på två avdelningar. De tre fokusområdena handlade om att äta nyttigt, vara i rörelse och kontrollera sin hud. Sjuksköterskor intervjuades utifrån en halvstrukturerad intervjuguide. En fråga ställdes även angående vilken uppfattning sjuksköterskorna hade om konceptet. Intervjuerna spelades in och transkriberades för att analyseras med en induktiv innehållsanalys.	N=20 (0)	I studien framkom sjuksköterskornas synpunkter på att använda det trycksårspåbyggande konceptet. Dessa kategoriserades i 5 kategorier: <ul style="list-style-type: none"> - Uppmana till trycksårspåbyggande vård genom att t.ex. erbjuda strategier och förbättra informationen. - Ökad medvetenhet för trycksårspåbyggande vård genom stötta sjuksköterskorna i deras arbete och att uppmuntra patienten. - Hinder för trycksårspåbyggande vård var ökad arbetsbelastning för sjuksköterskor, patientens egenskaper, hänsynstagande till patientens autonomi. - Uppmana till patientdelaktighet genom att aktivera och motivera patienten att ta ansvar. - Ge förutsättningar för att ha trycksårspåbyggande vård och att dessa ingick i dagliga rutiner. Ett trycksårspåbyggande koncept kunde underlätta både till påbyggande strategier och till patientdelaktighet. Förutsättningar för att lyckas byggde dock på sjuksköterskors vilja att ta till sig konceptet i sitt dagliga arbete och patienters vilja att vara delaktiga.	K II

<p>Jangland, Gunningberg 2017 Sverige</p>	<p>Improving patient participation in a challenging context : a 2-year evaluation study of an implementation project</p>	<p>Syftet med denna studie var att utvärdera ett projektgenomförande för patientdelaktighet på en kirurgisk klinik där speciellt framtagna formulär användes till patienten där denne både fick information samt skulle skriva ned sina egna mål för dagen samt sina funderingar för att uppmuntra till patientdelaktighet.</p>	<p>Detta var en deskriptiv studie med kvantitativa och kvalitativa metoder. Kvantitativa data togs fram genom patientenkätundersökning. Kvalitativa data togs fram genom intervjuer av chefsjuksköterskor med riktad innehållsanalys som fokuserade på patientdelaktighet och projektets inlärningsprocess. Både chefsjuksköterskor och patienter erhöll skriftlig information som beskrev att deltagandet var frivilligt och att all information vid deltagande hanteras konfidentiellt. Därmed erhöles informerats samtycke. Ett sjukhus ingick i studien där fem avdelningar deltog i studien varav två deltagit vid tidigare interventionsstudie. Studien godkändes av etiska regionala granskningskommittén samt av operationsenhetens chef vid aktuellt sjukhus.</p>	<p>Kvantitativa data: N=198 Svrsfrekvens 62%</p> <p>Kvalitativa data: N=5 (0) kvinnor = 5 män = 0</p>	<p>Man fann ingen förbättring av patientens upplevelse av delaktighet trots det långsiktiga återinförandet av aktuellt projekt. Däremot beskrev chefsjuksköterskorna en upplevd förändrad kultur hos personalen där de öppnade upp för att ta emot patientens delaktighet i sin egen vård. Man erkände flera hinder för förändring och hållbarhet.</p>	<p>K II</p>
<p>Kolovos, Kaitelidou, Lemonidou, Sachlas, Zyga, Sourtzi 2015 Greece</p>	<p>Patient participation in hospital care: Nursing staffs' point of view</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattning om patientdeltagande och parametrar som påverkar patient-</p>	<p>Detta var en tvärsnittsstudie med både en kvantitativ och kvalitativ orientering. Urvalet bestod av sjuksköterskor som arbetade på 23 medicinska och kirurgiska avdelningar på tre grekiska sjukhus.</p>	<p>N=181 (96)</p>	<p>Studien visade att de vanligaste faktorerna respondenterna angav för patientdelaktighet var patientens möjlighet att få ta ansvar och möjlighet att kunna påverka samt att relevant information tillhålls. Parametrar som påverkade</p>	<p>K II</p>

		<p>deltagande vid omvårdnad.</p>	<p>En litteraturstudie gjordes av relevanta studier och ett frågeformulär togs fram med slutna frågor där respondenterna fick svara på en femgradig skala. Frågorna var anonyma och uppdelade i två grupper: Innehållet gällande patientdelaktighet samt parametrar som påverkade delaktighet. Formuläret avslutades med en öppen fråga där respondenterna kunde resonera kring deras önskan om patientdelaktighet eller inte. Frågeformuläret pilottestades på 38 respondenter. Kvantitativ data analyserades med undersökande faktoranalys och för kvalitativ data användes innehållsanalys.</p>		<p>och hade betydelse för patienters delaktighet delades upp i tre kategorier vilka på olika sätt påverkade varandra. Kategorierna var patientrelaterade, sjuksköterskerelaterade och omvårdnadsrelaterade. I kategorin för patienter hade inflytande, möjlighet till delaktighet och patienters hälsa betydelse. I kategorin för sjuksköterskerelaterat angavs att underlätta, att ställa krav på patientdelaktighet, kompetens och interaktion ha betydelse. Sista kategorin omvårdnad handlade om betydelsen hur omvårdnad, miljö samt ledning var organiserat. Resultaten gav stöd för ett delat beslutsfattande samt patientengagemang i dialog samtidigt som det visade behov av att systematiskt arbeta med delaktighet och stimulera förändringar i organisationen för omvårdnad. Faktoranalysen visade att parametrarna inte enbart är relaterade till patienten utan även till sjuksköterskorna och hela vårdprocessen. Studien visade att 86,5% av respondenterna gav stöd för patientdelaktighet. Sjuksköterskor kunde underlätta och möjliggöra patientdelaktighet. Studiens slutsats var att det finns behov av att ha systematisk utbildning och träning för sjuksköterskor mot en patientcentrerad omvårdnadsfilosofi.</p>	
--	--	----------------------------------	--	--	--	--

					Även vårdorganisationen och vårdmiljön behövde ses över för att uppnå detta.	
Kullberg, Sharp, Johansson, Brandberg, Bergenmar 2017 Sverige	Patient satisfaction after implementation of personcentred handover in oncological inpatient care - A cross-sectional study	Syftet med denna studie var att jämföra person-centrerad överlämning (bed-side-rapportering) med icke-verbal överlämning på en onkologisk klinik med avseende på patientnöjdhet	Detta var en kvantitativ tvärsnittsstudie med två mätpunkter, en baslinjemätning (T0) och en uppföljningsmätning (T1), vid en interventionsavdelning och två kontrollavdelningar. En enkät användes för att mäta patientnöjdhet. Effekten av interventionen uppskattades både på egen hand och ihop med kvoter: ålder, kön, utbildningsnivå och behandlingsintention. Ett sjukhus ingick i studien där tre avdelningar med onkologisk verksamhet deltog. Studien godkändes av Regional Ethical Review Board i Stockholm.	T0: N =116 Svarsfrekvens 58,3 % T1: N=209 Svarsfrekvens 60,8 %	Man fann en ökad patientnöjdhet avseende vårdgivarnas informationsutbyte, som kan ses som en sidoeffekt, på interventionsavdelningen. Resultatet visar att personcentrerad överlämning är möjlig i onkologisk vård med det verkade inte påverka patientdelaktigheten.	CCT I
Körner, Ehrhardt, Steger 2013 Tyskland	Designing an inter-professional training program for shared decision making	Syftet med studien var att identifiera patienternas och vårdpersonalens preferenser avseende egen och extern given delaktighet på rehabiliteringskliniker Detta i syfte att utveckla ett utbildningsprogram för multiprofessionellt delat beslutsfattande baserat på integrerad	Tvärsnittsstudie bestående av två delar; fokusgrupper med patienter genom intervju samt enkätundersökning av diverse senior vård-personal/ hälsoprofessioner inom rehabilitering. Fyra rehabiliteringskliniker ingick i studien. Studien godkändes av etikkommittén för Universitetet i Freiburg i Tyskland.	Patienter N=36 kvinnor = 23 män =13 Vårdpersonal N=31 (17) Deltagande 71%	Patienterna önskade bland annat mer tid för kliniska besök, ökad respekt från vårdpersonalen, ökad delaktighet i beslutsfattandet och ökad delaktighet för en mer individuell behandling, tillit till vårdpersonalen och dess expertis. Vårdpersonalen skattade delaktighet i den interna och den för patienten lika viktig men bedömde sig ha mindre kompetens gällande intern delaktighet i sin egen multiprofessionella-arbetsgrupp. Däremot upplevde	K I

		patientcentrering för att förbättra både vårdpersonalens och patientens egen möjlighet till delaktighet i rehabilitering			personalen sin kunskap gällande delaktighet hög till patienterna men där de såg en utbildningspotential avseende att se patienten som en individ.	
Sharp, McAllistar, Broadbent 2016 Australien	The vital blend of clinical competence and compassion: How patients experience person-centred care	Syftet med denna studie var att undersöka akut omvårdnad utifrån perspektivet att det var personen ”bakom patienten” som erhöll vård för att sedan tolka betydelsen av denna vård i relation till begreppet personcentrerad vård [PCV]. PCV definierades tydligt för studien.	Studien var kvalitativ och genomfördes genom semistrukturerade intervjuer mellan okt 2012 – dec 2013. Ett offentligt sjukhus med PCV som strategi för sin vård ingick i studien. Etiskt godkännande beviljades av Human Research Ethics Committee of Central Queensland University. Deltagarna gav informerat samtycke och konfidentialiteten upprätthölls genom att deltagarna gavs pseudonymer och forskarna aidentifierade citat.	Deltagare N=10	Resultatet visade att då sjuksköterskan innehade klinisk kompetens given med medkänsla genom ett positivt och lösningsinriktat förhållningsätt till den unika patienten och som resulterar i personliga, emotionella eller andliga reaktioner var en utlösare för patientmakt och patientdeltagande i dennes egen vård samt att det hos patienten blev en positiv inställning till återhämtning.	K II
Sloan, Knowles 2017 USA	Patient engagement: qualitative narratives illustrate patient engagement behaviors	Studiens syfte var att exemplifiera patientdelaktighet i praktiken utifrån vedertagna kategorier som beskrivs i litteratur, forskning och metoder.	Studien visar hur patientdelaktighet beskrivs i forskning, litteratur samt metoder. Studien bestod av kvalitativa halvstrukturerade intervjuer med frivilliga patienter med cancerdiagnos. Intervjuerna utfördes av sjuksköterskestuderande på masternivå. Intervjuerna bestod av 14 frågor som spelades in, transkriberades och kodades. Data kategoriserades för att	N=57 (0)	Studien påvisade vikten av och föränderligheten med patientdelaktighet och patientbeslut. Studien indikerar även att patienter inte alltid fick valmöjligheter till patientdelaktighet. En matris togs fram utifrån relevanta kategorier i litteraturen och framtagen data för resultatet. Resultatets beskrivningar av patientdelaktighet kan sorteras under följande kategorier: patienten ställer frågor, patientens rätt att bestämma över sin hälsa,	K II

			<p>illustrera kommunikation, berättande och patient-delaktighet. Slutligen gjordes en analys av all data.</p>		<p>patienten uttrycker att hen bryr sig om sin hälsa, patienten vill ha information för att delta i beslut där öppen och ärlig information möjliggör partnerskap, patientens önskan om att få ta del av information, patienten upplever stöd där känslomässigt stöd skapar förtroendefullt partnerskap som underlättar delaktighet då beslut ska fattas, patienten känner uppmuntran till delaktighet, patienten upplever valmöjlighet, patienten upplever att det finns tid att processa sin diagnos samt tid för viktiga ställningstagande till behandling. Ytterligare faktorer som sågs i resultatet men som ej beskrevs i etablerade kategorier var att patienten erbjöds utrymme att känna hopp samt att patienten erbjöds kunskap om sin situation.</p>	
<p>Spinks, Chaboyer, Bucknall, Tobiano, Whitty 2015 Australien</p>	<p>Patient and nurse preferences for nurse handover-using preferences to inform policy: a discrete choice experiment protocol</p>	<p>Syftet med denna studie var flera. 1: identifiera, jämföra och utvärdera skillnader av möjligheter för olika aspekter som är gemensamt för patienter och sjuksköterskor vid överrapportering samtidigt som man tar hänsyn till andra hänsynen såsom sjuksköterskans tidsbegränsning som kan påverka dessa möjligheter</p>	<p>Kvalitativ pilotstudie för att designa en enkät genom DCE (Diskrete choice experiments) Detta instrument används för att bedöma preferenser i t ex hälso- och sjukvården. Deltagare fick föreställa sig särskilda scenarier där de sedan fick göra val utifrån egna preferenser. I denna modell kunde forskaren beräkna den relativa styrkan i preferensen för specifika egenskaper i kvantitativa termer. DCE-piloten togs fram efter kvalitativ litteraturoversikt där hinder</p>	<p>Patienter N=20 (0) Sjuksköterskor N=10 (0)</p>	<p>Undersökningen, som ska ligga till grund för huvudundersökningen, resulterade i vikten av att bedöma deltagarnas kunskap av iPad för att kunna erbjuda ev. stöd samt hygieniskt handhavande av iPads. Vid rekrytering överväga patientomsättningen där rekrytering inte bör ske dagar i följd om möjligt då patienterna då var mindre villiga och kvalificerade. Vid rekrytering av sjuksköterskor bör hänsyn tas till deras arbetsbelastning genom att ta reda på om några särskilda händelser var planerade så som utbildning samt</p>	<p>K II</p>

		<p>2: Identifiera sjuksköterskans möjligheter att patienterna involverades bättre vid överrapportering bed-side.</p> <p>3: Identifiera sjuksköterskans och patientens val/möjligheter som kunde hindra fullständig implementering av överrapportering bed-side i akut-medicinsk miljö</p>	<p>och hjälpmedel för patientens deltagande i vården identifierades. Pilotstudien utgjorde både enkätundersökning (via iPad) för patienterna och intervjuer för anställda sjuksköterskor. Patienter och sjuksköterskor erhöll skriftlig och verbal information. Alla deltagare undertecknade informerat samtycke Två sjukhus i Australien ingick i studien, ett offentligt och ett privat. Studien var godkänd av de två aktuella deltagande sjukhusen samt av etiska kommittéen på ett universitet.</p>		<p>att rekrytering ska ske vid överlappningstiden på eftermiddagen då flest sjuksköterskor är i tjänst.</p>	
<p>Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane, Chaboyer 2015 Australia</p>	<p>Nurses' views of patient participation in nursing care</p>	<p>Syftet var att undersöka sjuksköterskors syn på patientdelaktighet på medicinavdelningar samt vad som kan underlätta eller hindra patientdelaktighet. Sjuksköterskor har en nära kontakt med patienter. Att undersöka sjuksköterskors syn på patientdelaktighet kan bidra till att utveckla strategier som uppmuntrar till patientdelaktighet</p>	<p>I studien ingick 20 sjuksköterskor från 4 medicinska avdelningar från 2 sjukhus. Inklusionskriterier var sjuksköterskor som arbetade regelbundet på de olika avdelningarna och med direkt patientkontakt. Fördjupade halvstrukturerade intervjuer genomfördes utifrån en intervjuguide. Intervjuguiden pilottestades på fyra sjuksköterskor. Intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av induktiv innehållsanalys.</p>	<p>N=20 (0)</p>	<p>Utifrån sjuksköterskornas synpunkter hittades fem kategorier i analysen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Erkänna patienten som en partner och se patienten som en kunnig individ. - Hantera patientsäkerhetsrisker där majoriteten av sjuksköterskorna kände sig bundna av regler och uppfattningar kring patientdelaktighet. - Möjliggöra delaktighet genom att kommunicera med t.ex. verbal motivation, använda humor och på så sätt få patienten att känna sig trygg i att vara delaktig. - Hinder för delaktighet kunde vara patientens attityd, status, ålder, hälsotillstånd, fysiska och mentala hälsa och kultur. 	<p>K I</p>

					<p>- Att göra delaktighet möjligt handlade om att vara delaktig både verbalt och fysiskt.</p> <p>Sjuksköterskorna i studien poängterade den viktiga roll sjuksköterskan hade i att vara en facilitator för patientdelaktighet. Resultaten visade på strategier som bidrog till att främja patientdelaktighet där respekt för patienten samt makt åt patienten var viktigt. Dessa var även nyckelegenskaper i den patientcentrerade vården.</p>	
<p>Tobiano, Bucknall, Marshall, Guinane, Chaboyer 2016 Australia</p>	<p>Patients' perceptions of participation in nursing care on medical wards</p>	<p>Syftet var att utforska patienters upplevelse av delaktighet i vården, samt vad patienter upplevde som hinder och hjälpmedel för delaktighet.</p>	<p>Studien var en tolkande studie som genomfördes på fyra medicinska avdelningar, på två sjukhus. Studien omfattade intervjuer med patienter > 18 år. Chefssjuksköterskan på varje avdelning utsåg patienter som skulle intervjuas utifrån givna inklusionskriterier. För att få en bra variation ingick patienter som skilde sig åt gällande ålder, kön och rörlighet. De fördjupade halvstrukturerade intervjuerna spelades in, transkriberades och analyserades med hjälp av en induktiv innehållsanalys. Data från de olika sjukhusen analyserades separat.</p>	<p>N=20 (0)</p>	<p>Studiens data gav resultat för beteende och faktorer som hade betydelse för patienters upplevelse av delaktighet. Resultaten gav en ökad förståelse för hur patienter upplevde sin egen roll vilket kunde vara användbart för att uppnå patientdelaktighet. Studien visade även att patienter var motiverade att vara delaktiga. Kunskap verkade speciellt ha betydelse för att underlätta patienternas delaktighet. Resultatet visade på fyra kategorier som hade betydelse för patientens upplevelse av delaktighet.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patientens vilja att vara delaktig. Att vara delaktig i sin vård motiverade patienterna. - Att patienten var medveten om och hade ett engagemang för sin säkerhet kunde. - Utbyte av kunskap mellan vårdpersonal och patient. 	<p>K I</p>

					<p>- Patienter kände att det fanns begränsningar för sin delaktighet vilket orsakades av en maktobalans där möjligheten att vara delaktig var begränsad. Då detta bekräftats var det önskvärt att hitta strategier för lösningar så patientdelaktighet och personcentrerad omvårdnad kunde uppnås.</p> <p>Patienter ville vara delaktiga och behövde motivation, kunskap och förtroende att få vara delaktiga. För att uppnå detta kunde sjuksköterskor arbeta med att göra patienter delaktiga i beslut och dela med sig av sin kunskap. Att skapa vårdmiljöer utifrån en personcentrerad vård kunde också vara gynnsamt för patienters delaktighet.</p>	
Tobiano, Marshall, Bucknall, Chaboyer 2016 Australien	Activities Patients and Nurses Undertake to Promote Patient Participation	Syftet var att förstå och beskriva vilka aktiviteter (handlingar och beteenden) sjuksköterskor och patienter företog sig för att uppnå patientdelaktighet i omvårdnaden.	Observationsstudie där sjuksköterske-patient-par observerades där både anteckningar och ljudinspelning användes. Sjuksköterskor och patienter erhöll skriftlig och verbal information. Alla deltagare undertecknade informerat samtycke och före varje observation erhöll sjuksköterskor patienter ytterligare information. Denna observationsstudie utgör en del av en större forskning. Ett offentligt sjukhus i Australien ingick i studien.	N=28 (0)	Man fann att samverkan genom dialog och kunskapsdelning mellan sjuksköterska-patient bidrog till patientdelaktighet. Mindre tydligt var patientens engagemang i planering eller egenvårdvård. Sjuksköterskor utövade kontroll över patientvården, vilket påverkade omfattningen av patientdelaktighet, såväl som organisatoriska problem som stress med behov av snabb omsättning av patienter.	K I

			Studien godkändes av aktuellt sjukhus samt etiska kommittén på university human research i Australien.			
Ulin, Olsson, Wolf, Ekman 2016 Sverige	Person-centred care - An approach that improves the discharge process	Syftet med denna studie var att utvärdera om proaktiv vårdplanering grundad på modellen från Göteborgs Universitet Centrum för Personcentrerad Vård [GPCC] ledde till ökad effektivitet (genom att se omvårdnadsbehov, minimera risk för återinläggning, minska vårdtiden) vid utskrivning jämfört med vanlig vård för inskrivna slutenvårds-patienter med förvärrad kronisk hjärtsvikt. PCV och ”vanlig vård” definierades tydligt för studien.	Metoden var en kontrollerad före- och efter-design. Kontrollgruppen (inskrivna feb 2008 - april 2009) fick vanlig vård och interventionsgruppen (inskrivna maj 2009 – april 2010) fick GPCC-vård. Kontrollgruppen fungerade som jämförelsegrupp men även som kartläggning för sjukhusets vanliga vård. Alla patienter fick muntlig information om studien och gav sitt undertecknade i informerade samtycke. Fem avdelningar på ett sjukhus i Sverige ingick i studien. Etiskt godkännande erhöll studien av den regionala etiska granskningskommittén i Göteborg, Sverige, och studien var förenlig med Helsingforsdeklarationen och godkändes därmed av Regional Ethical Review Board.	Patienter i; Kontroll-Gruppen: Kontrollgrupp N=123 Interventions-Grupp: N=125	I interventionsgruppen fick endast 74/125 vårdplanering enl. tänkt GPCC-modell. Medelåldern var relativt lika i grupperna men patienterna var mer symtomatiska i interventionsgruppen men med ett marginellt högre beroende av hjälp vid ADL. Vid inskrivning hade grupperna likvärdigt eget boende. Under patienternas sjukhusvistelse var första kontakten med kommunen oftare protokollfört i interventionsgruppen än i kontrollgruppen samt att meddelande skickades till kommunen inom två dagar i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen där det kunde dröja upp till 14 dagar innan första kontakten togs. Vårdplanering skedde inom fem dagar i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen där det skedde mer ostrukturerat och kunde skilja mellan 1–28 dagar. Andel patienter som kunde återgå till eget boende efter utskrivning var högre i interventionsgruppen. Antal dagar från inskrivning till utskrivning då kommunen var redo att ta emot patienten var betydligt färre i interventionsgruppen och likaså vårdtiden som i interventionsgruppen var 11 dagar och i kontrollgruppen 35 dagar.	CCT I

